

12
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA" DE ESTUDIOS**

ESCUELA NACIONAL



ZARAGOZA

PROFESIONALES

**SERVICIO SOCIAL
PSICOLOGIA**

[Handwritten signature]

**"EL PAPEL DE LAS IDEAS IRRACIONALES EN
CEFALEICOS CRONICOS RESPECTO A LOS
PARAMETROS DE DOLOR"**

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A
ROSA MARTHA MEDINA CALDERON**

MEXICO, D. F.,

1993



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. CEFALEA.	
1.1. Definición de Cefalea	6
1.2. Clasificación de Cefalea	13
1.3. Mecanismos de Acción de la Cefalea	21
1.4. Tratamiento no Farmacológico de la Cefalea	31
1.5. Correlatos Psicológicos	40
CAPITULO II. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	
2.1. Orígenes	46
2.2. Fundamentos Teórico- Metodológicos	48
2.3. Algunas Técnicas de la Terapia Racional Emotiva (TRE)	59
2.4. Diferentes Aplicaciones de la Técnica	65
2.5. Diferentes Inventarios de Ideas Irracionales	67
2.6. Terapia Cognitiva y Cefalea	72
CAPITULO III. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION.	
3.1. Delegación Política	90
3.2. Institución donde se realizó el Servicio Social	92
CAPITULO IV. INVESTIGACION.	
4.1. Planteamiento del Problema y Metodología	99
4.2. Resultados	105
4.3. Discusión y Conclusiones	116
REFERENCIAS	148
TABLAS	172

EL PAPEL DE LAS IDEAS IRRACIONALES EN CEFALEICOS CRONICOS RESPECTO A LOS PARAMETROS DE DOLOR.

Medina Calderón Rosa Martha

RESUMEN

El dolor de cabeza es un mal crónico que ha incrementado su incidencia en los últimos años. A lo largo de la literatura se ha visto que se trata de un padecimiento multifactorial, de tal forma que puede ser tratado no sólo desde el punto de vista médico sino también del psicológico. Dentro de este estudio intervinieron 50 sufridores de dolor de cabeza crónico del sexo femenino; el propósito principal fue observar si existe alguna relación entre las ideas irracionales que estos pacientes presentan y los parámetros de frecuencia, duración e intensidad de su dolor. El análisis estadístico arrojó correlaciones significativas entre las ideas irracionales y los diferentes parámetros de dolor y se discuten las implicaciones que para el tratamiento tienen estos hallazgos.

Uno de los problemas de salud que ha incrementado su incidencia y prevalencia ha sido el dolor de cabeza crónico. Por ejemplo, en Inglaterra 4 de 5 individuos sufren de dolor de cabeza al menos una vez al año. (Waters y O'Connor, 1971, 1975), en Alemania el 33% de la población sufre considerablemente éste fenómeno (Bräler, 1978); mientras que en los Estados Unidos se estima que 42 millones de individuos sufren de cefalea (Adams, Feuerstein y Fowler, 1980). En lo que respecta a México, no se dispone de datos epidemiológicos concretos sobre este padecimiento. No obstante, se observa en la práctica clínica que un gran número de personas asisten a consulta por dolor de cabeza importantes (Aguilera, A.; Espinosa, E.; Huitrón, E.; Medina, R. y Olvera, N., 1990). Dos quejas comunes que persisten en sufridores de dolor de cabeza son: a) ataques de dolor más frecuentes conforme han pasado los

años y, b) ataques que ocurren sin causa aparente Saper (1986); él sugirió que ciertos eventos fisiológicos o emocionales no detectados, podrían jugar un papel muy importante en la evolución del dolor.

En lo que se refiere al dolor y a su tratamiento, es bien sabido por trabajos de Melzac y Fordyce (citado por Licéaga, N. y Montilla, D., 1989), que tanto la percepción como la manifestación de éste se ven altamente influenciados por aspectos psicológicos tales como: a) atención prestada al evento doloroso, b) alteraciones emocionales, c) historia del aprendizaje, la cual determina la forma en que se manifiesta el dolor, así como la manera en que se aprende a afrontarlo y, d) el significado que ha adquirido el dolor en la vida de la persona.

Por lo anterior el propósito de la presente investigación, es conocer si existe una relación entre las diferentes escalas del Inventario de Ideas Irracionales (IBI) y los parámetros de dolor (frecuencia, duración e intensidad) que presentan los sufridores de dolor de cabeza que asisten al Hospital General de Ecatepec Dr. "José Ma. Rodríguez". Así, quizá pueda explicarse el dolor de cabeza crónico, como un fenómeno multideterminado a través del contenido de las ideas irracionales que sostiene.

Desafortunadamente, no se cuenta con una basta cantidad de datos epidemiológicos sobre el tema; y dado que cada día son más las personas que sufren cefalea y por ende solicitan ayuda para la desaparición de tal padecimiento; ha surgido el interés por darles a conocer algunas de las múltiples factores de su dolor, y más aún saber manejarlas; tal es el caso de sus pensamientos. Como se

mencionó la demanda cada vez es mayor y con ello los pacientes requieren una ayuda inmediata; ya que, su padecimiento muchas veces les impide cumplir con sus horas de trabajo, lo cual, les acarrea al mismo tiempo otros problemas. Cuando se les habla de un tratamiento no farmacológico, mismo en el que el 90% de éxito que éste pueda tener depende de su cooperación, los pacientes acceden favorablemente pues -como ellos mismos lo reportan- están cansados de ingerir fármacos sin o con resultados parcialmente positivos. De tal forma la importancia de una valoración psicológica del dolor de cabeza crónico, es por demás evidente.

La calidad del pensamiento de un individuo es de gran importancia, pues juega un papel fundamental en la producción, mantenimiento y exacerbación de disturbios psicológicos, así como de dolor de cabeza (Woods y Lyons 1990; Forman, Tosi y Rudy, 1987).

De tal forma en este contexto, la irracionalidad cobra un papel relevante. Los investigadores de tendencia cognitiva -como- Ellis (1977a) presupone que un individuo no es afectado emocionalmente por sus acontecimientos externos por sí mismos; sino por sus percepciones y evaluaciones sobre los hechos. Ellis (1962) identifica un conjunto de 10 ideas irracionales o creencias absolutas acerca de uno mismo y del mundo, a los que el sujeto se adhiere produciendo en él malestar y respuestas emocionales poco favorables. Estas 10 ideas Ellis las describe de la siguiente forma:

IDEA No. 1: Necesidad de ser amado. Necesidad imperiosa de ser aprobado por casi todo el mundo.

IDEA No. 2: Perfeccionismo. Uno debe ser por entero competente y

capaz.

IDEA No. 3: **Moralismo.** Ciertas personas son malas y deben ser severamente castigadas.

IDEA No. 4: **Tolerancia a la frustración.** Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como uno quisiera.

IDEA No. 5: **Locus de Control.** La desdicha humana tiene causas externas.

IDEA No. 6: **Aprensión del futuro.** Si algo es peligroso o temible uno tiene que preocuparse terriblemente por ello.

IDEA No. 7: **Sustitución del deber por el placer.** Es más fácil rehuir ciertas dificultades y responsabilidades.

IDEA No. 8: **Dependencia.** El individuo no puede hacer nada sin la opinión de los demás.

IDEA No. 9: **Determinismo del pasado.** Si algo nos afecto en el pasado, lo hará indefinidamente.

IDEA No. 10: **Idealismo.** Siempre hay una solución para todos los problemas, sólo hay que encontrarla.

Así pues, se tratará de enriquecer el conocimiento sobre aspectos psicológicos de los cefaléicos, desde una perspectiva Cognitivo-Conductual; misma que toma en consideración el contenido del pensamiento del sujeto, no enfocándose en el dolor mismo, sino en relación a su medio ambiente y al individuo como entidad.

Debido a que esta investigación es tipo-clínico, se ha elegido llevarla a cabo por medio de un diseño ex-post-facto. Así mismo se considera que tendrá aportaciones tanto práctica como clínica; ya que, ayudará a resaltar aún más la importancia de variables que hasta ahora han sido poco estudiadas por muchos clínicos e

invitarlos a conocer más sobre la implicación que pueda tener el manejo de las ideas irracionales, para un mejor resultado en el tratamiento.

Con este trabajo se pretende:

- 1) Resaltar la participación del psicólogo en el área clínica y particularmente en el manejo de pacientes sufridores de dolor de cabeza.
- 2) Tener sistematicidad y control metodológico en el manejo del dolor.
- 3) Provocar cambios inmediatos (modificación en la percepción del dolor) y
- 4) La posibilidad de contribuir en un trabajo interdisciplinario y en el comportamiento explícito del paciente así como en aspectos emocionales y cognitivos.

CAPITULO I

CEFALEA

Un gran libro debe darnos muchas experiencias y dejarnos algo cansados cuando lo terminamos pues al leerlo hemos vivido muchas vidas.

William Styron.

La gente sólo envejece cuando abandona sus ideales.

La vida es lo que ocurre cuando uno está ocupado en otra cosa.

DEFINICION DE CEFALEA

La cefalea es uno de los padecimientos más comunes, que puede aparecer como síntoma o acompañar prácticamente a todas las enfermedades internas. Es muy difícil hacer una distinción entre los diferentes dolores de cabeza. Hay quién habla de una cefalea, que es un dolor global que abarca aparentemente toda la cabeza, distinguiéndola de la cefalalgia que es un dolor sensitivo provocado por un irritación del nervio y, por lo tanto, aparece más localizado, y de la jaqueca cuando el dolor aparece en accesos repetidos y abarca generalmente sólo medio lado acompañándose de trastornos oculares y vegetativos característicos (cefalea vasomotora). Desafortunadamente esta distinción resulta muy difícil en la práctica, pues unos cuadros se confunden fácilmente con otros. Quizá sea preferible reservar el nombre de cefalea para todo dolor de cabeza y añadir el adjetivo de primaria cuando se trata de un síntoma único, y de cefalea sintomática cuando el dolor acompaña a otros síntomas originados por la más variadas causas. Así la variedad de las manifestaciones del dolor de cabeza es sólo comparable a la diversidad de enfermedades fundamentales que pueden condicionarlo. (Readers Digest, 1971).

Melzac (1973) definió al dolor: como una experiencia perceptual cuya cualidad e intensidad estan influenciadas por una historia única del individuo, por el significado que él le da a la situación que le produce dolor y por su estado mental de ese momento. Se cree que todos estos factores juegan un papel en la determinación del patrón actual de impulsos nerviosos que ascienden desde todo el cuerpo hasta el cerebro. De esta forma, el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dolor llega a ser una función del todo individual, incluyendo sus pensamientos y miedos, así como sus esperanzas para el futuro. (Bakal, 1982).

Ciertamente la prevalencia del síntoma del dolor de cabeza es grande, desde la evolución del hombre. Los ataques de dolor de cabeza habían sido descritos hace muchos años y su frecuente naturaleza unilateral le dieron el término de hemi-rania, la cual eventualmente se incluía dentro de la migraña. En los tiempos modernos, la población ha sido estudiada sistemáticamente, encontrando variaciones en porcentajes de algunos sujetos en cuanto al grado de dolor, aunque cabe mencionar que tales estudios no han sido muchos.

Si la prevalencia del síntoma, en cualquiera de estas formas (migraña común, migraña clásica o cefalea tensional) es similar en varias culturas, aún no se conoce.

Respecto al tema existen dos problemas principales: el primero, es si el ataque del individuo puede ser identificado; el segundo, en qué grado un paciente puede ser identificado como una entidad enferma, particularmente en los dos diagnósticos más frecuentes: migraña común y por contracción muscular.

En el primer problema de ataque de migraña clásica presenta pocas dificultades para su definición. La naturaleza de los síntomas neurológicos y sus patrones temporales son comparativamente fáciles de identificar. La definición de un ataque de migraña común es menos sencillo. En muchos pacientes con dolores unilaterales severos no ocurren náuseas. Contrariamente, en algunos ataques severos de dolor de cabeza con náusea, el dolor no

es unilateral ni en la parte anterior de la cabeza. Además en muchos pacientes el dolor solamente en algún grado en la fase inicial es unilateral (Dewey y Ziegler, 1985).

Debido a estos problemas de definición han habido desacuerdos en cuanto a cuáles variables deben utilizarse en la definición de migraña. Aunque la localización unilateral del dolor y la aparición de náuseas son las más comunmente empleadas se han utilizados otras, como por ejemplo, dolor de carácter pulsátil, sensibilidad en el cuero cabelludo (Wolff, 1963), respuesta a la ergotamina (Ostfeld, 1962) o bien historia familiar positiva (Whitty, 1968; Dewey y Ziegler, 1985).

Estudios recientes del flujo sanguíneo, han confirmado que mientras en ataques de migraña clásica ocurren cambios sorprendentes en migraña común no. (Olesen, Lauritzen y Tfelt-Hansen, et. al., 1982).

Otros hallazgos, sin embargo, han demostrado una falta de correlación consistente de cambios en el flujo sanguíneo con el dolor (Olesen, Larsen y Lauritzen, 1981), sugiriendo que la relación de cambios vasculares para el fenómeno de dolor de cabeza es complejo.

De tal forma, parece ser que el dolor de cabeza por contracción muscular es más problemático. Varios estudios han demostrado que la contracción muscular del cuello no identifica un tipo particular de dolor de cabeza (Anderson y Franks, 1981; Philips, 1977) y que la cantidad de tal contracción no es mayor en pacientes diagnosticados con dolor de cabeza por contractura muscular, que en aquellos diagnosticados como migrañosos (Pozniak-

Patewicz, 1976).

Es cierto que un gran número de pacientes con episodios de dolor de todas las variedades indican "tensión emocional", que en su opinión, es la causa precipitante más frecuente de sus dolores de cabeza. La gran dificultad para la distinción entre ataques de migraña común y por contracción muscular ya ha sido demostrada. (Dewey y Ziegler, 1985).

Blau (1983) define la migraña como un episodio de dolor que se acompaña por disturbios gastrointestinales o visuales o ambos; síntomas alimentarios consistentes en náuseas y vómito. Si no hay disturbios visuales pero si gastrointestinales entonces es vómito característico en algunos ataques.

El dolor de cabeza tensional es un dolor continuo que a menudo se describe como una sensación de presión, disconfort en vértebras, frente y una distribución coronal; no se asocia con disturbios visuales o gastrointestinales. El dolor ocurre diario, al menos por unas horas, raramente interviene con las actividades diarias, no es afectado por analgésicos pero puede responder a los sedantes (Blau, 1983).

El dolor por contracción muscular adjunto a un sitio doloroso. El dolor se acentúa por el movimiento del músculo y en ocasiones se desaparece con calor, frío o analgésicos.

Por lo anterior, la importancia de dar un diagnóstico correcto es para determinar la línea del tratamiento (Blau, 1983).

Por mucho tiempo el enfoque médico tradicional únicamente consideró al dolor como una sensación específica cuya percepción se entendía de manera proporcional a la entrada sensorial nociva o

a la extensión del daño tisular (Turk y Genest, 1979).

Dicha visión se encontraba con dificultades para explicar el reporte del dolor del paciente aún cuando el médico había controlado o bloqueado las vías sensoriales que debían mantener el dolor. Así pues se ha desarrollado una serie de enfoques que proponen abandonar esta concepción unicausal por una multicausal que tome en cuenta una serie de variables motivacionales, afectivas y cognitivas que intervienen en el reporte del dolor (Melzac y Wall, 1965; Fordyce, 1978; Rachlin, 1985 y Merskey, 1982).

A través de los años se ha establecido una posición más generalizada la cual comparte la idea de una multidimensionalidad de la percepción y el reporte del dolor donde confluyen factores sociales, medioambientales, conductuales, cognocitivos y biológicos (Fordyce, 1978; Sternbach, 1978; Tan, 1982; Webb, 1983; Krantz, Grunberg y Baun, 1985). Este concepto de dolor produce un cambio importante en su aproximación, en particular con relación al dolor identificado como crónico (Fordyce, 1978) donde el papel de los factores que mantienen o transforman al reporte del dolor ocupa un lugar predominante (Rojas, et. al., 1991).

Así pues, la cefalea crónica se puede definir como un dolor de frecuencia e intensidad variables, de etiología inespecífica que incluye elementos de naturaleza psicológica. En el caso de las cefaleas crónicas (por ejemplo, las tradicionalmente llamadas de tipo tensional o migrañosos) se considera que son éstos últimos factores los que tienen mayor relevancia en su origen y mantenimiento, ya que, la participación de variables orgánicas no

es siempre fácil de comprobar en todos los casos. (Blau, 1983; Blummer y Heilbron, 1982; Palacios y Rojas, 1989).

Las teorías psicológicas del dolor de cabeza que más se han distinguido investigan por un lado, el papel del estrés en la relación del organismo con su medioambiente planteando la existencia de un mecanismo psicológico inespecífico el cual propicia cambios fisiológicos que se manifiestan en la forma de alteraciones extra e intracraneales (en el caso de las migrañas) y/o contracciones sostenidas en los músculos de la cabeza (en las de tipo tensional) (Friedman, 1975; Williamson, 1981). La principal limitación de este enfoque es no profundizar en el análisis de la contribución de las variables psicológicas en el origen del trastorno. (Rojas, et. al. 1991).

Por otra parte, la cefalea como síntoma único de consulta determina, un gran reto para el clínico, puesto que acompaña a un sin número de entidades nosológicas de poca y gran importancia, lo que aumenta su dificultad y certeza diagnóstica. Así mismo, los factores emotivos que inciden en el núcleo familiar provocados por los problemas de la vida actual (estrés, desempleo, crisis económica, etc.), tienen una participación determinante en el origen de la cefalea de causa tensional. Siendo la alteración en la dinámica familiar el punto de partida para esta patología.

Las cefaleas pueden ser crónicas, recurrentes, agudas, otros síntomas que acompañan a la cefalea pueden ser guías importantes respecto a la causa subyacente de la misma y por tanto de cierto valor diagnóstico.

Pese a lo anterior, una definición precisa de dolor de cabeza es

un tanto complicado, pues al parecer no sólo tendría que abarcar localización, síntomas que lo acompañan, situaciones que provocan su aparición, descripción del dolor por parte del paciente, sino caer quizá "necesariamente" en una clasificación del padecimiento; lo cual como se verá posteriormente es una tarea difícil, y por si fuera poco sin bases contundentes para hacerlo.

Por lo anterior puede decirse entonces que es difícil generalizar sobre cefalea ya que no existe el paciente típico, patrones de síntomas, ni tampoco el método global de curación.

CLASIFICACION DE LA CEFALEA

Fue en Estados Unidos en el año de 1962 cuando se convocó una comisión Ad Hoc para la "clasificación de las cefaleas"; constituido por distinguidos neurólogos, a fin de que se decidiera una nomenclatura estandarizada para este tipo de trastorno.

Dicho Comité clasificó las cefaleas basándose en la fenomenología y etiología del trastorno, quedando establecidas cuatro categorías que constituyen el conjunto de las cefaleas crónicas, mismas que se describen como:

1.- CEFALEA VASCULAR DE TIPO MIGRAÑOSO: Ataques recurrentes de cefalea de intensidad, frecuencia y duración muy variables. Los ataques suelen ser localizados unilateralmente y se asocian a anorexia y en ocasiones a náuseas y vómitos. A veces se hallan precedidos o asociados a trastornos considerables de tipo sensitivo y motor, así como a cambios de humor

Datos empíricos apoyan la hipótesis de que la distensión y dilatación arterial craneal participan de forma importante en la aparición del dolor si bien no se producen cambios permanentes en los vasos comprometidos. A la vez existen variedades específicas de este tipo de cefalea:

a) Migraña Clásica.- Cefalea vascular con prodromos de tipo visual transitorio y, otros prodromos sensitivos, motores o de ambos tipos.

b) Migraña Común.- Cefalea vascular sin prodromos claros y localización unilateral. Destaca una cierta relación entre este tipo de cefalea y determinadas variables ambientales, ocupacionales, menstruales y de otro tipo.

c) Migraña en Racimos "Cluster".- Cefalea vascular predominantemente unilateral y de localización constante; su duración es breve y generalmente se produce en forma de racimos de episodios, seguidos de largas remisiones.

2.- CEFALEA POR CONTRACTURA MUSCULAR SOSTENIDA: Dolor o sensación de tensión, presión o constricción de intensidad, frecuencia y duración muy variables. Se asocia a contracción sostenida de la musculatura esquelética con ausencia de la reacción que provocan las tensiones de la vida diaria. Algunos términos utilizados para hacer referencia a este tipo de cefalea son: "tensional", "psicógena" y "nerviosa".

3.- CEFALEA COMBINADA (Del tipo vascular y por contracción muscular): En un mismo ataque coexisten la combinación de una cefalea vascular de tipo migrañoso y una cefalea por contracción muscular sostenida.

4.- CEFALEA DE LOS ESTADOS DE ALUCINACIÓN, CONVERSIÓN O HIPOCONDRIACOS: Cefaleas de enfermedades en las que el trastorno clínico principal es una respuesta de tipo alucinación o conversión, sin que existan mecanismos dolorosos periféricos.

Aunque han surgido planteamientos -como el de Bakal (1982)- que opinan que la cefalea es una sola, en donde las diferencias son más de tipo cuantitativo que cualitativo; se ha visto que la tasa de éxito observada en ciertos tratamientos varía según el grupo de diagnóstico de la cefalea (Blanchard et. al., 1982). También se ha observado que las variables que predicen el éxito terapéutico son distintas en los diferentes grupos de cefalea. Así los pacientes que pertenecen a diferentes categorías de cefalea no

presentan la misma tasa de respuesta a los diversos tratamientos y que la información que predice tal respuesta es distinta para cada grupo.

Por lo anterior, se recomienda la utilización de una forma de entrevista semiestructurada para la elaboración de la historia clínica de la cefalea. Además, con frecuencia los pacientes describen "2 clases de cefalea" en las cuales la diferencia es principalmente cuantitativa, es decir, una cefalea moderada y una cefalea intensa con la misma fenomenología básica. Dentro de la historia Clínica propuesta por Blanchard y Andrasik (1989), se obtiene la descripción fenomenológica tendiendo a mantener la orientación conductual preguntando por los signos de alerta y acontecimientos próximos, incluyendo los pensamientos que parecen asociarse a la aparición de la cefalea.

En 1983 el punto de vista de que el dolor de cabeza crónico pueda ser entendido en términos de severidad estaba ganando terreno como una alternativa para el método tradicional de la clasificación de ésta. El problema principal es que los cefaléicos no manifiestan las localizaciones del dolor y los síntomas de acuerdo con las categorías de diagnóstico de dolor de cabeza por contractura muscular o de migraña (Comité Ad Hoc, 1962). Así mismo el sistema tradicional también falla al no reflejar los múltiples eventos tanto psicológicos como fisiológicos que contribuyen a la aparición del dolor de cabeza (Bakal, 1982). Dentro del modelo de severidad, los dolores de cabeza importantes, incluyendo aquellos que asociados con síntomas migrañosos, son el resultado de dos procesos inexplicables: el fracaso del individuo para afrontar

dolores menos severos, acompañados por una molestia mayor y la automaticidad de procesos psicológicos y fisiológicos subyacentes. Un componente significativo del modelo es que existen similitudes en los síntomas de los sufridores de dolor de cabeza, especialmente en aquellos quienes frecuentemente son diagnosticados como tensionales o migrañosos: ya que ellos representan procesos psicobiológicos que están involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la susceptibilidad al dolor de cabeza (Bakal, Kaganov, Demjen, 1983).

En un estudio realizado por Bakal y Kaganov (1977) se observó que los sujetos que habían sido diagnosticados como migrañosos presentaban mayores síntomas de dolor de cabeza por contractura muscular; así mismo los cefaléicos diagnosticados como tensionales mostraban síntomas de migraña. De la misma manera, los datos obtenidos sugirieron que el incremento en la severidad y frecuencia del dolor de cabeza están acompañados por un aumento de síntomas involucrados tanto de migraña como de cefalea tensional y no por un cambio cualitativo en los tipos de síntomas experimentados.

En fin, el clasificar y definir las enfermedades es siempre una tarea difícil, y el campo del dolor de cabeza posee problemas particulares. Lo fundamental de ello es la escasez en cuanto al conocimiento de la fisiología reflejada en la completa ausencia de pruebas de laboratorio las cuales podrían ser utilizadas como criterio de diagnóstico para cualquier forma de dolor de cabeza primario. Aunque existen síndromes típicos y puros hay muchas formas transicionales. El dolor de cabeza de un individuo puede

cambiar conforme pasa el tiempo, no sólo cuantitativa sino cualitativamente. Un paciente frecuentemente tiene más de una forma de dolor de cabeza, por ejemplo migraña sin aura y episodios de tipo tensional. Como consecuencia de estos problemas no ha sido posible clasificar a los pacientes, sólo para clasificar las cefaleas. En el nuevo sistema de clasificación los pacientes reciben un diagnóstico para cada dolor de cabeza distinto, por ejemplo, migraña con aura y migraña sin aura, lo cual elimina estos problemas. Así la idea es clasificar al dolor más importante o quizá una o dos formas más. Los pacientes siempre tienen un número de ataques los cuales no pueden ser formalmente clasificados. Aún con un criterio de diagnóstico operacional un juicio sólido y un sentido común son necesarios (Rojas, 1984).

Por muchos años ha sido claro que es necesario un nuevo sistema de clasificación, sin embargo, no había existido una institución internacional con tal iniciativa.

Fue también en 1983 que la creación de la International Headache Society (IHS) cambió esta situación.

En 1985, el consejo de IHS señaló un comité de clasificación, tal consejo estuvo conformado por expertos en el campo de diferentes nacionalidades.

Después de tres años intensos, el comité publicó un documento en 1988. Éste ha formado la base de la clasificación del dolor de cabeza en la nueva Clasificación Internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, y ha estado apoyado por la Federación Mundial de Neurología; grupos de investigación en migraña y dolor de cabeza, y la Asociación América para el Estudio

del Dolor de Cabeza. El comité creó un nuevo sistema de clasificación (decidió cuántos diagnósticos diferentes de dolor de cabeza podrían ser claramente distinguidos y cuántas subformas, por ejemplo, de migraña conocemos).

Los términos previamente utilizados para el dolor de cabeza por contracción muscular y cefalea tensional fueron también abandonados debido a sus implicaciones patofisiológicas que permanecen aún sin establecerse. El dolor de cabeza esencial sugiere un reconocimiento de que hay alguna evidencia en favor de un factor muscular así como un factor mental; por ello se decidió utilizar el término tensional.

La información acerca de la duración y amplitud de síntomas, tipo y orden de aparición de éstos y su relación con la fase del dolor de cabeza están basados no sólo con evidencia pública sino también en la experiencia de los miembros del comité.

El dolor de cabeza de tipo tensional fue subdividido en episodios (menor de 90 días por año) y en forma crónica (mayor o igual a 90 días por año).

Aunque los nuevos criterios de diagnóstico son claros y operacionales en la práctica existen muchos problemas en cuanto a su aplicación. Las reglas generales fueron expuestas para la forma en que se usa la clasificación. Estas pueden sintetizarse de la siguiente manera: Si un paciente tiene más de una forma de dolor de cabeza (por ejemplo, migraña sin aura y cefalea tensional) ambas deberán recibir un diagnóstico. Esto es también para las subformas de migraña. La razón para este sistema es que existen todas las posibles combinaciones y que los patrones pueden cambiar

tanto cualitativa como cuantitativamente con el paso del tiempo. Como consecuencia del diagnóstico de "Cefalea Combinada" ha sido abandonado. Las subformas de cefalea tensional y cluster son mutuamente excluyentes. Por el contrario para la migraña, sólo un diagnóstico para cada uno de estos grupos es posible. Si un paciente tiene dos diagnósticos, cuál es el más importante? y cómo nosotros tenemos un impresión de la severidad del dolor de cabeza? para ello se recomendó estimar el número de días por año después de cada diagnóstico, lo cual en términos de padecimiento es muy importante.

No todos los episodios de dolor de cabeza en un paciente pueden o deben ser diagnosticados. Los episodios atípicos son con frecuencia debido al tratamiento temprano o a la falta de capacidad para recordar exactamente los síntomas, y otros factores. Primero, debe pedirse al paciente describa el episodio típico no tratado o bien en el que no se tuvo éxito, y deberá decirse cual área del criterio de diagnóstico cumple el episodio y si el número de episodios requerido se ha experimentado.

CLASIFICACION DE LA CEFALEA PRIMARIA

- 1.- Migraña
- 2.- Cefalea Tensional
- 3.- Cefalea Cluster y Hemicrania Paroximal Crónica
- 4.- Cefalea Miscelanea no asociada con lesión estructural.

Si bien es cierto que la gran mayoría de cefaléicos refieren localizaciones no específicas de su dolor de cabeza que entren en alguna de las categorías estipuladas por el Comité Ad Hoc

(1962), en la práctica se ha observado que a través de diversos análisis estadísticos se obtienen resultados diferentes cuando los datos son agrupados tomando en cuenta el diagnóstico. (Blanchard, et. al., 1982; Rodríguez, 1992). En donde las diferencias (inverso a lo señalado por el modelo de Bakal en 1982) son más de tipo cualitativo que cuantitativo; ya que los pacientes reportan varios síntomas de los cuales no se habían percatado sino hasta que se les proporciona una lista de éstos.

Sin embargo, para los fines de esta investigación se tomará el criterio de diagnóstico del Comité Ad Hoc; pues ésta es una derivación del proyecto de "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico", mismo que siguió los lineamientos de dicho comité.

M E C A N I S M O S D E A C C I O N D E L A C E F A L E A

Se han formulado algunas teorías de orden psicológico sobre la cefalea, las tendencias predominantes en este terreno son de tipo psicofisiológico y psicobiológico (Bakal, 1975), lo anterior hace referencia a la existencia de una base fisiológica clara en los principales mecanismos del dolor y de las disfunciones; y un cierto papel desempeñado para los acontecimientos de carácter psicológico en la iniciación y mantenimiento del trastorno. Implícita en esta afirmación se halla la noción de que los acontecimientos de tipo psicológico son capaces de producir fenómenos fisiológicos (Blanchard y Andrasik, 1989).

Según estas teorías, se considera que la cefalea tensional resulta de la contracción sostenida de los músculos de la frente, cuello y nuca. Esta puede producirse como consecuencia de estresores de tipo psicológico. De tal forma, se considera que la cefalea migrañosa comporta la dilatación de las arterias craneales y extracraneales, seguida de una inflamación estéril y de un edema circundante a los vasos dilatados. La fase de vasodilatación esta precedida por una fase de vasoconstricción.

Ambas respuestas vasculares se producen en individuos con un sistema vascular periférico lábil o irritable. Además todo un conjunto de estresores (físicos, bioquímicos o psicológicos) pueden producir la respuesta vascular causante de la aparición de la cefalea. (Blanchard y Andrasik, 1989).

Existen datos contrapuestos sobre la existencia de un nivel de actividad superior en el electromiograma (EMG) del músculo

frontal, en estado de reposo y cuando no sienten dolor en los pacientes con cefalea tensional respecto de los sujetos de un grupo control sin cefalea, se ha observado que hay niveles significativamente mayores de actividad muscular, pero también en algunas ocasiones no se ha encontrado tal diferencia.

Cuando en los estudios se comparan las medidas de los pacientes con cefalea tensional y con cefalea migrañosa, en la mayoría de los casos se observan niveles de actividad muscular frontal superiores en los sujetos con migraña que en los pacientes con cefalea tensional. (Blanchard y Andrasik, 1989).

Haynes et. al., (1975) examinaron la relativa efectividad de la retroalimentación de EMG y la relajación, en el tratamiento de dolor de cabeza por contracción muscular. Formaron tres grupos de sujetos: a un grupo le dieron seis sesiones de entrenamiento en relajación; a otro grupo se le dió entrenamiento con retroalimentación y, finalmente al tercer grupo no se le dió tratamiento; lo anterior se realizó en un intervalo de 3 semanas. Aunque ambas condiciones de tratamiento fueron igualmente efectivas y superiores a la condición control, en cuanto al alivio del dolor, emergieron varias peculiaridades en sus observaciones: primero, mientras varios sujetos mostraron una actividad de EMG elevada en el músculo frontal, otros no; segundo, la actividad de EMG en reposo y la incidencia del dolor de cabeza para algunos sujetos pareció ser independiente una de otra.

En un estudio comparativo de Cox, Freundlich y Meyer (1975), observaron que la correlación entre la actividad de EMG disminuido y el dolor de cabeza fue de 0.42, indicando que los niveles del

EMG son sólo el 18% de la variabilidad en la actividad del dolor de cabeza. Cox y sus colaboradores, propusieron que, no obstante, el hecho de que la reducción en el EMG y la actividad del dolor de cabeza están débilmente relacionados; llevan a sospechar que el dolor de cabeza y la tensión muscular no pueden estar ocasionalmente vinculados de una manera rígida.

Por su parte Philips (1977); Epstein, Abel, Collis, Parker, Cinciripini, (1978), demostraron que la reducción en la actividad del EMG y la estabilización de niveles bajos algunas veces precede sustancialmente al decremento en las quejas del dolor. Aunque un decremento en la tensión muscular puede ser necesaria para cambios subsecuentes en los otros componentes de la actividad del dolor de cabeza esto parece ser insuficiente para explicar esos cambios.

Finalmente, como una alternativa hacia el modelo del dolor de cabeza tensional, Ramírez (1985) plantea que posiblemente el incremento en la tensión muscular es un efecto del dolor de cabeza más que una causa. Si tal alternativa es correcta, el autor considera que el dolor de cabeza por contractura muscular puede estar proporcionando alguna ganancia tangible para la "víctima". Una posibilidad es que el dolor de cabeza de este tipo permite a las víctimas evitar algún estresor. En los primeros síntomas de un dolor de cabeza por contracción muscular, ellos enfocan su atención en el dolor y efectivamente sólo en algunas ocasiones consideran la necesidad de tratar con el estresor.

Un modelo más fructífero para la explicación y tratamiento de dolor de cabeza por contractura muscular probablemente incluiría componentes psicológicos, sociológicos así como factores

fisiológicos.

Por otra parte, dentro de un pensamiento dualista concerniente a la etiología de los dolores de cabeza se destaca la investigación biomédica. En la práctica médica los investigadores se han preocupado por la identificación de substratos neurofisiológicos/bioquímicos de este padecimiento. El que el dolor de cabeza tenga un componente fisicoquímico esta fuera de discusión, el problema real es si este componente existe o puede existir independientemente de variables cognitivas y sensoriales, (Bakal, 1982).

Así surgen dos principales problemas: primero, hay o no evidencia de un componente fisiológico en la predisposición para el dolor de cabeza y, si este componente refleja o no variables cognitivas y sensoriales. Si en la literatura se han encontrado procesos concomitantes que ocurren a nivel psicológico, entonces no será difícil la posibilidad de ver a éstos como eventos independientes. Esto sugeriría también que los cefaléicos y sus síntomas no pueden ser entendidos y tratados solamente desde una posición fisiológica. (Bakal, 1982). El segundo problema, es si diferentes mecanismos fisiológicos subyacen o no a diferentes dolores de cabeza o más específicamente, si la migraña y la cefalea tensional deben ser vistos como cuantitativa o cualitativamente diferentes en un análisis a nivel fisiológico. Dada la diversidad de síntomas que presentan los cefaléicos, debe haber un número de mecanismos fisiológicos diferentes que contribuyen a esta diversificación de síntomas. Así, la presencia de diferencias fisiológicas debe ser mejor entendida como un reflejo cuantitativo más que diferencias

cualitativas en términos del grado de involucración de sistemas fisiológicos que contribuyen al síndrome de dolor de cabeza.

EL ORIGEN DEL DOLOR. Dentro de un modelo psicobiológico del dolor de cabeza, el dolor no es visto como algo discreto, separado de otros componentes del síndrome de la cefalea. Los pensamientos y sentimientos de los pacientes son tan importantes para una comprensión del dolor experimentado, como también lo son los eventos fisiológicos que permiten al paciente especificar la localización del dolor. (Bakal, 1982).

Esta posición es consistente con el punto de vista cognitivo conductual mismo que apoya que el dolor es una experiencia multifásica la cual involucra eventos cognitivos, conductuales y fisiológicos. (Genest y Turk, 1979).

Un número de descubrimientos incluyendo el sistema de endorfinas, han hecho claro que la experiencia del dolor no puede ser ampliamente estudiada como reflejo de una simple transmisión de un impulso doloroso desde la región dañada hasta un centro doloroso en el cerebro. Se sabe que la transmisión de tales impulsos esta involucrada extensivamente por mecanismos excitatorios e inhibitorios localizados en la periferia, columna vertebral, y corteza cerebral; y la sospecha es que ésta modulación se da antes de que ocurra el dolor. (Bakal, 1982).

Aunque existen mecanismos especializados para el dolor, los mecanismos aislados no son suficientes para la importancia del dolor experimentado. Según Sicuteri (1976) la serotonina actúa normalmente como inhibidor del dolor dentro del Sistema Nervioso Central y los cefaléicos son incapaces de producir cantidades

suficientes de este mediador. Antes de la hipótesis de Sicuteri, se creía que los niveles de serotonina eran liberados antes del inicio del dolor de cabeza, y que la liberación estaba asociada con vasodilatación extracraneal, la cual llevaba a la experiencia del dolor. En un estudio de serotonina plasmática en sujetos migrañosos durante la fase de dolor como fuera de ella, Curran, Hinterberger y Lance, (1965) encontraron que el 80% de sus niveles de serotonina eran más bajos con el dolor presente. Se encontró que la disminución ocurría al inicio del ataque de migraña y persistía aún más de la duración del dolor. Hay otros estudios que han demostrado decremento en niveles de serotonina durante los episodios del dolor, (Sjaastad, 1975). Sin embargo, no todos los pacientes han demostrado los niveles de disminución de serotonina esperados. Más aún, los cambios observados podrían haber sido una consecuencia, más que la causa de los dolores de cabeza. Debido a la diversidad de resultados obtenidos en estudios de niveles de serotonina en cefaléicos, no se puede afirmar o negar su intervención dentro del dolor de cabeza, ya que sí hay cambios en éstos, más no existe una dirección constante en la que ocurren dichos cambios.

MECANISMO VASCULAR. La mayoría de las investigaciones fisiológicas se han dirigido hacia la identificación de mecanismos vasculares que están asociados con ataques de dolor de cabeza. Esto resulta de gran interés debido a que la migraña se encuentra dentro del modelo médico tradicional como un desorden vascular. Los cambios vasculares tienen lugar tanto intracraneal como extracranealmente (según se ha hipotetizado). (Graham y Wolff, 1938).

En un estudio realizado por Kudrow (1979), encontró signos de vasoconstricción persistente en pacientes con cefalea en "racimos". El dolor es unilateral y generalmente específico en el ojo y en la región temporal. Este estudio señala la presencia de un estado de vasoconstricción pervasiva que puede vertir la susceptibilidad del paciente a los atques del dolor. La observación de la vasoconstricción fue de un lado en específico, atestiguando el alto grado de individualidad fisiológica que existe dentro de algunos cefaléicos. (Bakal, 1982).

ACTIVIDAD MUSCULO-ESQUELETICA Y SUSCEPTIBILIDAD AL DOLOR. Hasta hace poco se creía que los cambios vasculares que contribuyeron a desórdenes de dolor de cabeza, ocurrían independientemente de los cambios en el sistema músculo-esquelético.

Sin embargo, varios investigadores han demostrado que el aumento de la actividad músculo-esquelética está presente tanto en migrañosos como en tensionales y que esta actividad puede ser detectada si esta el dolor presente o no lo esta. Dentro del modelo de severidad, esta actividad representa un componente significativo de la predisposición al dolor de cabeza y es la base de quejas de sensaciones persistentes como tirantez y presión que caracterizan al paciente con dolor de cabeza crónico. (Bakal, 1982).

INESTABILIDAD EN EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO. Ataques severos de dolor de cabeza estan asociados con síntomas mediados por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), los más frecuentes son: náusea y vómito. La presencia de tales síntomas ha llevado a algunos

teóricos a especular que la migraña es un desorden del SNA (Bruyn, 1980). Alguna vez la migraña fue vista como un desorden autónomo que constituía sólo un sistema asociado con el dolor de cabeza. Sin embargo, es poca la evidencia empírica para la noción de que los sufridores de dolor de cabeza crónico poseen una disfunción vasomotora generalizada o una inestabilidad autónoma en el SNA. (Bakal, 1982).

FLUJO SANGUINEO CEREBRAL. Por lo que respecta al flujo sanguíneo cerebral (rCBF), aún no quedan esclarecidos y de manera convincente los cambios que puedan ocurrir en éste cuando el dolor esta presente o no. En algunos estudios realizados; por ejemplo, O'Brien (1971) observó en algunos pacientes, durante la fase prodromal una reducción del 23% en el rCBF en ambos hemisferios. No hay evidencia de cambios en el rCBF localizados que pudieran ser importantes en la aparición de prodromos localizados. O'Brien postuló que la especificidad de síntomas prodromales pueden ser el reflejo de estructuras idiosincráticas predeterminadas que ejercen su influencia contra un antecedente de vasoconstricción generalizada. Durante la fase de dolor de cabeza hubo un ligero incremento (8%). Mathews, Hrastnik y Meyer, (1976) encontraron que el rCBF de los migrañosos es normal (50ml/100mg/min.) cuando no hay dolor, sin embargo éste aumenta cuando el dolor está presente.

Así mismo, no hay evidencia de la existencia de un aumento o decremento del rCBF en pacientes diagnosticados como cefaléicos tensionales durante la presencia del dolor. De tal forma, si los pacientes por cefalea tensional han estado experimentando ataques

severos, ellos también pueden haber experimentado cambios en el rCBF, tanto antes como durante el episodio de dolor. Otra gran posibilidad es que los cambios en el rCBF observados durante ataques severos de dolor, son más bien reflejo de un componente psicológico del dolor, que de un mecanismo fisiológico que conlleva a éste. (Bakal, 1982).

Finalmente, hay razones para sospechar, basados en una investigación concerniente a respuestas específicas y estereotipadas, (Lacey, et. al., 1953; Lacey y Lacey, 1958; Malmö y Shagass, 1949) que los cefaléicos pueden reaccionar al estrés con patrones de respuestas fisiológicas específicas.

El sistema vasomotor cefálico puede ser especialmente reactivo al estrés en migrañosos, pero otros sistemas, tal como el músculo-esquelético pueden ser también reactivos. (Cohen, et. al., 1983).

Por lo tanto hay una gran necesidad de estudiar un número de sistemas fisiológicos cuando se investigan desórdenes psicofisiológicos tales como el dolor de cabeza crónico.

Así, determinar los mecanismos exactos que se activan cuando el dolor de cabeza se presenta en un sujeto, es una tarea sumamente difícil.

Aún cuando existe una diversa cantidad de estudios sobre mecanismos de acción involucrados en el fenómeno del dolor de cabeza; ésta no es basta ni convincente en cuanto a la involucración de un mecanismo específico. Nos topamos además nuevamente con el problema de la clasificación de cefalea, pues no hay un proceso de cambio consistente para cada tipo de dolor de

cabeza.

Sin pretender aclarar dentro de esta investigación los mecanismos fisiológicos involucrados en el dolor de cabeza crónico; se ha considerado que es importante hacer mención de ellos sólo para reafirmar que éste no es causado únicamente por disfunciones fisiológicas, sino que intervienen factores de otro tipo mismos a los que los investigadores dejan a un lado.

Un modelo que parece brindar una visión más amplia así como mejores resultados en cuanto a la explicación y tratamiento del dolor de cabeza, es aquél que no sólo considera factores fisiológicos sino también psicológicos conocido como modelo psicobiológico. Reiterando así, que el dolor es una experiencia multifásica e individual, misma que involucra eventos cognitivos, conductuales y fisiológicos. Y que difícilmente se presentará un cambio o alteración en sólo uno de éstos aspectos sin que existan también cambios (menores o mayores) en cualquiera de los restantes e incluso en ambos.

T R A T A M I E N T O N O F A R M A C O L O G I C O D E L A C E F A L E A

Aunque no es el propósito central del presente trabajo; este apartado ha sido incluido con el fin de dar al lector una visión un poco más amplia sobre las diferentes formas en que una persona puede disminuir su dolor de cabeza dejando por completo la continua ingesta de fármacos a los cuales, probablemente, al paso del tiempo se hará adicto.

Una explicación detallada del tratamiento que será utilizado para contrarrestar la cefalea es por demás de gran importancia. En la fase de tratamiento ha de intentarse proporcionar al paciente un modelo que ayudará a explicar su trastorno como un problema relacionado potencialmente con el estrés. Los objetivos para incluir esta información son entre otros: a) la participación del paciente será mayor si comprende los pasos que se siguen en el mismo y sabiendo lo que se puede esperar de él; b) se espera que el paciente participe activamente en el tratamiento que pretende aplicar técnicas nuevas para afrontar un problema antiguo y, c) se intenta movilizar las expectativas de mejoría y alivio de la cefalea del paciente. A esta movilización de expectativas se le suele llamar efecto placebo. Sin embargo, como han señalado últimamente algunos autores (Andrasik y Holroyd, 1980), la movilización de las expectativas y la creencia de que los cambios terapéuticos en los procesos fisiológicos son consecuencia de los procedimientos terapéuticos, pueden conseguir unos efectos muy importantes y duraderos sobre la cefalea (Blanchard y Andrasik, 1989).

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION Y CEFALEA

La estrategia física más sencilla para el tratamiento de la cefalea es el entrenamiento en relajación, que comprende muchas variedades de entrenamiento que han sido descritas para el tratamiento de la cefalea crónica. Estos procedimientos van desde la forma de relajación pasiva por meditación, descrita por Benson (1975) como la respuesta de relajación, que es la más sencilla; hasta el elaborado programa de Jacobson (1938), conocido como relajación progresiva.

El programa de entrenamiento en relajación consta de un régimen de 10 sesiones que se aplican normalmente durante un periodo de 8 semanas. Se basa en gran medida en los procedimientos descritos por Bernstein y Borkovek, (1973) en su libro: Progressive Relaxation Training.

Por otra parte dentro de los tres problemas potenciales a los que conlleva un entrenamiento en relajación son: 1) la introducción de la relajación es similar a una forma de inducción hipnótica, sobre todo por lo que respecta al uso frecuente de las sugerencias, 2) la llamada ansiedad inducida por la relajación. Heide y Borkovek (1983) han discutido este problema y documentado su aparición. En general una pequeña proporción de pacientes pueden experimentar un aumento súbito de su ansiedad durante la inducción de la relajación que puede oscilar desde un grado de ansiedad moderado hasta un ataque de pánico menor. No obstante se sugiere hacer lo siguiente: a) es importante que el terapeuta se mantenga tranquilo; b) ha de insistir al paciente que no ocurre nada y; c) continuar con el entrenamiento (Blanchard y Andrasik, 1989).

Es importante que no se produzca un condicionamiento de los pensamientos y sensaciones aversivas que acompañan al ataque de pánico, al terapeuta o a la situación en general. Y 3) la posible aparición de espasmos musculares. Parecen ser más frecuentes en los hombres que en las mujeres y probablemente se deban a la contracción excesiva de un grupo muscular determinado. Un espasmo doloroso puede realmente interrumpir un estado global de relajación.

Para solucionar este problema; a) se debe interrumpir la inducción de la relajación y masajear el grupo muscular afectado hasta que el espasmo disminuya y, b) continuar con el tratamiento después de avisar al paciente que no contraiga los músculos en exceso, al proseguir la inducción de la relajación, se debe evitar la práctica con el grupo muscular donde se ha producido el espasmo (Blanchard y Andrasik, 1989).

DETERMINACION DEL ESTADO PROFUNDO DE RELAJACION.

Uno de los problemas potenciales que se da en el entrenamiento de relajación es la determinación del grado de eficacia del mismo. Es posible recurrir al grado de mejoría clínica de la cefalea, pero este valor no resulta muy útil a corto plazo. Como último recurso, puede preguntarse al paciente después de la inducción de la relajación, si ha conseguido relajarse o no, pero esta escala del todo o nada no resulta muy precisa (Blanchard y Andrasik, 1989).

Una forma algo más sofisticada de autoinforme, que autores como Blanchard y Andrasik, (1989) han utilizado, consiste en pedir al paciente que evalúe el grado de relajación alcanzado utilizando una escala del 1 al 10; donde la puntuación de 1 corresponde a "no

estar relajado" y la puntuación 10 a "extremadamente relajado".

El paciente comprende fácilmente este procedimiento de evaluación, que permite obtener datos de gran utilidad. No obstante, en la evaluación de la relajación mediante autoinforme se da un problema común a otros autoinformes: el de la posible distorsión, en el sentido de que algunas veces el paciente manifiesta lo que cree que el terapeuta desea escuchar.

Schilling y Pippen, (1981) diseñaron un método de evaluación del grado de profundidad de la relajación menos reactivo, su "Escala Conductual de la Relajación". En esta escala se evalúan 10 conductas distintas en un intervalo de observación de 60 segundos. La frecuencia de la relajación se observa por 30 segundos y las 9 conductas restantes son observadas y registradas durante los siguientes 30 segundos. Las conductas registradas hacen referencia principalmente a la postura e incluyen: a) ausencia de vocalización o de sonidos nasales, b) ausencia de movimientos corporales, c) posición de la cabeza, d) ojos, e) boca, f) garganta, g) hombros, h) manos, i) pies.

Schilling y Pippen han aportado datos que apoyan la confiabilidad y validez de su escala. Por ello la utilización de esta escala de evaluación por parte del terapeuta, al finalizar una sesión, podría proporcionar una medida de la validez del autoinforme de relajación utilizada por el paciente.

Por otra parte si el paciente niega hallarse relajado puede deberse a una preocupación o a la existencia de un componente de actividad cognitiva. Este hecho debe ser explorado, e insistir en la concentración y en el control de la respiración. (Blanchard

y Andrasik, 1989).

En un estudio realizado por Figueroa (1982) en el cual comparó una combinación de terapia cognitiva con técnica de relajación (5 sujetos) con un grupo de terapia de apoyo (5 sujetos) y el sólo monitoreo del dolor de cabeza (5 sujetos). Observó que la terapia cognitiva y relajación fue superior a los otros grupos, reduciendo la frecuencia y duración del dolor de cabeza en post-tratamiento y seguimiento. Bell, Abramowitz, Folkins, Spensley y Hutchinson (1983) compararon una combinación de Retroalimentación Biológica (RAB) de EMG frontal y relajación con psicoterapia breve que contenía varios elementos de la terapia de afrontamiento al estrés de Holroyd y una combinación de estas dos aproximaciones para sufridores de dolor de cabeza tensional. Los tres grupos mejoraron en relación al grupo control que solo monitoreaba sus síntomas en duración, frecuencia y distrés. (Blanchard et. al., 1990).

RETROALIMENTACION BIOLOGICA Y CEFALEA

El entrenamiento en retroalimentación biológica (RAB) es una segunda estrategia física para el tratamiento de la cefalea. De hecho este tipo de entrenamiento precede al entrenamiento en relajación como tratamiento fisiológico de la cefalea. De tal forma el entrenamiento en relajación es un estrategia más global y general para conseguir la reducción de la activación fisiológica autónoma y la tensión músculo-esquelética; mientras que el entrenamiento en RAB es considerado menos global, pues se aplica a respuestas fisiológicas más específicas.

Comenzando con el primer trabajo de Budzynski y Stoyva (Budzynski

et. al., 1970; 1973) la mayoría de tratamientos mediante retroalimentación biológica de la cefalea tensional o por contractura muscular han tenido como objetivo enseñar al paciente a relajarse y a disminuir el nivel de actividad de los músculos de la frente, por medio de la RAB de la actividad electromiográfica (EMG) (Blanchard y Andrasik, 1989).

Por lo anterior la retroalimentación puede ser utilizada como un tratamiento efectivo para el dolor de cabeza, en el mismo grado que otras técnicas de relajación. La retroalimentación de EMG ha sido valorada como promesa para este padecimiento de tipo tensional, debido a que parece dirigirse directamente a la raíz del problema: tensión muscular incrementada en las áreas donde se localiza el dolor. La hiperactividad muscular crónica en las áreas de la cabeza y el cuello han sido consideradas por años como las bases que constituyen los síndromes de dolor en pacientes tensionales. Paradójicamente la retroalimentación de EMG ha contribuido fuertemente a esta teoría psicofisiológica de cefalea tensional. Varios estudios han tendido a clarificar las relaciones entre tensión muscular y dolor pero han fracasado en demostrar tal asociación. (Borget, Elie y Laurache, 1985).

A casi 20 años de la aparición del primer reporte bien controlado sobre el empleo de la RAB en el tratamiento de los dolores de cabeza tensionales (Budzynski, Stoyva, Alder y Mullaney, 1973), la eficacia de este procedimiento esta bien establecida (Bakal, 1982; Blanchard y Andrasik, 1989; Carrobles y Godoy, 1987); al grado que en los últimos años la investigación se ha orientado a precisar diferentes aspectos de su empleo, por ejemplo, establecer la

permanencia de los efectos con estudios prospectivos (Blanchard, Appelbaum, Guarnieri, Dentinger, 1987; Reich, 1989), a determinar los mecanismos psicofisiológicos de los cambios clínicos observados con la técnica (Holroyd, Penzien, Hursey, et. al., 1984; Litt, 1986), a observar cambios concomitantes a la disminución del dolor en otras variables psicológicas (Newton y Barbaree, 1987; Mizener, Thomas y Billings, 1988), a probar formatos de tratamiento más breves e igualmente eficaces (Holroyd, Holm, Hursey, 1988), a combinar el procedimiento con otras técnicas (Blanchard, Appelbaum, Radnitz, et. al., 1990; Pitterling, Martin, Gramling, Cole y Milan, 1988; Infantino-Murphi, Lehrer y Jurish, 1990) y, a un aspecto muy importante como establecer el perfil del paciente que recibirá mayores beneficios del tratamiento (Blanchard y Andrasik, 1989; Rojas, et. al., 1991) En relación a este último aspecto se encuentra el trabajo realizado por Ramírez (1991), en el cual se encontró que, en los sujetos que presentan un déficit asertivo alto, así como una puntuación alta en la escala 1 del MMPI fracasan en un entrenamiento en RAB. Por otra parte, no se observaron datos significativos que puedan presentar los sujetos que indiquen que tendrán éxito en un entrenamiento de retroalimentación biológica.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y CEFALEA

Otra técnica que podría utilizarse en trastornos psicósomáticos es el Entrenamiento Asertivo (EA).

El EA se encarga de modificar las conductas no asertivas, es decir, es un procedimiento encaminado a promover la adquisición o

modificación de formas de interacción personal tendientes a expresar de una manera honesta y directa los pensamientos y sentimientos de los sujetos, así como hacer valer los derechos ajenos y los propios; el EA se basa en un descondicionamiento de las respuestas inadecuadas de ansiedad ante las relaciones interpersonales del paciente con otras personas (Wolpe y Lázarus, 1966).

No debe confundirse al EA, con la conducta agresiva o manipuladora; esta última es un acto contra los demás; en cambio ser asertivo es la defensa adecuada de uno mismo, la conducta manipuladora es para controlar a los demás; el EA dota al sujeto de mayor confianza en sí mismo, elimina conductas erróneas que lo hacen sentir mal consigo mismo.

Por lo anterior, el EA se emplea cada vez más para abordar una diversidad de alteraciones psicológicas (Ramírez, 1991).

En lo referente al dolor de cabeza crónico y EA, es mínima la información que existe en la literatura acerca de esta relación; Jones y Page (1986) investigaron si existe algún vínculo entre la asertividad como variable de personalidad y el dolor de cabeza; aplicando un cuestionario de asertividad a 222 sujetos que padecían dolor de cabeza; encontrando que los hombres son más asertivos, mientras que las mujeres tienden a ser menos asertivas y presentan dolor de cabeza más frecuente. Estos hallazgos se confirmaron con el trabajo realizado por Palacios (1991) quién encontró que además de ser menos asertivas presentan también ideas de perfeccionismo y puntajes altos en las escalas F, Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Paranoia, Psicastenia,

Esquizafrenia e Introversión-Extroversión del MMPI, con respecto a sujetos control.

Si bien se han reportado déficits significativos en el comportamiento afirmativo en los pacientes con dolor de cabeza crónico, no se ha establecido con claridad la relación entre éstos y el dolor. La ausencia de cambios significativos en el dolor de cabeza de los pacientes que han recibido el EA sugieren que esa posible relación no es estrecha. Sin embargo, puesto que los cambios dados en el comportamiento afirmativo implican modificaciones profundas en el estilo de interacción social de las personas, es posible que los cambios ocurran más lentamente de lo que puede estar sucediendo con los efectos de la retroalimentación biológica (Rojas, et. al., 1991). Esto es, a corto plazo es más efectivo el entrenamiento en retroalimentación y a largo plazo el entrenamiento asertivo.

Una alternativa más con la que el paciente cuenta para afrontar su dolor de cabeza es por medio de la Terapia Racional Emotiva (TRE); sin embargo, debido a su gran importancia y extensión se ha considerado necesario dedicarle un capítulo aparte (capítulo 2) tratando de concentrar los aspectos más sobresalientes que ésta encierra.

CORRELATOS PSICOLÓGICOS DE LA CEFALEA

Se ha tratado de dar una visión con base científica de los factores psicológicos para el tratamiento de la cefalea crónica. Sin embargo, al mismo tiempo no se pone en duda que la cefalea es un trastorno complejo y multideterminado. Raskin y Appenzeller (1980) enumeran los diversos factores capaces de precipitar en algunos individuos un episodio de cefalea vascular, estos son: estrés y preocupaciones, menstruaciones, contraceptivos orales, destellos, deslumbramientos, ejercicio físico, fatiga, sueño insuficiente, traumatismo craneal, cambios de temperatura climáticos o ambientales. Los autores "clasifican" a los anteriores como factores habituales. Por otra parte los factores menos habituales son: porcentaje elevado de humedad sueño excesivo, altitudes elevadas, exceso de vitamina A, fármacos (nitroglicerina, histamina, reserpina, hidralazina, estrógenos, corticoesteroides), alimentos fríos, lectura, olores penetrantes (perfumes, disolventes orgánicos, humo), iluminación fluorescente, reacciones alérgicas; entre otros. El terapeuta ha de tener en cuenta estos factores como causas posibles y buscar la ayuda de otros profesionales para asegurar de este modo el tratamiento adecuado de los pacientes. (Blanchard y Andrasik, 1989).

Recientemente, Philips y sus colegas propusieron que la conducta de evitación es un factor importante que contribuye en el dolor de cabeza crónico. (Philips, 1987; Philips y Hunter, 1981; Philips y Jahanshahi, 1985). Utilizando el Cuestionario de Conductas de Dolor (PBQ), Philips y Jahanshahi (1985) argumentaron que la

conducta de evitación es prominente con cefaléicos crónicos y desproporcionado al dolor experimentado. Más aún se cree, que estas reacciones conductuales reducen los sentimientos de control sobre el dolor y sirven para mantener el problema del dolor de cabeza.

Por otra parte, Radnitz, Appelbaum, Blanchard, Elliot y Andrasik, (1988), han argumentado que la conducta de evitación puede ser simplemente el resultado natural de la intensidad de la cefalea. Después de un entrenamiento a 86 cefaléicos con las principales técnicas conductuales ellos reportaron una reducción substancial en todas las medidas del PBQ, por lo tanto sugirieron que existe una estrecha asociación entre dolor y conducta. Cada vez que el dolor desaparecía, los cambios conductuales disminuían de manera evidente.

Una posible explicación para la discrepancia de los resultados en los estudios mencionados, puede deberse al uso del PBQ como un índice de cambio conductual.

En una investigación realizada por Lacroix y Barbaree (1990), cuyo propósito era examinar los cambios conductuales que provocaban los dolores de cabeza recurrentes y cuales eran manifiestos durante estados sin dolor. Los resultados obtenidos, mostrarón que el impacto del dolor afectaba varios aspectos de su vida. La muestra estuvo conformada por 150 sujetos; de los cuales el 38% reportó que su vida podría haber sido más benéfica sin dolor de cabeza. Más aún el 54% reportó que el dolor de cabeza era el problema más serio al que tenían que enfrentarse. Las tres áreas principales que se investigaron fueron: a) factores orgánicos que pudieran

sugerir la historia del dolor; b) problemas psicosociales y; c) modificaciones y consecuencias dadas por el dolor. Algo sorprendente, fue que los sujetos indicaron que los cambios conductuales ocurridos durante los periodos de dolor, eran mantenidos cuando éste no estaba presente.

Las características de personalidad y el funcionamiento psicológico de sufridores de dolor de cabeza han sido de gran interés para la literatura en Medicina psicosomática. Aunque muchos estudios en esta área tiene deficiencias metodológicas; recientemente se ha investigado la personalidad y el dolor de cabeza crónico demostrando diferencias estadísticamente significativas entre grupos con dolor de cabeza y sujetos control; por ejemplo, en los inventarios de Depresión de Beck, Ansiedad y escalas del MMPI. Así dentro de esta línea de investigación, se ha considerado que éstos factores de personalidad caractereológicos estan relacionados con la etiología del dolor. Esta teoría de Personalidad es una variante de la teoría de desórdenes psicosomáticos de especificidad emocional de Franz Alexander (1950), que afirma que los individuos con ciertos rasgos de personalidad que se encuentren con una clase determinada de conflicto desarrollará cefaleas específicas. Por ejemplo, los sujetos migrañosos han sido descritos tradicionalmente, y por lo general, con base en una entrevista clínica no controlada, como personas perfeccionistas, preocupadas por el éxito, resentidas, no asertivas, inseguras e incapaces de expresar sus sentimientos de agresividad de una forma constructiva, ansiosas, obsesivas, excesivamente escrupulosas, y con tendencia a intelectualizar

(Blanchard y Andrasik, 1989; Rojas, et. al. 1991).

La descripción de los sujetos que padecen cefalea crónica de tipo tensional es igualmente poco alegreña. Estos sujetos han sido descritos como individuos preocupados, deprimidos, ansiosos, tensos crónicamente, hostiles, dependientes, histriónicos, y conflictivos sexualmente. (Blanchard y Andrasik, 1989; Rojas, et. al. 1991).

De los estudios realizados por Henryk-Gutt y Rees (1973); Kodrow y Sutkus, (1979); Sternbach, Dalessio, Kunzel y Bowman (1980) y Philips y Hunter (1981), se observó, primero que: los sujetos migrañosos de ambos sexos muestran menos trastornos psicológicos que los pacientes que presentan una combinación de migraña y cefalea tensional, los cuales a su vez muestran menos trastornos que los pacientes con cefalea única por contractura muscular. Es decir, cuanto mayor es el número de días por semana que el sujeto padece cefalea, más trastornos psicológicos presenta. Así, los pacientes con cefalea tensional crónica quienes probablemente padecen cefalea casi diariamente, aparecen como sujetos con más trastornos que los que padecen migraña, cuya cefalea sea quizá de 1 ó 2 días de duración por semana. En segundo lugar, las escalas 1, 2 y 3 del MMPI, son las más sensibles o responsivas a los problemas psicológicos de los pacientes con cefalea.

Alexander (1950) propuso que una característica emocional específica en conjunción con una "debilidad orgánica" hereditaria, (por ejemplo, predisposición, vulnerabilidad genética en cierto sistema orgánico) lleva a desórdenes psicósomáticos específicos. La teoría de la personalidad es verdaderamente similar a la teoría

de la especificidad emocional de Alexander, la diferencia principal es la ausencia de la "debilidad orgánica" hereditaria, como un prerrequisito para la aparición del problema psicósomático. Se han observado dentro de esta línea de investigación cambios funcionales en la personalidad como un resultado del tratamiento. (Sovack, Kunzel, Sternbach y Dalessio, 1981).

Otra forma para inferir que los rasgos característicos de personalidad están involucrados en la etiología de dolor de cabeza es agrupar a los sufridores de este padecimiento de acuerdo al porcentaje de vida que han tenido con su dolor. Si hubiera diferencias significativas entre estos grupos tales que, los individuos con un largo porcentaje tuvieran elevaciones más altas en las escalas clínicas del MMPI, que aquellos con un porcentaje más corto, podría inferirse que el vivir con dolor crónico lleva a incrementar el distrés psicológico. Inversamente, si no hay diferencias en las elevaciones de las escalas entre los individuos con base al porcentaje de vida que ellos han tenido con el dolor entonces, una manera de interpretar los resultados es que los niveles elevados de distrés psicológico no son consecuencia del tiempo de vida con dolor, sino que, ya estaban presentes antes de experimentarlo. (Arena, Andrasik y Blanchard, 1985).

Por otra parte, en un estudio realizado por Arena, Andrasik y Blanchard, (1985) encontraron que las características de personalidad están involucradas con la etiología del dolor de cabeza, no obstante, su estudio no es por sí mismo conclusivo. Sin embargo, estos resultados pueden agregarse a los hallazgos de otras investigaciones que demuestran cambios de estados afectivos.

en pacientes con dolor de cabeza como resultado de un tratamiento exitoso. Así tendiendo a apoyar la preponderancia de estudios metodológicamente limitados: la personalidad está involucrada en la etiología del dolor de cabeza.

De tal forma es importante señalar que la frecuencia de este problema, unida a la consideración tras momentos de alarma inicial, de que es un problema de dolor benigno, hace que un porcentaje elevado de las personas que lo sufren no traten de buscar soluciones o poner remedios acudiendo a especialistas, sino a través de estrategias, recomendadas por sus amigos que así mismo en algunos momentos han padecido cefaleas.

Cuando por el contrario se acude a un profesional, acabará su diagnóstico concluyendo que el problema es "funcional". Es decir, en términos más próximos a la psicología, la forma de comportarse de la persona en cuestión (como interpreta el medio, como interpreta las demandas de éste, que conductas lleva a cabo para enfrentarse e interactuar con él) facilita el que se eviten respuestas orgánicas que provocan la aparición de cefaleas. Por lo anterior, es importante constatar que los procedimientos de que disponen los psicólogos, y concretamente los terapeutas cognitivo-conductuales, para aliviar las cefaleas y los resultados que han obtenido en su aplicación son altamente viables.

Dentro de los pocos estudios que se han realizado con población mexicana se ha observado que existen otros correlatos psicológicos como por ejemplo las Ideas Irracionales, asociados con el dolor de cabeza; de lo cual se tratará de una forma más amplia en el capítulo 2.

CAPITULO II

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La autoestima determina el estado de ánimo.

Avery Weisman.

No es la montaña lo que conquistamos, sino a nosotros mismos.

Edmund Hillary.

La mayor parte de los fracasos nos vienen por querer adelantar los éxitos.

Amado Nervo.

ORIGENES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

La Terapia Racional Emotiva (TRE) procede de escuelas estóicas de filosofía que parecen haberse originado hace unos 250 años: especialmente las escuelas budistas del Oriente y las estóicas de los griegos y romanos en Occidente.

Siendo aún más fuerte quizá que dichas escuelas, la TRE sostiene que virtualmente no hay razones "legítimas" por las que las personas se vuelvan emocionalmente preocupadas, histéricas o trastornadas. Sin embargo, a diferencia de algunas de las escuelas orientales y estóicas, la TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes apropiadas, tales como pena, pesadumbre, disgusto, molestia, espíritu de rebeldía y determinaciones a cambiar. Cuando tienen mala salud u otras experiencia activantes desagradables o contraproducentes, como sentimientos de culpa, depresión, inutilidad o rabia, están actuando y sintiendo de modo inapropiado, tales emociones inadecuadas proceden en gran parte de hipótesis antiempíricas y no comprobables de que las cosas DEBEN o TIENEN que ser distintas de las formas en que indudablemente son. (Ellis y Abrahms, 1986).

La TRE fué formulada por Albert Ellis, un psicólogo clínico, en los inicios de 1955. Todos los hallazgos que él amalgamó con pensamientos humanísticos modernos lo llevaron a crear un nuevo sistema de terapia: la TRE, misma que comenzó a practicar.

Este sistema enfatiza que:

1.- Se condicionan ellos mismos (las personas) para sentir disturbios (más que ser condicionados por sus padres u otras

fuentes externas).

2.- Tienen una tendencia tanto biológica como cultural a pensar equivocadamente e innecesariamente se dañan ellos mismos.

3.- Tienen una tendencia únicamente humana para inventar disturbios y para perturbarse ellos mismos acerca de éstos y,

4.- Tienen una capacidad poco usual para cambiar sus procesos cognitivos, emotivos y conductuales, así que ellos pueden: a) elegir reaccionar de diferente manera de como usualmente lo hacen, b) negarse a lastimarse ellos mismos con cualquier cosa que pueda ocurrir y, c) tratar ellos mismos a la vez que pueden hacerlo, de permanecer mínimamente trastornados por el resto de sus vidas (Ellis y Whiteley, 1979).

Ellis (1979) se percata además de que nosotros no nos inventamos o creamos un pensamiento vacío, desde que ingresamos a un medioambiente social sino que, en alto grado aprendemos a pensar "algo" acerca, por ejemplo, del sexo o del matrimonio, sistema político y procesos económicos. Pero nosotros mismos llevamos a nuestros estilos cognitivos especiales hacia este proceso.

Por ello, frecuentemente es la forma en que reaccionamos a las condiciones que nos rodean, más que las condiciones mismas, las que nos llevan a nuestras "características de personalidad" y nuestros disturbios.

Es importante mencionar una de las tesis principales de la TRE "Es deseable pero no absolutamente necesario para un individuo, tener la aprobación de los demás". (Ellis y Whiteley, 1979).

FUNDAMENTOS TEORICO - METODOLOGICOS

Uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás y, luego discutir estas hipótesis (sus creencias) si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.

Al mismo tiempo que hace incapié en el análisis cognitivo y filosófico la TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica intensamente métodos emotivos y conductuales que ayuden a las personas a ver sus creencias irracionales, ayudándoles a la vez a discutir y desechar tales ideas. (Ellis y Abrahms, 1986).

La TRE consta de una teoría de personalidad, un sistema de filosofía y una técnica de tratamiento psicológico

En la TRE se definen los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos.

Más específicamente, cuando se dice en un discurso orientado a la TRE que una persona es "racional" por lo común significa que se ha decidido o ha elegido vivir con felicidad por: 1) aceptar lo que en realidad existe en el mundo "real", 2) tratar de vivir amigablemente en un grupo social, 3) relacionarse íntimamente con unos miembros de su grupo social o comunidad, 4) comprometerse en un trabajo productivo y agradable y; 5) participar en empresas recreativas elegidas por selección y que van desde deportes hasta las artes y las ciencias. La racionalidad o el sentir y actuar inapropiadamente consiste en interferir sin justificación en la

vida de alguien o en causarse daño innecesariamente. (Ellis y Abrahms, 1986).

Así pues, la TRE ha sido diseñada para ser un forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundamente arraigados sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración. No elimina todas las enfermedades psiquiátricas conocidas pero puede ayudar apreciablemente incluso a pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y a aquellos individuos con alteraciones menos graves.

De tal manera la TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve por que constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple es decir, emplea varios métodos cognitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y por otra parte, es así mismo una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención de sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

Es una terapia realista así como directiva-activa. (Ellis y Abrahms, 1986).

En general, como terapeuta orientado a la TRE se estará principalmente interesado en descubrir las ideas (en especial las irracionales) que existen detrás de las expresiones no verbales de sus pacientes, más bien que en sólo demostrar la existencia "importante" de las mismas.

Ellis y Abrahms (1986), retoman lo que han comentado Aubrey Yates, Hans Eysenck, Carl Thorensen y Thomas Coates y otros teóricos de la terapia del comportamiento; señalando que en la terapia cognoscitiva-conductual se establecen hipótesis con los pacientes y se enseña a éstos a ser, en su propia manera, científicos y empíricos. Y esto es exactamente lo que se hace si se siguen los principios de la TRE.

Como terapeuta orientado a la TRE, se tiende a interpretar los pensamientos, las emociones y los actos de sus pacientes en las siguientes formas:

1.- Hace sus interpretaciones de un modo activo-dirigido y no con circunloquios. Adopta una conjetura probable, al principio de la terapia sobre cómo sus pacientes se están trastornando ellos mismos por creer ciegamente en una o varias ideas irracionales. Tan pronto como el terapeuta se da cuenta de tales ideas, procura confrontarlas con las irracionalidades de los pacientes e intenta ayudarlos a desechar éstas.

2.- Donde muchos terapeutas tienden a seguir la regla de Lewis y Wolberg (1977) de que es importante interpretar para el paciente sólo material del que él tenga por lo menos algún conocimiento preconsciente, el terapeuta tenderá a mostrar a las personas trastornadas desde la primera sesión material del que propendan a no tener conocimiento ya que incluso pueden haberlo reprimido.

3.- El profesional de la TRE podrá (utilizando ésta) hacer interpretaciones filosóficas directa y profundamente centradas desde la primera sesión, ya sea que haya logrado o no una cordial e intensa relación con sus pecientes.

4.- "Plena aceptación". Esto (en la TRE) significa que el terapeuta pueda juzgar el comportamiento "deficiente" o "malo" pero aceptarlos con sus errores e inmorales. También será capaz de enseñarles a aceptarse ellos mismos plenamente (así como a otras personas) aún cuando ellos y esas otras personas se encuentren sin duda "equivocadas" o sean "irresponsables". Siguiendo la filosofía básica de la TRE, el terapeuta se manifestará a sí mismo y a sus pacientes que ni éste ni aquellos tienen que evaluarse en conjunto a sí mismos (o a otros) como personas, sino que pueden sólo calificar sus propios actos, ejecuciones y características y las de los demás.

5.- La mayor parte de las veces, en cuanto el terapeuta empieza a señalar a las personas que no necesitan condenarse a sí mismas por cualquier cosa que hagan, puede enseguida ayudarlos a encarar sus incómodos sentimientos y descubrir y extirpar las creencias irracionales mediante las cuales los crearon.

6.- El terapeuta puede dar directamente a sus pacientes breves disertaciones acerca de cómo se mantienen alterados ellos mismos y la forma en que pueden evitarlo. Sin embargo, por lo general, es mejor que primero les haga darse cuenta de lo que están diciéndose para sus adentros.

7.- El terapeuta quizá encuentre conveniente hacer la misma clase de interpretaciones una y otra vez antes de que los pacientes conozcan la verdad de las mismas o empiecen a actuar respecto a ellas. Es preciso que el terapeuta no vacile en repetir sus interpretaciones para que las debatan y, en mostrarles repetidamente por que se hacen tales construcciones

interpretativas y cuál es la evidencia específica que da validez a las mismas.

8.- El terapeuta puede a menudo encontrar sumamente aconsejable ser bastante enérgico y vehemente acerca de algunas de sus propias interpretaciones. No hay que olvidar, en relación con esto, que las personas se trastornan ellas mismas no sólo porque tienen ideas irracionales sino también porque continúan adocrtrinándose con tales ideas. Si el terapeuta sólo les muestra, algo a la ligera que ellos sostiene dichas ideas o si sólo se discute en forma paternalista nunca será muy eficaz o estimulante para hacer que sus pacientes abandonen sus irracionalidades.

Por lo tanto, en diversas formas, tanto el contenido de las interpretaciones del terapeuta como la forma directa, enérgica y a menudo rápida en que las haga pueden seguir la línea común de la TRE.

TEORIA A-B-C

Desde los inicios de la TRE se ha incluido una teoría básica de cambio de la personalidad, implicando también por sí misma una teoría de personalidad. A tal teoría Ellis la llama TEORIA A-B-C DE LA CONDUCTA HUMANA.

La validez clínica de esta teoría ha mostrado un grado poco usual de apoyo experimental. Hay una basta cantidad de literatura que muestra que cuando un individuo siente varias Consecuencias emocionales y conductuales en el punto C después de haber experimentado ciertos Eventos Activantes displacenteros en el punto A, A no es realmente la causa de C aunque pueda contribuir significativamente a ello. En una revisión literaria que realizó

Ellis (1977) mostró que es B (sistema de creencias del individuo) quién lleva más directa e importantemente a C. También mostró que si hay cambios significativos en B, pueden experimentarse cambios vitales inmediatos. Para muchas personas (pacientes o teóricos de la personalidad) la conexión entre A y C parece evidente, más aún obvia.

Pero, Ellis rechaza tal punto de vista. El estímulo no explica la reacción. Esta clase de pensamiento es de una forma E-R. En la propia conceptualización de Ellis esta expresada en la teoría E-O-R (o A-B-C). Woodworth (1958), refiere que la O insertada entre E y R hace explícito el papel de la vida y de organismo activo; la O recibe el estímulo y marca la respuesta. En la hipótesis de cambio de personalidad B marca el resultado crucial.

Por lo anterior, se les enseña a las personas como puede cambiar sus ideas irracionales que crean directamente sus disturbios emocionales lo cual constituye la esencia de la TRE.

FORMULACIONES TEORICO-BASICAS

Como modificación cognitivo-conductual, terapia multimodal y la llamada terapia ecléctica, la TRE incluye diferentes tipos de procedimientos. Aún cuando es un método único de discusión de ideas irracionales puede ser, frecuentemente empleada en una variedad de formas. No existe un estilo o aproximación terapéutica uniforme en la TRE.

Sin embargo, hay algunos principios generales básicos, mismos que muchos terapeutas racional-emotivos y/o aquellos que utilizan en buena proporción la técnica deben seguir. Estos principios, que subyacen a estrategias terapéuticas son entre otros:

* HEDONISMO. Virtualmente todos los humanos son básicamente hedonistas, pues parecen tener una fuerte tendencia biológica para tratar de estar animados para lograr un grado razonable de felicidad (incluyendo, lo relativo a no tener ningún tipo de dolor). El hedonismo o la búsqueda de felicidad es una alternativa más que una necesidad. (Ellis y Whiteley, 1979).

* CRITERIO DE RACIONALIDAD. El término racional, utilizado en la TRE se refiere a que las personas: 1) seleccionen por sí mismas ciertos valores básicos, propósitos, metas o ideales y, 2) utilicen formas eficientes, flexibles, científicas, lógicas empíricas para llevar a cabo tales valores y metas, evitando resultados contradictorios o de autoderrota.

* ANTIABSOLUTISMO. Los terapeutas racionales-emotivos tienen una aproximación científica y lógica; las reglas de ciencia y lógica usualmente (no siempre) proporcionan a las personas, con una probabilidad más alta, de llevar a cabo sus metas y propósitos en forma eficiente y racional.

* LA FALIBILIDAD HUMANA. Un principio cardinal de la TRE es que somos humanos y por ende falibles es improbable que nunca hagamos cualquier cosa. Tenemos diferentes limitaciones las cuales pueden ser intrascendentes o bien comunes en nuestra vida. La TRE por lo tanto, acepta por completo a las personas como humanos falibles y trata de ayudarlos a aceptarse a sí mismos como creaturas quienes ahora y por siempre probablemente cometerán errores innumerables y continuos, y quienes son capaces de establecer negocios y tener un vida feliz y de autoaceptación.

* MORTALIDAD. Es cierto que los humanos pueden disponer de vida

indefinidamente y aunque es también posible llevar algún tipo de vida "significativa" para después morir, pues el hecho es que invariablemente tarde o temprano vamos a morir ya que hasta ahora no hay evidencia convincente de la inmortalidad. Por lo tanto, la asunción principal de la TRE es que al menos mientras vivamos podemos llevar una vida feliz tanto como sea posible, y no abrazar la posibilidad de que no será así. (Ellis y Whiteley, 1979).

La Terapia Racional Emotiva tiende a adherirse a una orientación biológica así como a una teoría orientada al aprendizaje de disturbios humanos al menos por dos razones importantes: 1) el hecho de que la psicología moderna parece conformar claramente tal punto de vista. (Ellis, 1976 y 1977; Ellis y Grieger, 1977). Y, 2) el hecho de brindar atención a los pacientes con frecuencia tiende a ayudarlos a trabajar más arduamente sobre su predisposición innata y sus síntomas adquiridos en su medioambiente.

La TRE trata de enfocarse además en aquellas personas que tienen amplias diferencias individuales y que algunas de ellas parecen ser significativamente más influenciables o invulnerables que otras. (Garmezy, 1975). No obstante, la Teoría Racional-Emotiva hipotetiza que virtualmente todos los humanos aumentan enormemente sus disturbios emocionales innatos a la irracionalidad influenciados por las enseñanzas sociales.

* INTERACCION DE PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y ACCIONES. Como ya se ha señalado los humanos pensamos, sentimos y actuamos interaccional y transaccionalmente. Su pensamiento afecta significativamente sus sentimientos y conductas, sus emociones tienen un importante efecto en sus pensamientos y acciones, y sus

acciones influyen distintamente en sus pensamientos y sentimientos.

Si en el transcurso de psicoterapia se ayuda a las personas a cambiar cualquiera de sus modalidades simultáneamente se les ayudará a cambiar las otras. El énfasis principal de la TRE es una aproximación de aprendizaje cognitivo sin omitir componentes emotivos y conductuales. No se trata de un punto de vista ecléctico, sino más aún de una teoría que expone que es raro que los humanos piesen sin simultáneamente sentir y comportarse con algún cambio "elegante" en sus disturbios.

* LA IMPORTANCIA DE LA CONSIGNACION EN TERAPIA. La TRE emplea un gran número de métodos cognitivos particularmente aquellos que ayudan a descubrir creencias irracionales. Por lo tanto, la TRE podría ser reconocida como un sistema filosóficamente orientado y profundamente centrado en los cambios de personalidad. (Ellis, 1968; 1970; 1970a; Ellis y Grieger, 1977; Ellis y Harper, 1975; Rainy, 1975).

* PERSPECTIVA CONDUCTUAL. Aunque la TRE es un método cognitivo-emotivo-conductual de psicoterapia no se opone a la posición del conductismo clásico.

Debido a que la TRE sostiene que las personas fácilmente tienen disturbios y que aún cuando ellos sean persuadidos por sí mismos dadas sus ideas irracionales, es fácil caer en la autoderrota, la modificación de la conducta o el tratar sus experiencias son una parte integral de la Terapia Racional-Emotiva.

* DIFICULTAD DEL CAMBIO BASICO. Se ha visto en muchas escuelas de terapia, desde el psicoanálisis a la TRE, que los pacientes

frecuentemente se resisten al cambio aún cuando vean claramente que ellos mismos se están dañando y que está en sus manos el parar esa conducta de autoderrota.

Este fenómeno de resistencia es explicado de diferentes maneras por diversas escuelas en términos de que las personas "no quieren cambiar", "por molestar a sus familiares al mantener esa conducta" o "se resisten a la terapia y por tanto al cambio". (Ellis y Whiteley, 1979).

La teoría de la TRE es que mucha gente tiene una tendencia natural para resistir a un cambio básico de personalidad. Otra consideración importante que llama la atención a la TRE es que muchas de las cosas dañinas que las personas hacen son biológicamente agradables. Por lo tanto, se le hace fácil adherirse a ellas. Otro aspecto desafortunado de hábito disfuncional es que muchos de éstos hábitos no sólo son difíciles de modificar sino fáciles de reestablecer. Dentro de la TRE se duda que los individuos tengan "razones especiales" para tener ciertas conductas y propone nuevamente que la causa principal es la tendencia biológica básica que cada individuo tiene.

La TRE no duda que existan factores históricos en los disturbios emocionales, y que éstos puedan contribuir a exacerbar el mal funcionamiento.

La TRE apoya aunque no de manera dogmática que la causa "real" de los disturbios humanos es que las personas piensan equivocadamente, tienen emociones inapropiadas y actúan disfuncionalmente. Los "orígenes" de sus disturbios, por lo tanto, parecen estimar principalmente la "especialidad" de su herencia

más que de su historia. La TRE asume que a pesar de las fuertes tendencias innatas para actuar disfuncionalmente, se puede ayudar a la gente a comportarse más eficientemente y menos autodestructivamente utilizando los principios y practicando la TRE (Ellis y Whiteley, 1979).

T E C N I C A S D E L A T R E

En la TRE, la cognición, la emoción y el comportamiento humanos, como ya se ha mencionado, son vistos como complejamente interrelacionados. La TRE adopta la terapia cognitiva-persuasiva o la educación emocional como uno de sus métodos esenciales. Sin embargo, nunca es exclusivamente cognitiva y de manera invariable utiliza también varios procedimientos emotivos y conductuales.

Los terapeutas de la TRE trabajan bajo fundamentos teórico-prácticos. Sin embargo, a diferencia de muchos terapeutas "eclecticos" ellos no usan inselectivamente casi cualquier procedimiento para trabajar con un paciente dado, ni enfatizan la destitución del síntoma así como los terapeutas conductuales clásicos.

En vez de ello, se esfuerzan por cambios de personalidad lo cual tiende a acompañarse de una reestructuración filosófica radical.

Emotivamente los terapeutas de la TRE utilizan varios procedimientos, incluyendo los siguientes:

Ellos aceptan completamente a sus pacientes sin importar cuan tan pobre es su conducta, practican y enseñan un grado poco usual de tolerancia y refuerzo positivo no condicionado. Utilizan técnicas afectivas como: ejercicios de atacar la vergüenza y la toma de riesgos. Emplean la imaginación racional-emotiva originada por el Dr. Maxie C. Maultsby (1975).

Conductualmente, los terapeutas de la TRE usan casi todos los métodos de terapia conductual particularmente el condicionamiento operante, principios de autoimagen, desensibilización sistemática, condicionamiento instrumental, retroalimentación biológica,

relajación y modelamiento.

Al utilizar tanto los métodos emotivos como conductuales, los practicantes de la TRE no sólo tratan la destitución del síntoma sino también se esfuerza por ayudar a los pacientes a efectuar un cambio filosófico profundo así como conductual.

Cognitivamente la TRE muestra a los pacientes rápida y directamente qué es lo que ellos mismos se están diciendo para trastornarse emocionalmente. La TRE hipotetiza que los disturbios "emocionales" casi invariablemente incluyen un fuerte elemento de pensamiento absolutista. Si los pacientes conocen por completo y rinden sus debería, debe, tiene, las demandas y necesidades, y si ellos defienden rigurosamente lo que quieren, prefieren y desean en lugar de lo que necesitan entonces pueden eliminar la mayoría de sus disturbios (Ellis y Abrahms, 1978)

DISCUSION DE IDEAS IRRACIONALES

El método cognitivo probablemente más común y más elegante de la TRE consiste en la Discusión activa-directiva del terapeuta para con las ideas irracionales del paciente.

Como se ha mencionado, la Discusión usualmente comienza cuando el terapeuta le muestra al paciente el A-B-C de la TRE. Es decir le explica que después de una Experiencia Activante (A) la Consecuencia emocional (C) no es causada por A sino por B. Esto es la creencia en general y las ideas irracionales en particular son los que llevan a/o "causan" directamente a C. Cada terapeuta le hace ver al paciente que ellos mismos causan sus disturbios al mantener persistentemente ciertas ideas irracionales; y el siguiente paso a enseñar es cómo discutir tales creencias (D).

En esta técnica el paciente escoge una idea irracional principal (para él) particularmente un DEBE absolutista, y se trabaja sistemáticamente en él, con preguntas preparadas para Discutirlas. (Ellis y Whiteley, 1979).

TECNICA DEL A-B-C.

Cognitivamente la TRE emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes como se trastornan ellos mismos y no son trastornados por otros. El terapeuta de un modo activo y directo les enseña que cada vez que experimentan una emoción o un comportamiento negativos en el punto C, esto sólo procede indirectamente de alguna experiencia activante, de alguna actividad o de algún agente en el punto A. Ya que de manera mucho más concreta e importante surge de sus interpretaciones, filosofías, actitudes o creencias en el punto B. El terapeuta muestra a sus pacientes como discutir científica y lógicamente sus propias creencias irracionales en el punto D y a persistir en esto hasta que de modo consistente lleguen a un conjunto sensible de efectos cognitivos y luego, por último, a efectos emocionales apropiados y a efectos conductuales más efectivos en el punto E. (Ellis y Abrahms, 1986).

Para aclarar un poco lo antes mencionado se dará un ejemplo: Una mujer acude al consultorio para su examen físico anual y, después de realizadas las pruebas pertinentes, el médico le dice que es probable que tenga cáncer cervical temprano. En el punto B (sistema de creencias) ella tiene primero un conjunto de ideas racionales sobre su experiencia activante (A). Cree o se dice a sí misma: "Sería una desgracia que tuviera cáncer cervical.

Ciertamente, no me gustaría". Esta creencia es racional porque la paciente llega a A, con metas y valores distintos, incluyendo el fuerte deseo de mantenerse viva, ser feliz y evitar dolor innecesario. Por consiguiente apenas sería poco racional o realista si pensara: "¡Que grande sería que descubrieran que tengo cáncer cervical o que estoy enferma de alguna otra cosa!".

Sin embargo, la paciente puede tener otro tipo de creencias irracionales en el punto B, como por ejemplo: "No debo tener un mal tan grave como cáncer, ¡Qué terrible sería, no podría soportarlo!". Tales creencias son irracionales porque: 1) no hay razón por la que no pueda o no deba tener cáncer, 2) no sería tan terrible si ella tuviera esa enfermedad, ya que terrible por lo regular significa totalmente inconveniente o más que desdichado, 3) ciertamente le sería posible soportar, aunque no le gustara, una condición indeseable como el cáncer cervical. No obstante, podría contender con ella y lo superaría.

Por consiguiente al tener tales creencias irracionales ella se halla pidiendo o exigiendo, más bien que deseando o prefiriendo tener buena salud. En cambio sus creencias racionales de que "Es una gran desdicha, pero sólo una desdicha, el que yo esté enferma", tiende a ayudarla a enfrentarse a sus valores o metas básicos: los de permanecer viva y ser tan feliz como pueda realmente serlo mientras está viva. Si se observa con claridad su A-B-C y se le estimula activamente a buscar sus creencias irracionales en B, entonces se le podrá mostrar como continuar trabajando con su D y su E y en realidad ayudarse ella misma en el proceso. La D y la E de la paciente serían: En el punto D,

empieza por Discutir como descubrir, debatir y discriminar entre sus Creencias Irracionales. Se puede ayudar a discutir tales ideas en la forma siguiente: "¿Dónde está escrito que usted no debe tener ningún mal tan severo como el cáncer cervical?" "si usted tiene cáncercer por qué eso tendría que ser terrible?" "¿en donde está escrito que usted no podría soportar tal eventualidad, si se presentara?".

En el punto E, o nuevo Efecto de Discutir las Creencias irracionales, es probable que dicha paciente tenga, en primer lugar, un efecto filosófico o cognocitivo. "Por supuesto, no hay evidencia de que yo deba tener un mal tan serio como el cáncer. Hay mucha evidencia de que si lo tuviera, sería para mí una gran desgracia y muy inconveniente. Sin embargo si lo tengo es porque no hay ley universal alguna que diga que yo no debo sufrir intensamente solo porque no lo deseo". De este modo se puede ayudar a la paciente a Discutir (D) sus creencias irracionales hasta que ella las reemplace con un nuevo efecto cognocitivo que la haga regresar a sus creencias racionales (punto E).

El terapeuta muestra entonces a los pacientes como discutir científica y lógicamente sus propias creencias irracionales y persistir en esto hasta que de modo consistente lleguen a un conjunto sensible de efectos cognocitivos y luego, por último, a efectos emocionales apropiados y a efectos conductuales más efectivos.

Por lo anterior, los métodos conductuales, cognitivos y emotivos que emplea la TRE son activo-directivos, una aproximación filosófica-persuasiva para un tratamiento psicológico.

Continuamente desafían a sus pacientes para validar sus observaciones e ideas y mostrarles como hacer este tipo de desafíos discusión para ellos mismos.

La TRE reconoce que existen muchos tipos de tratamientos psicológicos y un gran número de técnicas bajo cada modalidad de tratamiento. Pero un sistema eficiente (como la TRE) ayuda al paciente a solucionar sus problemas con menor tiempo y esfuerzo. (Ellis y Whiteley, 1979).

Por lo tanto, todo terapeuta debe ser muy conciente del enorme elemento que la cognición o el filosofar desempeña en los asuntos humanos y a superar sus trastornos. Si lo hace de este modo el terapeuta tiene muchos métodos cognitivos potenciales que puede emplear terapéuticamente, la mayoría de los cuales ya figuran en la literatura, aunque otros sean inventados o recreados por él mismo. (Ellis y Abrahms, 1986).

D I F E R E N T E S A P L I C A C I O N E S D E L A T E C N I C A

Los trastornos emocionales puesto que constituyen, en buena parte, tendencias a pensar y a actuar con excesiva emoción y a comportarse en formas disfuncionales rara vez son eliminados o reparados.

No obstante, la TRE es a menudo un tratamiento efectivo a corto plazo durante el cual pueda mostrarse a los pacientes lo que están haciendo para transformarse ellos mismos y, en algunos casos los ayuda desde el principio a cambiar sus formas disfuncionales establecidas desde mucho tiempo atrás.

Aunque, normalmente los psicólogos dan nombres complejos a trastornos emocionales como la neurosis, la psicosis, las psicopáticas y la disfunción de hábitos, la verdad es que la esencia de todas estas formas de trastornos es casi siempre alguna especie de queja. Si el terapeuta observa a sus pacientes verá que cuando actúan "neuróticamente" están quejándose de que: 1) "debo actuar bien y obtener la aprobación de los demás y es terrible cuando no lo logro", 2) "usted tiene que tratarme amablemente y quererme cuando yo lo necesite. Es terrible cuando no lo hace así" 3) "las condiciones de mi vida y el mundo que me rodea deben darme inmediatamente lo que deseo, sin demasiado esfuerzo de mi parte. Es horrible cuando no lo hacen". (Ellis y Abrahms, 1986).

En consecuencia uno de los más rápidos y eficaces métodos de la TRE es mostrar a los pacientes que están lamentándose y que buena parte del dolor y de la incomodidad que se deriva de sus trastornos emocionales procede directamente de sus quejas. Si se

les puede convencer de que exageran en sus quejas y de que en realidad no tienen por que quejarse, se les ayudará mucho a superar su tarstorno, con fe se logrará ésto en un tiempo notablemente breve.

La TRE es una técnica que se puede aplicar individual o grupalmente. (Ellis y Abrahms, 1986).

Aunque la TRE es relativamente una nueva forma de psicoterapia, a inspirado a un gran número de escritores lo cual ha llevado a cientos de artículos, folletos, libros y disertaciones en un amplio campo. Han habido estudios sobre la aplicación de la TRE para el tratamiento de problemas clínicos tales como: la depresión, ansiedad, hostilidad, problemas de carácter y psicosis; para problemas de sexo, amor y matrimonio; para la etapa de niñez a la adolescencia; entrenamiento asertivo y autocontrol. (DiGiuseppe, Miller y Trexler, 1977; Ellis, 1977, 1980; Murphy y Simon. in press). Dentro de áreas no clínicas, los autores orientados a la TRE han publicado materiales en asuntos de leyes, ciencias políticas, religión, literatura, filosofía, música y muchos otros campos.

Por lo anterior, los materiales de la TRE han sido incorporados dentro de la literatura y en folletos de entrenamiento asertivo, autocontrol, ajuste personal, y de hágalo usted mismo. Los principios y técnicas de la TRE también han sido incorporadas dentro de muchas formas de psicoterapia y procedimientos de entrenamiento de la personalidad. Así, la TRE es una forma de tratamiento más influenciabile del siglo XX. (Ellis y Whiteley, 1979).

I N V E N T A R I O S S O B R E I D E A S I R R A C I O N A L E S

El desarrollo de varias terapias cognitivo-conductuales es el resultado del estudio de los procesos cognitivos. La Terapia Racional Emotiva es una de las más reconocidas (Ellis, 1962; 1973; 1975), el principal interés de esta terapia es el estudio sistemático de creencias desadaptativas, denominadas irracionales (Ellis y Harper, 1975).

Así, se ha considerado necesaria la revisión de los principales instrumentos de autoreporte que intentan evaluar dicho sistema de creencias irracionales.

De acuerdo al criterio de Sutton-Simon (1981) los inventarios sobre ideas irracionales se dividen en dos. a) aquellos basados en la representación directa de las ideas irracionales desarrolladas por Ellis y, b) aquellos instrumentos cuyos reactivos se derivan del sistema original de creencias.

Como ejemplo del primer grupo Sutton-Simon (1981) cita tres escalas: la de Higgenbotham desarrollada en 1976; la de Argabrite y Nidorf construida en 1968 y, la tercera diseñada por Mc Donald y Games en 1972.

Por lo que respecta a la confiabilidad, Sutton-Simon (1981) reporta los siguientes datos: La escala desarrollada por Higgenbotham arrojó un índice de confiabilidad de 0.89 en una población estudiantil

En cuanto al inventario de Mc Donald y Games se reporta una consistencia interna que oscila entre 0.73 a 0.79, también en población estudiantil.

Finalmente para la escala de Argabrite y Nidorf no se reportan datos de confiabilidad.

En resumen, de este primer grupo de inventarios no se dispone de datos suficientes y sólidos que respalden su aplicación.

Dentro de la categoría de instrumentos cuyos reactivos se han derivado de las ideas irracionales de Ellis (1962), también Sutton-Simon (1981) cita la escala de Bard diseñada en 1973, señalando la falta de representatividad de las 10 ideas irracionales de Ellis, como su mayor deficiencia, pues a través de un análisis de contenido se detecta la ausencia de varias ideas; mientras que otras son representadas en más de una ocasión. A su vez estudios realizados con el mismo instrumento de Bard para intentar establecer su validez concurrente (Crabtree y Ward, 1975; citado por Sutton-Simon, 1981), y un análisis de factor (Bessai y Lane, 1976; citado por Sutton-Simon, 1981) reportan datos negativos.

Como consecuencia, se cuestiona la utilidad psicométrica del inventario de Bard reservándose su aplicación dentro del campo clínico como guía inicial en la evaluación de las ideas irracionales (Sutton-Simon, 1981).

Un instrumento más diseñado para la evaluación de ideas irracionales en adultos es el de Fox y Davies en 1971 (citado por Sutton-Simon, 1981). Sus diseñadores reportan índices de confiabilidad de 0.77 en población estudiantil y una evidencia preliminar de validez al encontrar diferencias significativas entre puntajes correspondientes a sujetos normales contra pacientes psiquiátricos. Por su parte Cavior y Cone en 1972

(citado por Sutton-Simon, 1981) intentaron determinar el factor de peso sobre las diferentes escalas, obteniendo datos positivos en 5 de ellas; por lo que concluyeron que el instrumento de Fox y Davies es una muestra insuficiente de la gran cantidad de ideas propuesta por Ellis (1962).

Por último, dentro del segundo grupo de inventarios, Sutton-Simon, incluye la prueba de Ideas Irracionales (IBT) de Jones (1968). De una muestra inicial de 200 reactivos y, a través de una correlación reactivo-reactivo y reactivo-puntaje total, Jones (1968) conformó una muestra final de 100 reactivos.

En la realización de un análisis de factor Jones reporta haber obtenido de una manera clara 10 factores que identifican cada una de las 10 ideas de Ellis (1962); concluyendo así, sobre el contenido distintivo de las escalas y la estabilidad de la estructura del inventario.

Las escalas que más alta confiabilidad obtuvieron fueron la 1 y 6, en tanto que la escala 8 mostró la menor consistencia interna.

Para determinar la validez concurrente del IBT, Jones correlacionó su instrumento con un cuestionario de Síntomas de Desajuste, encontrando una correlación positiva, a excepción hecha con las escalas 8 y 10 y, fundamentalmente con las escalas 2, 6 y 9.

A través de la prueba de 16 Factores de Personalidad de Catell (1961), Jones obtuvo otro índice de validez, pues encontró una correlación significativa en la mayoría de las escalas del Jones, resultando ser la mejor la 6, seguida de la 2, 4, 7 y 9, exceptuando nuevamente las escalas 8 y 10.

En relación a otras correlaciones como la inteligencia, Jones

reporta correlaciones negativas de forma indiscutible con las escalas 9 y 3 y el puntaje total.

El IBT también parece ser un adecuado discriminador entre población normal y sujetos con perturbación mental, siendo para éstos últimos sus puntajes significativamente más altos y precisando que las escalas que no discriminaron fueron la 1, 4 y 8.

De acuerdo a los hallazgos expuestos Jones concluye lo siguiente:

- * Una fuerte confirmación del sistema teórico de Ellis.
- * Suficiente validez y confiabilidad de su instrumento, como una medida de las ideas irracionales; así como la utilidad tanto en el campo clínico, como en la investigación.

Por lo anterior se ha decidido tomar el IBT como un instrumento para la evaluación de pensamiento irracional.

A manera de resumen, se observa que, en cuanto a la construcción y validación de inventarios existe una tendencia general a utilizar población estudiantil de nivel universitario, lo que por una parte plantea un cuestionamiento metodológico importante, y por otra, la dificultad de conducir investigaciones clínicas; lo cual debe tenerse en consideración para tomar con cautela los datos referentes a bajos índices de validez, sobre todo de tipo externa.

Además, la fuerte tradición del Conductismo Metodológico ha limitado el uso de inventarios de autoreporte como medida de pretest-postest, descuidando la gran utilidad de éstos tanto en la toma de decisiones concernientes a tratamiento, como para la comprensión de problemas clínicos.

Actualmente existe un instrumento que evalúa ideas irracionales, el cual consta de 12 escalas; no obstante para fines de este trabajo se utilizó el inventario de Jones (1968) con las 10 escalas que lo conforman.

T E R A P I A C O G N I T I V A Y C E F A L E A

Hasta la fecha una basta cantidad de intervenciones psicológicas realizadas han tenido como objetivo un sólo aspecto de la cefalea, la regulación directa de las respuestas fisiológicas anormales mediante la aplicación de relajación y retroalimentación biológica. Meichenbaum (1976) ha sugerido que los fracasos en el tratamiento pueden atribuirse, en forma, a la estrechez de miras de tratamientos y a que no tienen en cuenta los componentes cognitivos, afectivos, sensoriales y conductuales de los trastornos de estrés. Mitchell y White (1976) expresaron su opinión sobre el tratamiento de la cefalea tensional: mencionando que las intervenciones que están orientadas hacia la sintomatología no sólo no tienen en cuenta la variabilidad de respuesta individual, aún en torno generador de tensión, sino que además ignoran los efectos iinteractivos acumulativos y perjudiciales de los estresores de tipo ambiental, situacional y psicológico, decisivos en la producción de la cefalea tensional. Además de no proporcionar a los pacientes conductas alternativas que le permitan afrontar los aspectos estresantes de su entorno. De tal forma, los tratamientos cognitivos en comparación con la relajación y la retroalimentación biológica tienen ámbito de actuación más amplio e intentan proporcionar al paciente una serie de habilidades generales para la solución de problemas o habilidades de afrontamiento, que pueden aplicarse en un amplio abanico de situaciones o de estresores capaces de provocar cefalea (Blanchard y Andrasik, 1989).

Holroyd y Andrasik (1982), han señalado: que "las intervenciones cognitivo-conductuales parecen ser más adecuadas para combatir la depresión, que puede actuar como precipitante o surgir como consecuencia de la cefalea, así como el afecto negativo que surge en el enfermo tras los intentos insatisfactorios de controlar la cefalea (v.g. falta de control, frustración, indefensión, etc.). En una revisión literaria realizada por Blanchard (1989) acerca de tratamientos cognitivo-conductual de la cefalea, observó que: a) existen pocos estudios publicados, y la mayoría se refieren a muestras pequeñas de población; b) a diferencia de lo que ocurre con la relajación y la retroalimentación biológica, que tienden a ser aplicadas de forma uniforme en todas las clínicas, los tratamientos cognitivos que suelen aplicarse son muy diversos. De hecho, éstos últimos no se han empleado de manera parecida en distintas situaciones de investigación, talvez debido a que los tratamientos se encuentran en fase de desarrollo; c) muchos grupos de investigación han ampliado sus tratamientos cognitivos hasta concluir el entrenamiento en habilidades conductuales tales como la terapia matrimonial, el entrenamiento asertivo, etc. Con excepción de Holroyd y Andrasik; Knapp y Florin; todos los demás equipos han añadido a sus procedimientos la relajación (Figueroa, 1982; Mitchell y White, 1976, 1977), la retroalimentación biológica (Krenisdorf, et. al., 1981; Lake, et. al. 1979; Steger y Haper, 1980) o una combinación de ambas (Bakal, et. al. 1981; Kohlenberg y Cahn, 1981) haciendo que resulte imposible determinar si las técnicas cognitivas mejoran realmente la efectividad del tratamiento y en qué medida lo hacen.

La terapia cognitiva es relativamente nueva; los primeros informes experimentales al respecto aparecieron hasta 1976 mucho después de las publicaciones sobre el éxito de tratamientos mediante relajación y retroalimentación biológica. El retraso en el desarrollo de la terapia cognitiva puede atribuirse, en parte a: 1) la novedad de este abordaje terapéutico y, 2) a su complejidad. Las características de la terapia cognitiva que según algunos convierten en un procedimiento especialmente ventajoso, también hacen que sea difícil de administrar. Sin embargo, la terapia cognitiva constituye una promesa en el tratamiento de la cefalea (Blanchard y Andrasik, 1989).

La terapia cognitiva pura con mayor base empírica es la utilizada por Holroyd y Andrasik. Aunque los procedimientos fueron desarrollados y sometidos a prueba en sujetos con cefalea tensional, fueron diseñados con la intención de que resultaran aplicables a los sujetos con migraña. Ellos realizaron un manual terapéutico al respecto (véase Blanchard y Andrasik, 1989).

Holroyd et. al., (1977) fueron de los primeros que realizaron una evaluación controlada de la terapia cognitiva. El objetivo de esta terapia era enseñar a los sujetos a identificar y posteriormente modificar las respuestas cognitivas no adaptativas supuestamente mediadoras en la aparición de la cefalea. En las primeras sesiones de la terapia cognitiva les enseñaba a los sujetos a identificar: a) las señales capaces de provocarles tensión y ansiedad, b) la respuesta que generaban cuando se encontraban tensos y ansiosos, c) sus pensamientos antes, durante y después de la tensión y, d) la relación entre sus cogniciones, la tensión y la cefalea. Una

vez que los sujetos fueron capaces de realizar este tipo de análisis se les enseñó a interrumpir la secuencia cognitiva disfuncional lo antes posible. En uno de sus estudios observaron clara diferencia entre retroalimentación biológica y terapia cognitiva, pues los sujetos que estuvieron bajo tratamiento de ésta última tuvieron una mejoría clínica en su dolor de cabeza de más del 50% a diferencia del grupo de retroalimentación biológica que tuvo una mejoría menor e incluso hubo deterioros.

En 1978, Holroyd y Andrasik realizaron una segunda investigación cuyo objetivo fue replicar el procedimiento terapéutico cognitivo y determinar si podría aplicarse satisfactoriamente en grupo. Ellos compararon dos grupos control en donde sólo se discutía sobre la cefalea y dos grupos de tratamiento (a un grupo se le dió terapia cognitiva sola y a otro terapia cognitiva y relajación progresiva). Observaron que en ambos grupos de tratamiento hubo mejoría con respecto a los grupos control; sin embargo, no hubo diferencias entre éstos; confirmando así la efectividad de la terapia cognitiva aun sin la relajación. Así mismo los sujetos del grupo control mostraron una mejoría importante de sus síntomas. Habían aprendido a analizar las situaciones desencadenantes de cefalea a diferencia de los grupos que recibieron tratamiento, pero no se les dió instrucciones específicas que les permitieran modificar sus respuestas cognitivas ante esas situaciones.

Por su parte Knapp y Florin (1981) realizaron un estudio en el cual no encontraron diferencias significativas en cuanto al entrenamiento en retroalimentación biológica y terapia cognitiva. La única diferencia fué con respecto a las medidas de autoinforme

de depresión, emocionalidad e irritabilidad. Los sujetos que recibieron terapia cognitiva tuvieron una mejoría más alta en estos componentes afectivos.

Como se ha observado existe un gran problema de tipo metodológico dentro de diferentes investigaciones sobre el tema.

Siendo por ello, importante considerar, por ejemplo, los diferentes "tiempos de corte" para la evaluación de datos, es decir, para el lector es importante conocer el momento de comparación entre una técnica y otra, por lo que a la vez debería especificarse qué terapia y qué técnica se utilizaron en cada estudio. Así mismo, por otra parte, las tareas conductuales y práctica en casa parecen ser por demás relevantes

Así pues, la terapia cognitiva se centra en los acontecimientos que anteceden y covarían con la cefalea y su principal objetivo es la modificación de estos acontecimientos. No obstante muchos pacientes son incapaces de distinguir de forma fiable el momento y las condiciones en las que se produce su cefalea. En estos casos Holroyd y Andrasik (1982), indican que el objetivo principal ha de ser la modificación de los "correlatos psicológicos" de la cefalea (sentimientos de indefensión, malestar emocional, por ejemplo) y de los factores de la vida del paciente que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia la cefalea, aún cuando no se produzca en estrecha proximidad con los episodios del dolor de cabeza (v.g. depresión, estrés crónico diario). (Blanchard y Andrasik, 1989).

En cambio, Bakal (1982) dentro del tratamiento cognitivo-conductual, le otorga poca importancia a la modificación de estresores situacionales o antecedentes. Su enfoque se centra en

el "malestar relacionado con la cefalea".

Se ha observado que ciertos pacientes son resistentes a los procedimientos de la terapia cognitiva y, por tanto, obtienen escasos resultados. Los mejores candidatos a este tipo de terapias, parecen ser aquellos sujetos que aceptan rápidamente un modelo psicológico causal de sus cefaleas y que están acostumbrados a pensar que ciertos acontecimientos físicos tienen una causa psicológica. Aquellos sujetos que se resisten a creer en un modelo psicológico causal parecen ser más sensibles a los tratamientos fisiológicos tales como la retroalimentación biológica. (Blanchard y Adrasik, 1989).

En un estudio realizado por Ramírez (1991) se observó que aquellos pacientes quienes presentan puntuaciones bajas en las escalas L y K del MMPI, puede pronosticársele éxito dentro de un Entrenamiento Asertivo. Mientras que, si un paciente presenta un puntaje alto en la escala 1 del MMPI, o un alto déficit asertivo existe una gran probabilidad de fracaso dentro de un entrenamiento de retroalimentación biológica.

Al realizar una revisión bibliográfica, se han encontrado algunos estudios relacionados con terapia cognitiva y cefalea; mismos en los que se observaron resultados significativos y congruentes con lo antes mencionado.

La investigación en laboratorio proporciona evidencia de que las reacciones al estrés pueden ir cambiando en función de variables cognitivas, aunque la naturaleza de eventos amenazantes permanezca constante (Langer, Janis y Wolfer, 1974). La tolerancia a eventos aversivos ha sido incrementada por la disponibilidad de un

distractor producido externamente (Kanfer y Goldfoot, 1966) o internamente (Barber y Cooper, 1972), por el control percibido sobre el evento aversivo (Averill, 1973; Glass y Singer, 1972) y; por la información proporcionada respecto al estresor (Janis, 1971; Johnson y Leventhal, 1974; Lázarus y Alfert, 1964). La efectividad de estos procedimientos ha sido mayor cuando se les proporciona a los sujetos una oportunidad para ensayar en la presencia de un estresor más leve .

Meichenbaum y Cameron (1973) han incorporado estos mecanismos dentro de un procedimiento llamado "inoculación al estrés". Esencialmente, a lo sujetos con alto grado de ansiedad se les mostró cómo el grado de atención a las cogniciones negativas acerca de un evento negativo determina la cantidad de estrés experimentado. Se les enseñó a identificar y sustituir las auto evaluaciones que generan ansiedad; por medio de autoinstrucciones de afrontamiento y relajación. Finalmente se les dió a los sujetos la oportunidad para ensayar e implementar estas habilidades cognitivas de afrontamiento bajo una variedad de estresores inducidos en laboratorio (Reeves, 1976).

Es poca la atención que se le ha dado a el papel potencial de variables cognitivas en la determinación y control de la percepción del dolor de cabeza. Tales datos pueden proporcionar información útil con respecto a la etiología del dolor, ya que "los componentes psicológicos", han sido generalmente como una condición necesaria para el inicio o exacerbación del dolor de cabeza tensional (Bakal, 1975; Tasto y Hinkle, 1973).

Reeves (1976) llevó a cabo un estudio de caso con el propósito

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de proporcionar un prototipo de tratamiento con una combinación de procedimientos de modificación cognitivo-conductual y retroalimentación biológica (RAB) electromiográfica (EMG) como tratamientos para sujetos con cefalea tensional. Los resultados obtenidos sugieren que los ensayos cognitivos sólo no son suficientes para producir cambios en la actividad de EMG o en el dolor de cabeza, pues durante la fase de línea base el dolor de cabeza y los niveles de EMG permanecieron constantes. En cambio en la fase de entrenamiento en habilidades cognitivas los sujetos reportaron un decremento en sus reacciones al estrés. Si tales cambios son importantes para el mantenimiento de ganancias terapéuticas; estos datos sugieren que, más que esperar al fin del tratamiento dichas habilidades pueden ser aprendidas al inicio de éste, para así posiblemente aumentar la eficacia terapéutica. Por lo anterior, se recomienda una extensión e integración de procedimientos de modificación cognitiva con RAB para el control y tratamiento de dolor de cabeza tensional.

En un estudio de caso realizado por Kremsdorf, Kochanowics y Castell ([98]) cuyo propósito fue evaluar la relativa efectividad de los procedimientos de retroalimentación biológica y técnicas cognitivas de afrontamiento par el "alivio" del dolor de cabeza crónico. Se observó que dichas técnicas tienen una influencia importante en los cambios dados en este padecimiento.

Dentro de la literatura de la RAB es evidente la falta de atención en el papel de las variables cognitivas y su influencia en el inicio y mantenimiento de desórdenes psicósomáticos; pues solo se enfocan en las respuestas fisiológicas discretas. A pesar de esta

negligencia, reportes anecdóticos de RAB indican que el éxito del tratamiento está a menudo acompañado por cambios en la forma del paciente de interpretar estímulos que producen estrés (Budzynki, 1973; Budzynski, et. al. 1970; Kremsdorf y Quirk, 1976).

Con respecto a éstas observaciones Meichenbaum (1976) sugiere que desarrollando un mayor enfoque en las cogniciones del paciente durante el entrenamiento en RAB, podría facilitar el desarrollo, la persistencia y la generalización del control voluntario sobre síntomas conductuales.

Los resultados de este estudio muestran que de las técnicas cognitivas de afrontamiento utilizadas por los sujetos, resultó una disminución en el dolor de cabeza, aunque, los niveles de EMG (respuesta registrada en el estudio) permanecieron sin cambio.

Mientras que la RAB de EMG influyó en la actividad muscular frontal, este cambio parece no estar asociado con una reducción concomitante en el dolor de cabeza. Otra posible interpretación es que, mientras la RAB de EMG puede tener un efecto en el dolor de cabeza esta influencia estuvo marcada por efectos más poderosos de las técnicas cognitivas de afrontamiento.

Así mismo, la modificación de los autoreportes de los pacientes que generan ansiedad, también parecen ser importantes cuando se trata de síntomas de dolor de cabeza. Meichenbaum y Novaco (1977) sugirieron que cualquier aproximación que comprenda el manejo del estrés deberá incluir un enfoque concomitante en los componentes cognitivos, conductuales y afectivos de los síntomas. La tecnología de la RAB, de hecho, puede proporcionar un instrumento clínico útil, con el cual podría estudiarse la relación entre actividad

cognitiva y la excitación fisiológica resultante. Un individuo puede recibir retroalimentación directa e inmediata respecto a sus esfuerzos por modificar su actividad cognitiva que afectan la actividad fisiológica.

Por otra parte, ha habido un gran interés en un modelo multidimensional del dolor de cabeza para entender y tratar el dolor de cabeza crónico (Melzac, 1973; Schneider y Karoly, 1983). De acuerdo a este modelo, una comprensión más completa del reporte del dolor debe incluir una consideración no sólo de componentes fisiológicos, sino también de componentes cognitivos y afectivos. Este amplio enfoque estima, en parte, la falta de consistencia para encontrar evidencia puramente fisiológica del dolor de cabeza (v.g., Passchier, van der Helm-Hyckema y Orlebeke, 1984; Andrasik, Blanchard, Arena, Saunders y Barron, 1982) y, por otra parte, la evidencia del éxito de procedimientos cognitivos-conductuales en el tratamiento de tanto migraña como de cefalea tensional (Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977; Holroyd y Andrasik, 1978; Bakal, Demjen y Kaganov, 1981).

De tal forma, Holroyd y Andrasik (1982) opinaron que, los cambios cognitivos pueden ser mejores predictores de la mejoría del dolor de cabeza, que por medio de las reducciones obtenidas en la actividad de EMG.

A pesar del éxito de los procedimientos cognitivos-conductuales y de la evidencia preliminar de que este tratamiento aumenta la autoeficacia, no se ha examinado directamente la actividad cognitiva durante la presencia del dolor. Así, no se ha demostrado que el tratamiento altera las respuestas cognitivas del dolor de

cabeza. Si los cefaléicos aprenden nuevos métodos cognitivos para afrontar su dolor sigue estando poco claro en qué forma ocurren estos cambios. No se conoce además, si éstos son el resultado de una reducción en las cogniciones mal adaptativas de un incremento en el pensamiento-adaptativo o de alguna combinación. Por lo tanto es importante examinar las cogniciones respecto al dolor de cabeza más estrechamente, si nosotros entendemos el proceso cognitivo como mediador de la percepción del dolor. (Newton y Barbaree, 1987).

Actualmente, los métodos para evaluar los "productos cognitivos" (conceptualizado por Hollon y Kris (1984) como la representación de los procesos de información en forma de verbalizaciones o pensamientos, por medio, de autoreportes) pueden ser divididos dentro de aproximaciones estructuradas (se les pide a los sujetos respondan a una batería estándar de evaluaciones) o no estructuradas (este tipo puede ser comparado con el procedimiento de modelamiento de pensamientos; sin embargo, nunca han sido empleadas en población de cefaléicos).

Newton y Barbaree (1987) hipotetizan que si un mecanismo cognitivo es subyacente a una mejoría terapéutica, entonces los cambios en las evaluaciones cognitivos deberán ocurrir en el transcurso de un tratamiento cognitivo-conductual, y si los factores cognitivos influyen en la percepción del dolor, como lo sugiere el modelo multidimensional, las evaluaciones cognitivas deberán relacionarse con la severidad del dolor de cabeza reportado por los sujetos antes del tratamiento.

De tal forma, desde una perspectiva cognitiva-conductual, un

tratamiento efectivo se ha conceptualizado como un proceso de alteración cognitiva. Por lo tanto, se trata de una alteración en la motivación de afrontamiento.

Dentro de un estudio realizado por Newton y Barbaree (1987), por medio de un procedimiento de modelamiento de pensamiento y solución de problemas observaron que las quejas de dolor muy intenso estaban asociadas con una valoración más negativa de los episodios de dolor de cabeza una evitación cognitiva más frecuente y pensamientos indicativos de afectos negativos. Al evaluar la modalidad de Afecto, observaron que ésta es la única que contribuyó para la producción de la intensidad del dolor en la fase de pretratamiento.

Así mismo, los sujetos quienes reportaron cambios positivos en la valoración del dolor, también, reportaron una reducción importante en la intensidad y frecuencia de la cefalea. Los autores concluyeron que, cambios cognitivos específicos acompañan a un tratamiento efectivo del dolor de cabeza y que, estos cambios no fueron efectos simplemente reactivos del procedimiento de evaluación por sí mismo, sino que están directamente relacionados a la intervención del tratamiento.

Es importante mencionar, que los autores no encontraron evidencia alguna que sugiera que los cambios cognitivos observados sean específicos para un tipo de dolor de cabeza particular. La presencia de una relación significativa entre un número de aspectos de los pensamientos relacionados al dolor de cabeza y a la intensidad del mismo reportados por los sujetos, es ciertamente, consistente con un modelo multidimensional del dolor.

Por lo tanto, los componentes cognitivos y sensoriales interactúan en una relación recíproca para determinar la intensidad percibida del dolor. (Newton y Barbaree, 1987).

Como se ha podido observar a lo largo de esta revisión bibliográfica, en los últimos 15 años, las terapias cognitivas han aumentado rápidamente. Al mismo tiempo, el entrenamiento en RAB ha emergido como un tratamiento para varios problemas relacionados con el estrés.

Recientemente, sin embargo, el interés en las cogniciones dentro de técnicas de condicionamiento ha crecido. Golberg, et. al. (1982) reportó que el aprender a controlar los niveles de EMG con RAB podría acelerar significativamente la manipulación de expectativas de autocontrol y reforzamiento positivos. Holroyd, et. al. (1982) manipuló la ejecución de la retroalimentación y encontró que los individuos a quienes se les hizo creer que tenían éxito en su tarea incrementaron su autoeficacia, es decir, adquieren un mayor locus de control interno que aquellos a quienes se les dijo que su ejecución era más o menos buena.

Mizener, Thomas y Billings (1988) realizaron un estudio con el objeto de examinar cambios en el sistema de creencias cognitivas de los pacientes migrañosos, durante un entrenamiento de RAB. Observaron que los pacientes tendieron a sentir un control mayor de sus procesos fisiológicos y llegaron a creer (de una forma más interna) en su salud. aunque no habían aprendido adecuadamente cómo controlar su temperatura de la mano (respuesta evaluada en el estudio). La naturaleza de este trabajo, no permite a los autores determinar específicamente qué produce los cambios cognitivos. No

obstante, es claro que éstos ocurren y que forman parte de un importante proceso.

Las estrategias conductuales para el tratamiento del dolor de cabeza tensional han incluido, terapia en relajación, tratamiento autogénico, RAB de EMG y terapia cognitiva. En una revisión realizada por Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders y O'Keefe (1980), observaron que la RAB de EMG, terapia en relajación y una combinación de éstas, son igualmente efectivas como tratamiento de cefalea tensional. Por su parte, Holroyd y Penzien (1986) llegaron a la misma conclusión.

La literatura en cuanto a los efectos de la terapia cognitiva en dolor de cabeza es mucho más pequeña. Los casos reportados con éxito fueron publicados por Anderson, Lawrence y Olson (1981) y por Kremsdorf, Kochanowicz y Castell (1981).

El único reporte publicado de una comparación entre relajación y terapia cognitiva para tratar cefalea tensional fue escrito por Holroyd, Andrasik y Westbrook (1977). Ellos compararon habilidades de afrontamiento al estrés y una combinación de RAB de EMG frontal, con un entrenamiento en relajación. El entrenamiento en habilidades cognitivas, produjo reducciones más importantes en el dolor de cabeza.

Murphy, Lehrer y Jurish (1990), realizaron un estudio con el fin de comparar la relajación con terapia cognitiva como tratamientos de dolor de cabeza tensional. Ellos hipotetizaron que los días con dolor que reportaron los sujetos, estuvieron particularmente afectados por la terapia cognitiva y puede ser explicada por el incremento de habilidades de los sujetos para manejar los

estresores que les producen cefalea. Quizá estos estresores están más estrechamente relacionados a la ocurrencia del dolor o mejor dicho a la severidad. Sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos la terapia cognitiva parece producir una mayor mejoría que el entrenamiento en relajación en las primeras sesiones pero no tiempo después.

Quizá lo anterior, se deba a que no se les hace incapié a los pacientes de la importancia de seguir practicando las habilidades aprendidas durante su tratamiento con el fin de evitar o minimizar la aparición de su trastorno.

Pese a lo anterior, es importante aclarar que existen dos modelos que enfocan en distinta forma el manejo de las cogniciones. Primero se encuentra aquel modelo cuyo punto central es la importancia que cobran las cogniciones en la evaluación del dolor de cabeza. Mientras que el segundo modelo se centra en la intervención de las cogniciones en el medioambiente; y es aquí donde precisamente, bajo este modelo, se encuentra la TRE.

Como se puede observar a lo largo del presente capítulo, es escasa la atención que se le brinda al estudio de procesos cognitivos en relación a la cefalea.

Sin embargo, a pesar de que en México no es basta ni contundente la bibliografía sobre esta relación, existen algunos trabajos cuyos hallazgos presentan que los sujetos que padecen dolor de cabeza por un espacio menor de 10 años de evolución tienen una necesidad imperiosa de ser aprobado por los demás, manejando a la vez, la idea de que la desdicha humana (y en particular la suya) tiene causas externas; lo anterior no se observó en pacientes con

un periodo de evolución mayor de 10 años. (Benitez, 1992).

Así mismo, se ha observado que existen diferencias entre la población cefaléica y sujetos control en cuanto a las elevaciones de las escalas de ideas irracionales (inventario de Jones, 1968; Palacios, p., Rojas, M. y Figueroa, C. 1991).

Así, de acuerdo a los diferentes aspectos mencionados a lo largo del capítulo, se puede concluir que debido a que la TRE cuenta con una amplia gama de técnicas para diversos problemas de salud; pueden inventarse y crearse métodos cognitivos potenciales y ser eficaces. El terapeuta puede enseñar a sus pacientes a ser hedonistas a largo plazo más bien que a corto, eso les ayudará no sólo a vivir más sino también a vivir mejor, ya que si ellos trabajan en mantenerse más felices mañana así como hoy también tendrán mayores incentivos y probabilidad de permanecer vivos y buscar experiencias nuevas a la vez que placenteras (Ellis y Abrahms, 1986).

El terapeuta puede procurar e intentar ser muy conciente del enorme elemento que la cognición o el filosofar desempeña en los asuntos humanos y, en ayudar a sus pacientes a trastornarse emocionalmente sobre algo, así como a superar tales trastornos.

En la TRE se prefiere estimular a las personas a no clasificarse a sí mismas, sino a clasificar sólo sus rasgos, sus logros, sus actos y ejecuciones, con el propósito de un mayor disfrute, más bien que de exaltar su "ego" o su amor propio. Por lo tanto, la TRE intenta ayudar a las personas a hacerse apropiadamente emocionales más que emocionales en defecto o en exceso. Ayuda a los pacientes a desear con fuerza, pero sin sentir abrumadora necesidad. Sin embargo, virtualmente nunca los estimula a renunciar a desear, necesitar y sentir, porque entonces dejarían de ser HUMANOS (Ellis y Abrahms, 1986).

Así, la psicoterapia (en particular la TRE), como se ha mostrado en varios estudios, sigue siendo el tratamiento de elección para

reducir y eliminar a largo plazo los más destructivos trastornos emocionales y conductuales. No obstante, la TRE reconoce que no existe un criterio infalible para la medición del cambio terapéutico y de las veintenas de estudios experimentales que muestran la supuesta eficacia de la terapia cognitiva-conductual, pues, ninguno es enteramente indiscutible en el aspecto metodológico.

Como se ha observado en las investigaciones presentadas a lo largo del capítulo, existe una escasa evidencia sobre la importancia de las cogniciones dentro del fenómeno de la cefalea; más no por ello deja de ser alentadora para incrementar la cantidad de estudios al respecto con el fin de superar los hallazgos hasta ahora presentados y, quizá despejar incógnitas que por el momento no se han podido resolver, a la vez que con seguridad surgieran más.

De aquí que haya surgido el interés por este estudio enfocándose principalmente en la posible relación de las Ideas Irracionales (presentadas por Ellis, 1962) y la frecuencia, duración e intensidad del dolor de cabeza, en pacientes que padecen este fenómeno.

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

C A R A C T E R I S T I C A S D E L A I N S T I T U C I O N

1.-Delegación Política.

El municipio de Ecatepec de Morelos se encuentra localizado dentro del territorio del Estado de México; tiene una superficie total de 155.49 Km2.

Los límites geográficos de Ecatepec son:

NORTE: Municipio de Tecamac

SUR : Distrito Federal y Municipio de Netzahualcoyotl

ESTE : Municipios de Acolman y Atenco

OESTE: Municipios de Tlalnepantla y Coacalco

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

Con respecto a comunicaciones, el Municipio de Ecatepec cuenta con 78 Km de carreteras.

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

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

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

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

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

Acorde a los datos municipales, el 25% de la población económicamente activa se dedica a la industria de transformación (agricultura, ganadería, explotación de minas y canteras, comercio); sin embargo, hay un 27% que no tiene actividad definida, misma que puede considerarse como de subempleados, manifestando el desarrollo de actividades de índole marginal y eventual.

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

El sector salud en el Municipio de Ecatepec está constituido por: Clínica de IMSS 4, Hospital IMSS 1, clínica del ISSSTE 1, clínica hospital ISSEMVM 1, clínica del DIF 2, Estancias Infantiles del DIF 1, albergue infantil temporal DIF 1, consultorios periféricos del DIF 8, clínica hospital particulares 22, consultorios generales privados 198, consultorios generales privados 198, consultorios dentales privados 113, hospital Cruz Roja 1, clínica

de SSA 16, consultorios generales de salud pública municipal 30, consultorios dentales de salud pública municipal 7.

En cuanto al tipo de vivienda de la población:

Casa sola 42.8398%

Departamento 45.6768%

Vecindad 11.4834%

NOTA: Porcentaje calculado de una muestra de 131338 viviendas.

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

Preescolar 61 escuelas

Primaria 255 escuelas

Educación Media 43 escuelas

Ciclo superior 6 escuelas

Normal 2 escuelas

Educación Superior 1 escuela

2.-Institución donde se realizó el Servicio Social.

Hospital General "Dr. José Ma. Rodríguez"

A) Antecedentes Históricos:

A causa de los sismos ocurridos en Septiembre de 1985, hubo pérdidas humanas y de infraestructura de servicios de salud irreparables, debido a ello se emprendió el Programa de Reconstrucción acordado por el Dr. Guillermo Soberón, Secretario de Salud en esa época.

El 2 de Abril de 1986, el Presidente de la República Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, colocó la primera columna de los Hospitales Generales de Atizapán, Ecatepec, Cuautitlán, Toluca,

Nezahualcoyotl y Naucalpan, en el Estado de México; financiados con recursos de la sociedad, aportados a través del fondo Nacional de Reconstrucción.

El día 27 de Abril del siguiente año, el primer mandatario pone en servicio para la población de los cuatro Hospitales de 144 camas, comprendidos en el programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los servicios de salud, cuyos objetivos primordiales son:

- * Contribuir al desarrollo regional más equilibrado y un desarrollo urbano más sano.
- * Observar las normas de uso de suelo.
- * Tomar en cuenta la planeación integral de la zona metropolitana de la Ciudad de México para la redistribución de oferta hospitalaria.
- * Mejor balance a los tres niveles de atención a la salud.
- * Apoyar la descentralización de la vida nacional a través de la consolidación de servicios de salud regionalizados y autocontenido.

B) Organización Interna y Funciones.

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

DIVISION	SERVICIOS
Medicina Interna	Hospitalización Consulta Externa Terapia Intensiva Urgencias Hematología Dermatología Psiquiatría

	Psicología
Cirugía General	Hospitalización Consulta Externa Quirófano Endoscopia Oftalmología Odontología Cirugía Maxilofacial Otorrinolaringología Ortopedia y Traumatología
Gineco-Obstetricia	Hospitalización Consulta Externa Unidad Tocoquirúrgica
Pediatría	Hospitalización Consulta Externa Neonatología
Medicina Preventiva	Epidemiología
Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.	Anestesiología Anatomía Patológica Laboratorio Clínico Laboratorio Bacteriológico Radio-diagnóstico Ultrasonografía Banco de Sangre
Servicios Paramédicos	Registros Hospitalarios Farmacia Trabajo Social Dietología Farmacología

El Cuerpo de Gobierno esta constituido por:

*Dirección

*Consejos de Administración

*Consejo Técnico

*Sub-Dirección Médica: en donde se encuentran Recursos Financieros, Recursos Humanos, Recursos Materiales, Servicios Generales, Ingeniería y Mantenimiento, Control y Sistematización.

*Sub-Dirección Administrativa

- *Jefatura de Servicios Médicos
- *Jefatura de Auxiliares de Tratamiento y Diagnóstico
- *Jefatura de Servicios Paramédicos
- *Jefatura de Enfermería
- *Jefatura de Departamento
- *Jefatura de Enseñanza
- *Departamento de Información y Quejas

FUNCIONES.

Atención preventiva, curativa y rehabilitación, investigación clínica, formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, así como adiestramiento, capacitación. Reducir la morbilidad y mortalidad.

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

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

Las actividades, de consulta externa comprenden las siguientes especialidades:

- Gineco-Obstetricia
- Pediatría
- Hematología
- Ortopedia
- Traumatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Odontología

Dermatología

Psiquiatría

Psicología

Clínica del Dolor

C) Servicios que Presta a la Comunidad

Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Hematología, Traumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía Maxilofacial, Odontología, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, Terapia Intensiva, Clínica del Dolor, Trabajo Social, Dietología, Farmacia, Banco de Sangre y Laboratorio Clínico.

D) Recursos Humanos y Materiales

Personal Médico

General	1
Especialista	61

Personal Paramédico

Enfermería:	
General	45
Especialista	20
Auxiliar	105

Otro Personal Paramédico 48

Personal Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento 31

Personal Administrativo 91

Personal de Servicios Generales 37

Consultorios de especialidades. 10

Compartidos en las siguientes especialidades:

Oftalmología	1
Ginecología	2
Cirugía General	1
Odontología	1
Otorrinolaringología	1
Cirugía Maxilofacial	1
Cirugía Plástica	1
Epidemiología	1
Pediatría	1
Psiquiatría	1
Dermatología	1
Medicina Interna	1
Hematología	1
Traumatología	1
Ortopedia	1
Consultorios de urgencias	3
Archivos Clínicos	1
Camas Censables	144

Distribución en las siguientes áreas

Medicina Interna	36
Pediatría	36
Gineco-Obstetricia	36
Cirugía	36
Camas no censables	59
Camas de labor	4
Camas de reuperación	10
Camas de Terapia Médico	
Intensiva	4
Camillas de Urgencias	2
Camas de Urgencias adultos	8
Camas de Urgencia	
pediátricas	5
Cunas de Recién Nacidos	
censables	12
no censables	30
Incubadoras en cuneros	8
Unidades Dentales	1
Unidades de Radiodiagnós-	
tico	5
Archivos de Placas	1
Laboratorios Clínicos	6
Laboratorio Bacterioló-	
gico	1
Laboratorio de Anatomía	
Patológica	2
Ultrasonido	1
Electroencefalografía	1
Salas de Operación	3
Mesas de Operación	3
Salas de Expulsión	2

Mesas de Expulsión	2
Banco de Sangre	1
Banco de Leche	1
Farmacias	1
Aulas de Enseñanza	2
Auditorios	1
Butacas	62
Vehículos de Ambulancia	2
Vehículos de Servicio	
General	3

CAPITULO IV

INVESTIGACION

Algunos tienden a ver siempre el lado negro de las cosas; toda compasión por sí mismos les parece poca. Otros saben sonreír a los acontecimientos, son capaces de sacar optimismo del infortunio, los primeros viven siempre bajo un cielo sombrío que presagia tormenta; los segundos saben descubrir el brillo de las estrellas aún a través de los nubarrones más negros. Hay quién lucha por engrandecerse, adquirir poder y riquezas.

Y hay quién se propone dejar a su paso un mundo mejor del que se encontró al llegar. Para unos la nieve es una tumba fría en la que sepultan las más bellas ilusiones donde se congelan los más caros ensueños. Para otros es una pista tersa por la que pueden deslizarse sin tropiezos, mientras gozan de su sedante blacura.

Ogmandino y Buddy Kaye.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe alguna relación entre las ideas irracionales que pueden presentar sujetos cefaléicos crónicos y la frecuencia, duración e intensidad de su dolor?

OBJETIVO GENERAL

Establecer el papel que juegan las ideas irracionales presentadas por sujetos cefaléicos, en relación con los parámetros de frecuencia, duración e intensidad del dolor.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Obtener la frecuencia, duración e intensidad del dolor de cabeza por semana.
- 2.- Establecer el perfil del Inventario de Ideas Irracionales (IBT) en pacientes cefaléicos.
- 3.- Calcular el coeficiente de correlación entre la frecuencia del dolor de cabeza y cada una de las 10 escalas del IBT.
- 4.- Calcular el coeficiente de correlación entre la duración del dolor de cabeza y cada una de las 10 escalas del IBT.
- 5.- Calcular el coeficiente de correlación entre la intensidad del dolor de cabeza y cada una de las 10 escalas del IBT.

VARIABLES Y DEFINICION DE TERMINOS

Variable Independiente: (Inventario de Ideas Irracionales).
(Variable no atributiva. Kerlinger, 1975)

Variable Dependiente: Frecuencia, Duración e Intensidad del dolor de cabeza.

FRECUENCIA: Número de episodios de dolor por semana.

DURACION: Número de horas de dolor por semana.

INTENSIDAD: Valor atribuido (por el paciente) al dolor, dentro de una escala del 0 (ausencia de dolor) al 5 (dolor incapacitante).

DISEÑO

De acuerdo con la naturaleza de la presente investigación (clínica) y, a las variables que intervienen en la misma, se hizo uso de un diseño ex-post-facto; el cual es: "una búsqueda sistemática, en donde no se tiene el control directo sobre las variables independientes. Así mismo no hay una asignación aleatoria de los sujetos". (Kerlinger, 1975).

POBLACION

La muestra de este estudio fue seleccionada de manera intencional. (entendiendo esto como: "aquello que se caracteriza por el empleo del criterio y de un esfuerzo deliberado por obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra". (Kerlinger, 1975)). Estuvo conformada por 50 sujetos del sexo femenino, sufriendores de dolor de cabeza crónico que asistieron a la "Clínica del Dolor" del Hospital General de Ecatepec. Dr. "José Ma. Rodríguez".

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Edad de 16 a 60 años.
- 2.- Que el dolor de cabeza tenga por lo menos un periodo de cronicidad de 6 meses.
- 3.- Sexo femenino.

- 4.- Ausencia de antecedentes psiquiátricos.
- 5.- Ausencia de algún padecimiento crónico orgánico.
- 6.- Que sepan leer y escribir.

INSTRUMENTOS Y PERSONAL

Esta investigación, se ajustó a los lineamientos establecidos en el trabajo "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico". (Ver, Palacios y Rojas, 1989).

Los instrumentos utilizados en la etapa de Evaluación Psicológica y selección de sujetos, son los que aparecen en el trabajo antes mencionado. Sin embargo para fines de este proyecto, se tomaron en cuenta los resultados obtenidos en el Inventario de Ideas Irracionales. Así mismo, se utilizaron los resultados que aparecieron en la hoja de datos semanales de dolor de cabeza; la cual, se llenó con base a la hoja de registro diario de la cefalea.

ESCENARIO

Las actividades de la investigación se llevaron a cabo en los consultorios del Hospital General de Ecatepec. Dr. "José Ma. Rodríguez".

PROCEDIMIENTO

La fase de Evaluación Psicológica se realizó durante 4 semanas; dos sesiones por semana, con una duración de 60 a 90 minutos cada una, aproximadamente.

Dentro de esta etapa se incluyeron tres aspectos: 1) Evaluación Médica: tiene como finalidad fundamental la inclusión de los sujetos al servicio; 2) Evaluación Conductual de la Cefalea: esta

se hizo a través de los registros de automonitoreo del dolor de cabeza, siguiendo el procedimiento propuesto por Budzynski, et. al.; (1973) y; 3) Evaluación Psicológica: aquí se aplicó la Historia Clínica Multimodal de Lázarus (1981), misma que es un punto estructural para una entrevista específica. Se deriva además de una aproximación Cognitivo-Conductual, siguiendo un enfoque multimodal; por lo cual, esta conformada con base a las 7 secciones que corresponden a las modalidades del BASIC ID, más una sección de datos generales (demográficos) los cuales, fueron retomados para el presente estudio. Es importante mencionar que no se trata de un inventario que mida algo. Durante de esta misma fase, se aplicó una batería de inventarios psicológicos, incluyendo el IBT; además de una revisión del automonitoreo diario del dolor de cabeza. Esto se llevó a cabo durante 6 a 8 sesiones aproximadamente.

La conformación de los datos estuvo dada bajo tres criterios diferentes de Línea Base:

- a) Se determinó línea base con los datos obtenidos en la primera semana de evaluación psicológica.
- b) Se determinó línea base con los datos obtenidos en la cuarta semana de evaluación psicológica.
- c) Se determinó línea base con el promedio de los datos obtenidos de las cuatro semanas de evaluación psicológica.

Lo anterior se realizó, debido a que, a nivel estimativo (de la propia experiencia en el Hospital) se ha observado que los datos de línea base varían de acuerdo a lo que se considere como ésta (es decir, qué se toma por línea base).

De tal forma, los datos obtenidos por semana son realmente diferentes a aquellos que se obtienen del promedio de las cuatro semanas.

ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó por medio de la prueba estadística no paramétrica de Coeficiente de Correlación de Spearman: rs. "Es una medida de asociación que requiere que ambas variables sean medidas por lo menos, en una escala ordinal; de manera que los objetos o sujetos en estudio puedan colocarse en 2 series ordenadas". (Siegal, 1978).

ALCANCES

- * Avanzar en la comprensión del Dolor de Cabeza como un fenómeno multideterminado y que cada vez incide más dentro de la población mexicana.
- * Que el terapeuta conozca diferentes técnicas de intervención como estrategias a utilizar por el paciente para afrontar su dolor de cabeza.
- * Enriquecer de alguna manera, el proyecto de "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico".
- * Ampliar el panorama sobre la escasa bibliografía existente sobre el tema.

LIMITACIONES

No puede haber generalización en cuanto a los resultados obtenidos debido a:

- * El número de sujetos no es representativo de la población.

- * Existe una homogeneización en cuanto al nivel socio-económico.
- * Existe homogeneización en relación al nivel educativo.
- * Existe homogeneización respecto al sexo.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación a través de la prueba estadística de correlación por rangos de Spearman (rs) serán presentados primero, en función del grupo diagnóstico al que pertenecieron las sujetos y en segundo lugar, aquellos datos obtenidos en la muestra total de cefaléicos que intervinieron en el estudio.

Así dentro de la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas obtenidas (en porcentajes y frecuencias) por grupo diagnóstico. Mismo en la que no se observan diferencias importantes en los tres grupos diagnósticos presentados dentro de los diversos rubros contenidos en ésta. Pues la edad promedio es de 31.5 para las sujetos con cefalea tensional (C.T), 32.5 para migraña y el 30.7 corresponde a cefalea mixta (C.Mixta). Tampoco se encuentran diferencias en cuanto al estado civil ya que, en los tres grupos el porcentaje más alto lo obtienen las casadas (C.T 57%, Migraña 68.4% y C. Mixta 88.2%). En lo referente al grado de escolaridad la primaria es el predominante (C.T 57.1%; Migraña 36.8% y C. Mixta 76.4%). En los tres grupos la mayoría de las sujetos se dedican al hogar (C.T 64.2%; Migraña 68.4% y C. Mixta 88.2%). Lo anterior puede observarse en las figuras 1 y 2.

Por su parte la figura 4 presenta los porcentajes respectivos a cada grupo diagnóstico. Cefalea Tensional (C.T) 28%; Migraña 38% y Cefalea Mixta 34%.

De igual manera, la tabla 2 muestra los porcentajes y frecuencias respectivas a las características sociodemográficas de las sujetos cefaléicos totales.

ESTADO CIVIL

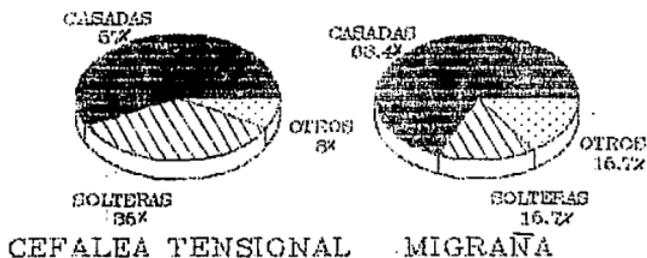


FIG 1: DATOS DEMOGRAFICOS

ESTADO CIVIL

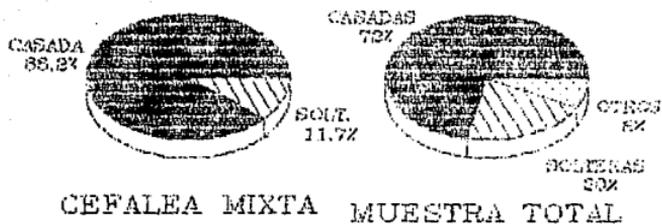


FIG 1a: DATOS DEMOGRAFICOS

ESCOLARIDAD

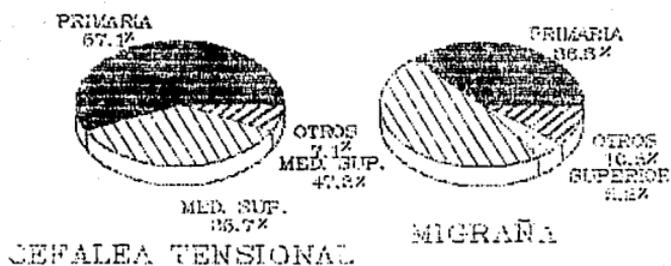


FIG 2: DATOS DEMOGRAFICOS

ESCOLARIDAD

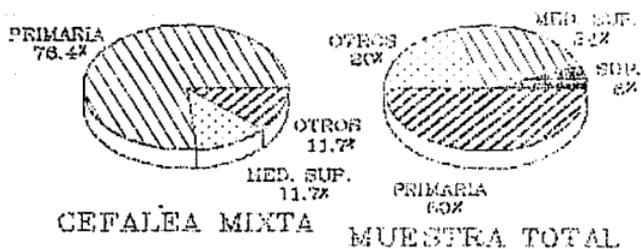


FIG 2a: DATOS DEMOGRAFICOS

O C U P A C I O N

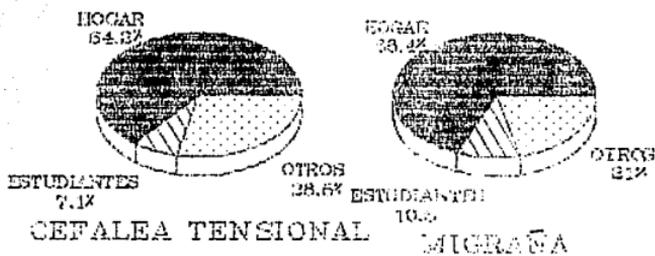


FIG 3: DATOS DEMOGRAFICOS

O C U P A C I O N

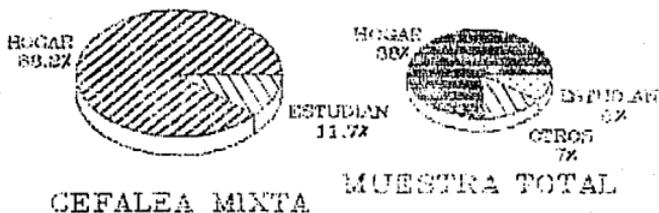


FIG 3a: DATOS DEMOGRAFICOS

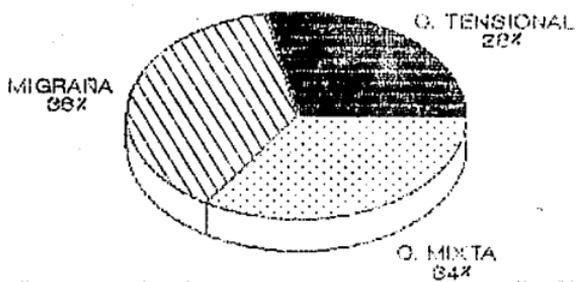


FIG. 4: PORCENTAJES POR GRUPO DIAGNOSTICO

De la cual puede resumirse que la muestra estuvo conformada por 50 sujetos sufriendores de dolor de cabeza crónico de sexo femenino, con una edad promedio de 31.6 años dentro de un rango de 17 a 57 años. En su mayoría las sujetos son amas de casa (76%). Respecto a su nivel de escolaridad la mitad de la muestra posee como estudio máximo la primaria (50%). Asimismo, el estado civil que predomina es el de ser casadas (72%). Lo anterior puede observarse en las figuras 1a, 2a y 3a.

RESULTADOS DE CADA GRUPO POR DIAGNOSTICO

Enseguida se presentarán las estadísticas obtenidas en cada grupo diagnóstico; aclarando que sólo se hará mención de aquellos cálculos que resultarán ser estadísticamente significativos. No obstante si el lector desea conocer las correlaciones totales obtenidas en cada grupo así como en la muestra total, podrá remitirse a la tabla correspondiente.

CEFALEA TENSIONAL

Dentro del grupo de cefalea tensional (como se muestra en la tabla 3) se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas en:

- a) la duración del dolor y la idea irracional 1 en la primera semana de evaluación psicológica; siendo esta correlación negativa.
- b) la duración y la idea irracional 1 en el promedio de las semanas de evaluación; también se trata de una correlación negativa.
- c) la intensidad y la idea irracional 3 en la cuarta semana de evaluación; siendo esta una correlación positiva.

- d) la frecuencia y la idea irracional 4 en la cuarta semana de evaluación; dicha correlación es positiva.
- e) la frecuencia y la idea irracional 7 en la primera semana de evaluación; la correlación es positiva.
- f) la frecuencia y la idea irracional 7 en el promedio de las semanas de evaluación; tal correlación es positiva.
- g) la duración y la idea irracional 8 en la primera semana de evaluación; tratándose de una correlación negativa.

CEFALEA DE TIPO MIGRAÑA

Por lo que respecta a este grupo de diagnóstico se encontraron correlaciones estadísticamente significativas en:

- a) la intensidad y la idea irracional 2 en la primera semana de evaluación.
- b) la intensidad y la idea irracional 2 en el promedio de las semanas de evaluación. Ambas correlaciones son positivas.

Estas correlaciones pueden observarse en la tabla 4.

CEFALEA MIXTA

En cuanto a este grupo la tabla 5 muestra las correlaciones estadísticamente significativas que se obtuvieron. Dichas correlaciones se observan en:

- a) la duración y la idea irracional 1 en la primera semana de evaluación. Esta correlación es negativa.
- b) la duración y la idea irracional 1 en el promedio de la semanas de evaluación; siendo una correlación negativa
- c) la duración y la idea irracional 3 en el promedio de las semanas de evaluación; tratándose de una correlación positiva.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

b) la intensidad y la idea irracional 6 en el promedio de las semanas; en este caso también es una correlación positiva.

Finalmente, la tabla 6 muestra los datos obtenidos por medio de las correlaciones realizadas en la muestra total (es decir, incluyendo los tres grupos diagnósticos antes mencionados); siendo estadísticamente significativas:

a) la frecuencia y la idea irracional 1 en el promedio de las semanas de evaluación; siendo una correlación negativa.

b) la duración y la idea irracional 1 en el promedio de las semanas de evaluación; también es una correlación negativa.

c) la intensidad y la idea irracional 2 en el promedio de las semanas de evaluación; en este caso la correlación es positiva.

d) la frecuencia y la idea irracional 4 en la cuarta semana de evaluación; tratándose de una correlación positiva.

e) la intensidad y la idea irracional 4 en la cuarta semana de evaluación; también es el caso de una correlación positiva.

f) la intensidad y la idea irracional 6 en el promedio de las semanas de evaluación; siendo una correlación positiva.

g) la duración y la idea irracional 8 en el promedio de las semanas de evaluación; siendo una correlación negativa.

h) la intensidad y la idea irracional 10 en la primera semana de evaluación; tratándose de una correlación positiva.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Antes de comenzar cualquier análisis sobre los resultados obtenidos, es necesario aclarar que los términos que serán utilizados a lo largo del texto son "funcional" y/o "disfuncional" ya que en realidad las palabras "racional" e "irracional" son subjetivas. Aún cuando el instrumento aplicado refiere irracionalidad de cierto porcentaje hacia arriba (según Jones) esto es relativo o mejor dicho cuestionable, pues implica ciertos criterios rígidos entre salud y enfermedad. La salud no puede definirse por la ausencia de la enfermedad. Así mismo, Jones sólo considera como problema cuando los puntajes de las escalas son altos (arriba del 40%), sin embargo, una escala con bajo porcentaje también implica un problema. Así pues, cualquier extremo representa inconveniencia para el paciente. (Palacios, en prensa).

Por lo anterior, lo que debe considerarse es una armonía o equilibrio entre lo que le provoca incomodidad o bienestar al individuo. Desafortunadamente no existe todavía una media poblacional que indique la tendencia a la disfuncionalidad o funcionalidad, o a partir de qué porcentaje se considera al individuo como un ser "irracional". Mientras que por otra parte la misma media poblacional no sería muy confiable pues cada individuo puede tener un equilibrio diferente.

Se analizarán las estadísticas obtenidas de la misma forma en que fueron presentadas en el apartado de resultados de esta investigación; es decir por diagnóstico primero y, después por los datos observados en el grupo de la muestra total.

CEFALEA TENSIONAL.

Respecto a las estadísticas significativamente **negativas** entre la duración y la idea irracional (IBT) 1, en la primera semana de evaluación psicológica y en el promedio de éstas; puede decirse que las personas con este diagnóstico entre más busquen la aprobación y afecto de los demás la duración de su dolor decrementará. En cambio si ellas no se sienten merecedoras de el afecto de otros entonces la duración de la cefalea aumenta.

Es cierto que los seres humanos casi siempre desean el beneplácito de los demás y la mayoría se sienten infelices e ineptos si no lo consiguen. Sin embargo, he aquí la gran diferencia, que consiste precisamente en hacer conscientes a las personas que se trata de un **deseo** y no de una necesidad como en tantas ocasiones llega a creerse. (Ellis y Harper, 1961). Por ende cuanto más desesperadamente **necesite** la estimación de las personas que le rodean, menos podrá hacer aquello que realmente **desea** realizar; y en este caso en particular tiene efectos sobre la duración del dolor.

Por lo que se refiere a la correlación positiva obtenida entre la **intensidad** y la IBT 3 en la cuarta semana; se observa que cuando estas personas tienden a inculpar a los demás por sus propios errores estan provocando, a la vez, un incremento en la intensidad de su dolor. Por ello, si el humano deja verdaderamente de acusarse tanto a sí mismo como a los otros le sería virtualmente imposible trastornarse emocionalmente (Ellis y Harper, 1961) y como posible consecuencia la intensidad del dolor de cabeza sería menor.

La moral es un concepto relativo que difiere según los lugares y circunstancias tanto que los individuos de una localidad determinada rara vez llegan a una decisión unánime sobre lo que es "bueno" y "malo". Por lo tanto reprochar a los seres humanos sus dificultades para definir y aceptar la "buena" conducta es falso. Por su parte Rojas, et. al (1991) encontraron una relación más entre la IBT 3 y la duración del dolor; lo cual visto desde una perspectiva clínica, entre mayor es la puntuación en esta escala las personas muestran una actitud moralista que se traduce en una rigidez para autoevaluarse y una rigidez para evaluar a los demás (Palacios, en prensa).

Así el reproche o el sentimiento de culpa, en vez de enmendar la mala conducta a menudo conduce a más inmoralidad, a la hipocresía y a la evasión de la responsabilidad; y en este caso en particular a no poder controlar su cefalea. Condenar a otra persona inevitablemente significa enojo, hostilidad, intolerancia y rigidez hacia ella, por que no debía hacer lo que hizo; la cual es a la vez, reflejo de su propia altanería. Conduciendo al individuo ciertamente a nada positivo o benéfico para sí mismo.

La correlación positiva entre la frecuencia y la IBT 4 en la cuarta semana permite decir que, al tender a ser menos tolerantes ante las frustraciones causan un aumento en la frecuencia del dolor, al igual que al ser más tolerantes ante sus frustraciones y la desagradable realidad así como el menor uso de los deberías los episodios de dolor disminuyen. Lo anterior puede explicarse por el hecho de que piensan que cuando son frustrados deben ser infelices (Ellis y Harper, 1961). Por lo que las personas

comienzan a hacerse exigencias absolutistas, mismas que son incapaces de verlas no como un deseo sino como una necesidad. Por ello es importante resaltar a los pacientes que la molestia no es igual a castástrofe; como tampoco desagradable es igual a intolerante.

De igual manera el coeficiente de correlación positivo observado entre la frecuencia y la IBT 7 tanto en la primera semana como en el promedio de éstas puede analizarse desde una perspectiva holística, (aún cuando no se reportan dentro de esta investigación datos de los instrumentos aplicados en el proyecto original, los puntajes obtenidos es esta idea pueden analizare desde una perspectiva de este tipo pues se ha querido interpretar los resultados lo más fidedignamente posible) ya que no es posible decir que exista hedonismo en este tipo de población. En cambio se hipotetiza que esta correlación indica que el sujeto pospone responsabilidades ante las cuales se siente incapaz, incompetente o falta de recursos (lo cual se debe solo a una evaluación negativa de sus problemas); además no existen datos convincentes de que los pacientes tengan momentos de placer "compensatorios" ante esta situación.

Por ello se considera oportuno que las personas aprendan a equilibrar sus responsabilidades y momentos de descanso o distracciones y por añadidura la frecuencia de la cefalea disminuirá. No hay que olvidar que eludir de momento las circunstancias temibles y difíciles acarrea, a la larga, conflictos y contrariedades mayores.

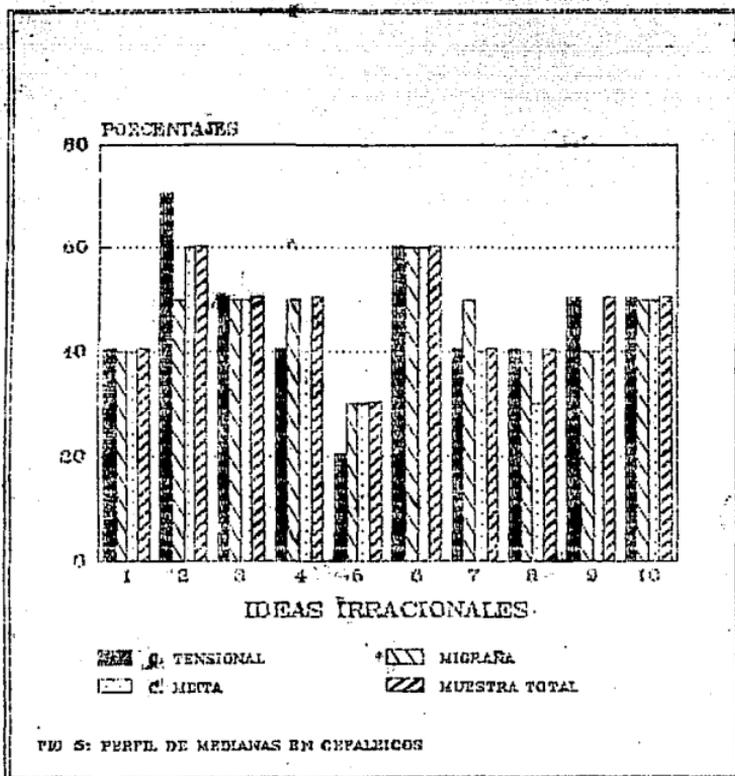
Por otro lado, el que los cefaléicos tensionales no se "atreven" a

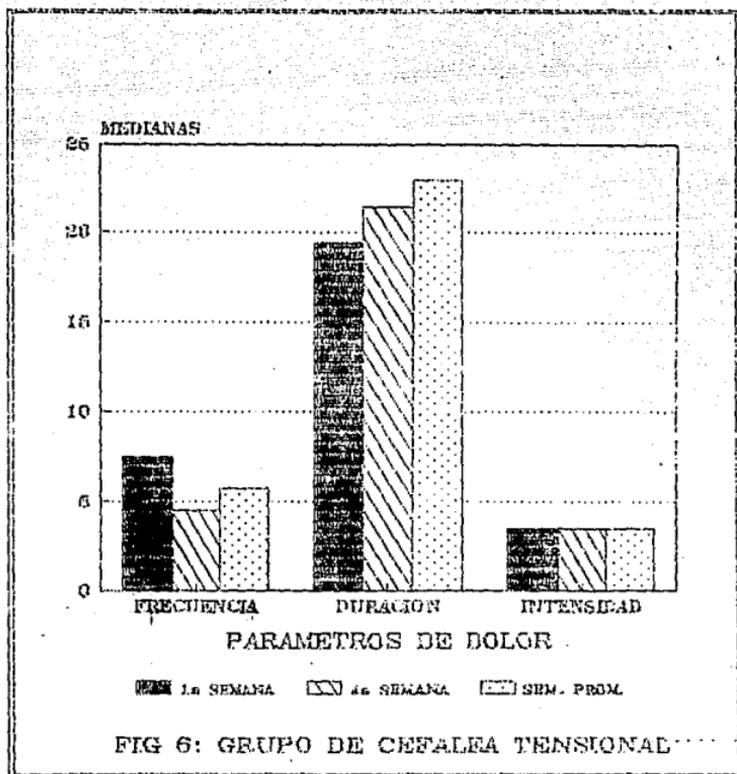
pedir un favor, la ayuda o un consejo a otros tiene como consecuencia un aumento en la duración del dolor. Por el contrario si ellos se permiten contar con el apoyo y opinión de los demás las horas de dolor pueden disminuir. Lo anterior lo indica la correlación negativa observada entre la duración y la IBT 8 en la primera semana de evaluación. Al respecto es ilógico pensar que uno mismo es quién siempre puede realmente resolver sus propios problemas y por ello rehusarse a solicitar ayuda a una segunda persona.

Es cierto que es muy desagradable que otros tomen decisiones por uno mismo, no obstante, de lo que se trata en un momento dado es contar con más y nuevas opciones a la solución del problema y escoger la que a propio criterio sea la más conveniente. Cuando se logre vencer esta barrera de no pedir ayuda y por supuesto no caer en la dependencia hacia los demás será posible, entre otras cosas, lograr que la duración de la cefalea decremente. (Las representaciones gráficas de la escalas del IBT y los parámetros del dolor de cabeza, se muestran en las figuras 5 y 6 respectivamente).

Finalmente, como puede observarse dentro de este grupo diagnóstico no se encontró un momento de corte constante, por lo que podría hipotetizarse que, por la propia experiencia, estos sujetos encuentran (a medida que avanza la evaluación psicológica) una relación más estrecha entre sus pensamientos, situaciones, afectos y conductas y su padecimiento; por lo que a su vez tratan de ir cambiando poco a poco con la ayuda del terapeuta.

De igual manera, por las correlaciones aquí mostradas se puede





afirmar que como lo señalaban Bakal (1975); Tasto y Himkle, (1973) los componentes psicológicos son por lo general una condición necesaria para el inicio y exacerbación del dolor de cabeza. Así mismo Reeves (1976), menciona que los cambios cognitivos por sí solos no son suficientes para producir cambios en la cefalea pues en ocasiones los datos sobre el "comportamiento" del dolor permanecen sin alteraciones por el hecho de que a los pacientes no se les enseñan habilidades cognitivas de afrontamiento, es decir, que más que aprendan a evitar el problema o la situación sepan manejarla adecuadamente. Murphy, et. al. (1989) sugieren de acuerdo a sus resultados obtenidos, que por medio de un tratamiento de reestructuración cognitiva y retroalimentación biológica, la frecuencia y la intensidad del dolor disminuyen. Por lo que queda corroborada la existencia de una relación estrecha entre las cogniciones y el dolor de cabeza.

En resumen y por todo lo anterior se sugiere enseñar a los sujetos a identificar y posteriormente modificar las respuestas cognitivas no adaptativas, ayudando así a que la persona reconozca aquellos pesamientos que lejos de permitirle combatir su cefalea contribuyen junto con otras variables a que los dolores sean más severos.

Lo antes expuesto podría lograrse cuando se crea consciencia en estas personas de que: 1) el ser aceptado por los demás no es un requisito ni para la vida ni para la propia felicidad; el ser humano indudablemente vive dentro de una sociedad, en la cual, siempre existirá la posibilidad de ser aprobado o no por los otros, por lo tanto es ilógico el ser infeliz y dejarse trastornar

por este hecho. 2) es importante sentirse merecedores de afecto, pero también es importante diferenciar entre el deseo y la necesidad imperiosa de ser aprobado por los demás. Por ello si se ayuda a los sujetos a invertir sus energías en actividades exteriores y obrar activamente sobre la gente tenderá a preocuparse cada vez menos por lo que otros piensan de ellos. 3) no todo lo que se desea se obtiene o alcanza, lo anterior se refiere a que es deseable que tal persona obre de cierta manera pero no debe aferrarse a la idea de que lo hará solo por que para esa persona es mejor que actúe de diferente forma. Otro aspecto más en el que el terapeuta puede intervenir es aquel en el que el paciente se muestra deprimido o culpable por una serie de autoacusaciones; para ello debe tratar de descubrir las frases específicas que utiliza para crear dichas autoacusaciones y así trabajar sobre éstas. 4) le guste o no el ser humano debe aceptar la realidad cuando no es posible cambiarla. La realidad ES y si en ella se encuentra adversidad y frustración es lamentable, sin embargo, no es necesariamente catastrófico. En tanto uno vive se es dueño de su propio destino y la capacidad de cada uno permitirá hacerlo. En el caso de que la frustración con que se tope sea verdaderamente considerable y no haya manera de contrarrestarla, lo mejor que la persona puede hacer es aceptarla con voluntad y realismo, y 5) la propia persona debe determinar cuales son las actividades verdaderamente necesarias en la vida y luego realizarlas sin resistencia. El llevar a cabo esto, es a lo que se refiere el "equilibrio" entre responsabilidades y distracciones. Por lo tanto hay que guardarse de exagerar con demasiada

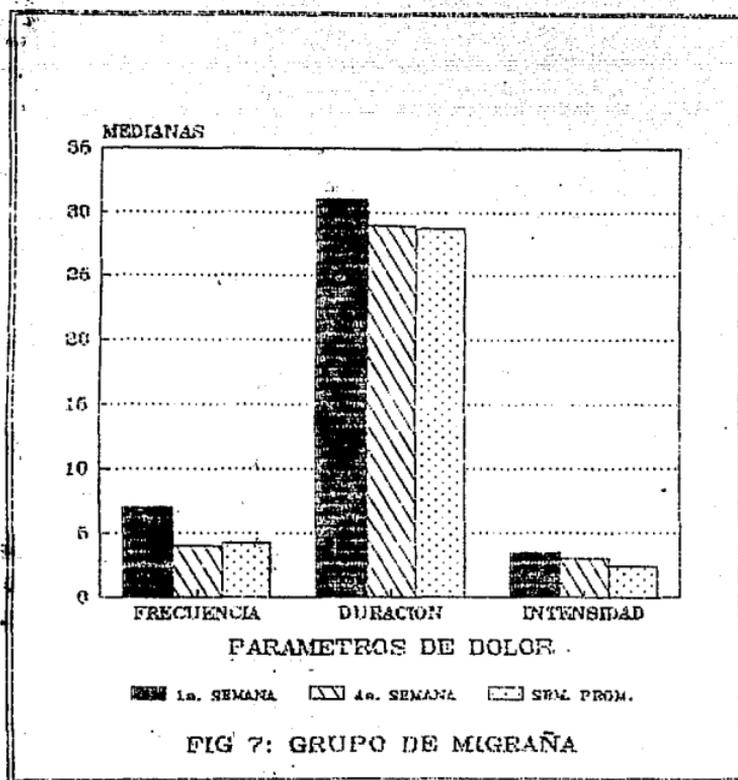
autodisciplina con el fin de lograr ciertas recompensas mágicas por el autocastigo (Ellis y Harper, 1961).

Si el psicólogo toma en consideración todos estos aspectos dentro de un tratamiento no farmacológico para pacientes cefaléicos (en particular para los intereses de la presente investigación) indudablemente que la frecuencia, duración e intensidad del dolor disminuirá. Como lo demuestran las estadísticas calculadas por una parte, y la propia experiencia clínica por la otra.

MIGRAÑA.

Las correlaciones positivas calculadas entre la intensidad del dolor y la IBT 2 en la primera semana y en el promedio de éstas indican claramente un perfeccionismo en estos pacientes. Esto se puede ser traducido como personas que tiene gran temor a cometer errores, temor al fracaso, además y por lo regular cuentan con aspiraciones elevadas y poco realistas. Para los migrañosos es más fácil evitar cosas que ellos no pueden hacer bien, debido a que sobreestiman la importancia de lograr el éxito en todo lo que hacen y se molestan cuando otros son mejores que ellos en algo. Estas autoexigencias y otras más son en gran medida las que contribuyen a un aumento en la intensidad del dolor de cabeza. Al respecto hay que recordar que precisamente la intensidad es uno de los rasgos característicos de este diagnóstico. (Estos hallazgos pueden observarse en las figuras 5 y 7).

Para confirmar lo anteriormente asentado (así como resultados obtenidos en otros trabajos que muestran diferencias a los observados en el presente, pero que no dejan de ser significativos) se presentaran a continuación una serie de



estudios realizados en personas diagnosticadas como migrañosos. Esto con el fin de proporcionar al lector una visión más amplia sobre la difícil tarea que significa el realizar primero un diagnóstico certero y segundo intervenir conforme a éste; ya que aún cuando se trabaja con una población con las mismas características los resultados difieren.

Así pues, en una investigación realizada por Rodríguez (1992) con una tendencia semejante a la presente, tratándose también de pacientes cefaléicos encontró correlaciones significativas entre la depresión y las IBT 2,6 y 10 en migrañosos concluyendo que las ideas son provocadoras de ansiedad cuando las fallas son anticipadas y, generadoras de depresión cuando el fracaso es vivido (Walen, Di Giuseppe y Wessler, 1980). Finalmente la explicación que Rodríguez (1992) presenta en cuanto a las diferencias encontradas entre sujetos con cefalea tensional, cefalea mixta y migrañosos respecto a la depresión y las ideas disfuncionales; es que la sintomatología difiere dependiendo del diagnóstico, hecho que podría deberse a la reactividad que se tenga al medio ambiente. Hipotetizando que tal vez en el caso de los migrañosos se trate de una depresión enmascarada o bien de una inutilidad aprendida.

Así la presencia de éste énfasis en los afectos de eficiencia y perfeccionismo que muestran los cefaléicos, se reafirman en diferentes investigaciones (Passchier, et. al. 1984; Forman, Tosi, 1987). Una preocupación constante no rara vez contribuye a la aparición del evento indeseado y con frecuencia impide a la persona afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre (Ellis y

Harper, 1961).

Newton y Barbaree, (1987) observaron que las quejas de dolor muy intenso estaban asociadas con una valoración negativa en cuanto a sus afectos, siendo estos los que contribuyeron a la predicción de la intensidad del dolor de cabeza en la fase de pretratamiento.

Kowai y Pritchard, (1990) mostraron que los sujetos cefaléicos presentaron disturbios conductuales significativamente más altos que las personas que no padecen dolor de cabeza. La ansiedad, el perfeccionismo y la vida llena de estrés contribuyeron significativamente en la predicción de la severidad del dolor.

En cuanto a los tratamientos de orientación cognitivo-conductual aplicados a este tipo de pacientes se ha obtenido (solo por mencionar algunas) lo siguiente: Knapp y Florin, (1981) observaron resultados en favor de procedimientos cognitivos respecto a la depresión, irritabilidad y autoevaluación positiva afirmando que éstos son altamente efectivos en la reducción de la frecuencia, duración e intensidad, y también una disminución en la ingesta de medicamentos para contrarrestar el dolor.

Richter y McGrath, et. al. (1986) en un estudio realizado con niños sufriendores de migraña observaron, (después de aplicarles tratamiento de relajación y afrontamiento cognitivo) una reducción en la frecuencia del dolor, no así con la duración y la intensidad.

Morrison y Price, (1989) observaron (en pacientes migrañosos) que el aumento en la irritabilidad y la depresión estan asociados con los ataques de migraña. Sin embargo, éstos no se relacionaron con la frecuencia y duración.

Si bien no existen estudios consistentes que muestren rotundamente la presencia de factores cognitivos específicos asociados de la cefalea; existen otros más en los que se observa que no hay evidencia puramente fisiológica que provoque un dolor de cabeza ni de tipo migrañoso ni de ningún otro diagnóstico de tal padecimiento. (Passchier, van der Halm-Hykema y Orlebeke, 1984; Andrasik, Blanchard, et. al. 1982). Por lo que los factores cognitivos así como los de otro tipo (emocionales, conductuales, etc.) cobran un papel relevante para la evaluación y tratamiento de un fenómeno tan predominante como lo es el dolor de cabeza.

Por lo anterior, es oportuno ayudar a los pacientes a darse cuenta de que la frenética lucha por el triunfo generalmente refleja la triste necesidad de superar a otros; al mismo tiempo que superar su baja autoestima, pues el perfeccionismo puede ser entendido en términos compensativos pero, uno no es los otros y de nunca ser uno mismo los demás seguirán siendo mejor que la misma persona. De la misma manera, sería importante indagar las posibles alteraciones emocionales que el dolor de cabeza por sí mismo ha provocado en este tipo de pacientes; tales que les impidan realizar sus labores como acostumbra llevándolos a vislumbrar un futuro no muy claro o por lo menos no como ellos desean (perfecto), lo que en conjunto puede ser el causante de una intensidad mayor.

CEFALEA MIXTA.

No es sorprendente que se repitan las estadísticas negativas calculadas dentro del grupo diagnóstico de cefalea tensional, en lo referente a la IBT 1 y el parámetro de duración del dolor tanto

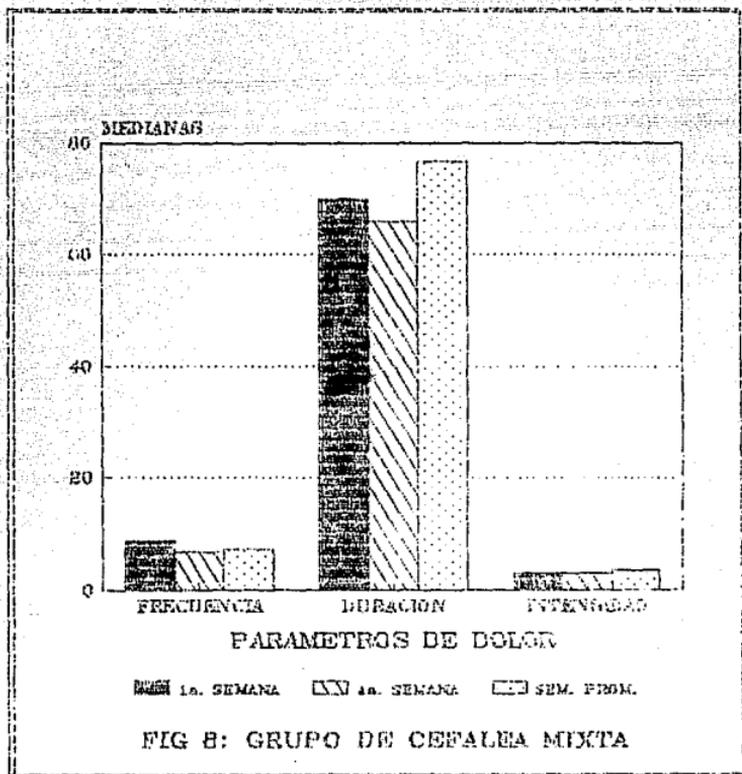
en la primera semana de evaluación psicológica como en el promedio de éstas. Por esto cuando las personas todavía se sienten merecedoras de afecto y aprobación de los demás las horas de dolor disminuyen; no así en el caso en que ellos no se sientan merecedores de cariño y afecto principalmente de aquellos quienes les rodean. Sin embargo, es importante aclarar que esta escala no cae dentro de la disfuncionalidad (según el criterio de Jones, 1968) como puede observarse en la figura 5, ya que, de suceder esto cuanto más desesperadamente necesite la estimación de los demás menos podrá hacer aquello que realmente desea hacer en la vida. Por lo tanto si la persona tiene una necesidad terrible de ser amado, si acepta el hecho de que la tiene y si lucha por eliminarlo, discutiéndolo, rápidamente comenzará a manejar dicha necesidad y con ello lograr desaparecer tal "sentimiento" (Ellis y Harper, 1961).

En cuanto a la correlación positiva calculada entre la IBT 3 y la duración, en el promedio de las semanas de evaluación se estima que los pacientes con cefalea mixta tienen la idea de que ciertas personas son malas y que deberían ser severamente sancionadas y castigadas por sus errores. El reproche o el sentimiento de culpa lejos de enmendar la mala conducta de los demás frecuentemente conduce a la evasión de los propios problemas y responsabilidades así como a sentimientos de enojo. Respecto a esta idea se recomienda un análisis de contenido de cada reactivo, para conocer si hay una tendencia a lo inmoral o bien, a la intolerancia al error ajeno.

Finalmente cuando las personas se precipitan más o exageradamente

por lo que sucederá en un futuro, la intensidad del dolor aumenta. A la inversa cuando se preocupan menos por acontecimientos futuros (en ocasiones irreales) la intensidad de la cefalea disminuye. Lo anterior lo indica la correlación positiva entre la IBT 6 y la intensidad, en el promedio de las semanas de evaluación. Si en vez de decirse lo horrible que sería un determinado suceso se dice que sería tonto y autoderrotista seguir preocupándose por esa cosa "terrible", tendrá muchas probabilidades de suprimir sus angustias disfuncionales y por ende la intensidad del dolor (Ellis y Harper, 1961). (la figura 8, muestra los cambios observados tanto en este parámetro como en los dos restantes). Es precisamente a frases como terrible, espantoso, inconcebible, etc., a las que el psicólogo ha de enfrentar al paciente, con el objeto de que ellos mismos logren* visualizar o detectar el aspecto disfuncional que éstas contienen. Puede ayudársele a superar una angustia específica que ellos mismos han generado por medio de sus frases internalizadas y sacarlas a luz para así combatir las y contradecirlas con persistencia. Es verdad, por ejemplo, que no es agradable padecer dolores de cabeza, pero con angustiarse no se logra que éste no vuelva a aparecer algún día incluso lo que se provoca es que sean más intensos (entre otras cosas). Es mejor para ello tomar las precauciones razonables para evitarla.

Una forma más en que se puede ayudar al paciente es hacerle ver que no se limite a aceptar irreflexiblemente un acto determinado como intolerante sino que determine, lo mejor que pueda, si lo es verdaderamente a sus ojos; y pensar que es "preferible" que los demás actúen de diferente manera pero no sentirse frustrado o



decepcionado por que no lo hacen, ya que cualquiera que acuse rotundamente a otro por lo que considera un mal comportamiento inevitablemente tenderá a volver contra sí mismo normas acusadoras y terminará detestándose.

Cabe mencionar, por otra parte, que Rodríguez (1992) encontró una correlación positiva entre la depresión y la IBT 9. Esto indica que la utilización del pasado constituye una excusa para no resolver los problemas en el presente, lo que contribuye a que la persona considere que no es posible un cambio favorable en su conducta (Ellis y Harper, 1961). Por lo tanto es de gran ayuda para el terapeuta tomar estos datos en forma integrada para obtener un mejor resultado en cuanto al dolor de cabeza en particular, y los problemas del paciente en general; pues la depresión juega un papel relevante dentro de la cefalea.

DIFERENCIAS ENTRE LOS TRES GRUPOS DIAGNOSTICOS

1.- Dentro del grupo de Cefalea Tensional se observa que las ideas disfuncionales que éstas personas presentan tienen influencia sobre los tres parámetros del dolor; en cambio en el grupo de Migraña el único en el que parece haber relación es con la intensidad del padecimiento; finalmente, por lo que respecta al grupo de Cefalea Mixta el parámetro que no sufre cambio alguno es la frecuencia.

2.- Las Ideas Disfuncionales inmersas en Cefalea Tensional y Mixta no difieren considerablemente; por el contrario entre estos dos diagnósticos y el de Migraña no hay una sola idea disfuncional en común. Esto quizá se deba a la reactividad al medio ambiente por una parte, (Rodríguez, 1992) y a los rasgos de personalidad

por otra.

3.- El momento de corte que al parecer es el más propicio para realizar un análisis de datos es haciendo el promedio de éstos. Lo anterior puede observarse en los tres grupos diagnósticos. Aun cuando hay correlaciones significativas entre los otros dos momentos no son predominantes. (Ver figuras 6,7 y 8). Este hecho puede explicarse de alguna manera por la intervención de variables que no han sido consideradas en la presente investigación, por ejemplo, efecto placebo, afrontamiento del problema, apoyo social, fracaso en tratamientos farmacológicos, estrés, situaciones laborales, problemas en este mismo campo y/o en el familiar, etc. O bien, la misma reactividad al medio ambiente.

Se cree conveniente pues, que en futuras investigaciones se muestren las desviaciones estándar de los datos, con el fin de ilustrar precisamente esta posible influencia de variables. Logrando con ello rechazar o apoyar esta hipótesis.

MUESTRA TOTAL.

En cuanto al análisis llevado a cabo con la muestra de 50 sujetos puede concluirse lo siguiente:

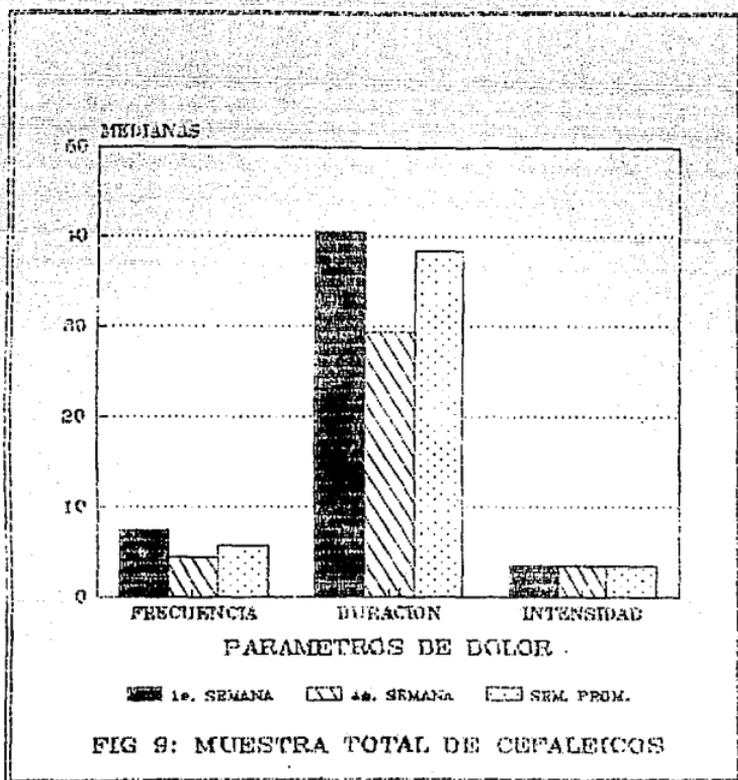
Las correlaciones negativas calculadas entre la IBT 1 y los parámetros de frecuencia y duración en el promedio de los datos de evaluación psicológica indican lo que ha sido mencionado tanto en la interpretación del grupo diagnóstico de cefalea tensional como en el de cefalea mixta, en los que se encontraron las mismas correlaciones.

Así mismo, entre más exista una tendencia perfeccionista en los cefaléicos la intensidad del dolor aumenta. Lo anterior se

constata en la correlación positiva entre la intensidad y la IBT 2 en el promedio de las cuatro semanas de evaluación psicológica. Al igual que en el diagnóstico de migraña, por lo tanto la interpretación de tal correlación versa en la misma forma que en el apartado de dicho diagnóstico (Ver figura 9).

Por otra parte cuando los sufridores de dolor de cabeza son poco tolerantes ante los contratiempos, y frustraciones la frecuencia y la intensidad de la cefalea aumentan. Lo anterior de acuerdo a las correlaciones positivas calculadas entre la IBT 4 y los parámetros de frecuencia e intensidad en la cuarta semana de evaluación. Aunque indudablemente es desagradable no obtener todo lo que se quiere en la vida rara vez es catastrófico y cuanto más tiempo desperdician las personas en lamentar su triste suerte menos será capaz de una acción eficaz para contrarrestar sus desventajas (Ellis y Harper, 1961). Entre mayor es la pérdida o la frustración más se tiende a lamentarla; pero el disgusto no tiene que ser igual a una terrible infelicidad la cual equivale, dentro de la población cefaléica, a que su padecimiento se torne más severo.

Lo peor en casi todo "desastre" es generalmente la exagerada creencia en su horror más que lo que pueda tener de intrínsecamente terrible. Lo anterior hace alusión al hecho de que también las personas con dolor de cabeza crónico se preocupan por lo que sucederá en un futuro y se dedican a buscar soluciones a sus problemas que por lo general todavía no se presentan, contribuyendo así a que la intensidad de su padecimiento aumente (correlación positiva entre IBT 6 e intensidad en el promedio de las cuatro semanas de evaluación psicológica).



Por otro lado, la correlación negativa entre la IBT 8 y la duración en el promedio de las semanas de evaluación, indica que cuando los pacientes se rehusan a pedir ayuda o consejo a otros, el creer que uno mismo es el único que puede resolver sus propios problemas conlleva a que precisamente las horas del dolor aumenten. Por el contrario si los cefaléicos piden opinión a los demás y dejan de sentirse autosuficientes ante toda adversidad la duración de la cefalea decrementará. Aclarando de que no se trata de caer en una total y rotunda dependencia, sino solamente es el hecho de que el hombre vive dentro de una sociedad y tarde o temprano necesita de ella. En relación a lo antes mencionado, el apoyo social hacia el paciente tiene gran peso sobre actitudes y pensamientos de las personas en cuanto a su dolor así como en aspectos generales. En consecuencia, la percepción de un apoyo social es eficaz cuando se trata de estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento de las que el paciente se vale para contrarrestar su dolor, volviéndose menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa. Por ello es de suma importancia saber diferenciar entre apoyo social y presión social. Es aquí donde la familia juega un papel crucial en lo que respecta a este padecimiento. Si los propios parientes inmediatos (padres, hijos o hermanos) provocan el aislamiento del paciente también están contribuyendo al incremento de la cefalea; de manera similar sucede cuando por el contrario se le mimó y se le deja inactivo ya que la persona no tiene otra cosa en que pensar más que en su propio malestar. Además con estas actitudes se incita al paciente a buscar por sí mismo nuevas posibilidades en que apoyarse para

afrontar su dolor y lo mejor de todo es que las pondrá en práctica cada vez que lo necesite, si cuenta claro con el apoyo de aquellas personas que le resulten importantes. Por ende la investigación de los diferentes factores antes mencionados es trascendental. Y es precisamente a lo que el presente trabajo incita a sus lectores.

Por último entre la intensidad y la IBT 10 existe una correlación positiva en la primera semana de evaluación. La idea de que la gente y las cosas deberían ser diferentes de como son y que es catastrófico no encontrar inmediatamente soluciones perfectas a las feas realidades de la vida es ilógico y es este tipo de pensamientos dentro de los pacientes que sufren de dolor de cabeza los que provocan que éste sea más intenso. Por lo que si ellos vieran los problemas o situaciones de la vida en forma más práctica, es decir, buscar las diversas opciones con que cuenta para la resolución de éstos y no cerrarse sólo a una (ideal) entonces el malestar será menor. (Si el lector desea observar gráficamente el perfil de esta muestra así como el "comportamiento" de los diferentes parámetros de dolor puede remitirse a las figuras 5 y 9, respectivamente).

Resumiendo lo antes mencionado cabe mencionar que es de gran ayuda para los pacientes (en particular cefaléicos crónicos) aclararles que: a) lo más importante al encontrarse con una serie de circunstancias decepcionantes primero habría que determinar si son en si mismas y verdaderamente desventajosas o si es uno mismo quién las define esencialmente como tales; b) las preferencias y anhelos no son necesidades; c) de muchas formas las personas pueden aceptar las censuras de los demás y salir relativamente

indemnes. Si bien es cierto que la crítica negativa no es agradable, se puede aprender a tolerarla, a usarla en beneficio propio; d) sacrificar por completo o renunciar a sus deseos de ser estimado es tan disfuncional como seguir obsesionado por obtenerlo; e) si el paciente considera ser el "mejor" por que tiene éxito en algo y por ello cambia su valor intrínseco esta equivocado, pues por ende también cree que al fracasar, su Yo esta por los suelos, hecho que es totalmente ilógico. Por lo que ser completamente capaz en toda actividad no es una necesidad ni obligación del ser humano; f) el exceso de preocupaciones o miedo exagerado provocan frecuentemente dolor de cabeza, por lo tanto debe tratarse de disminuir o anular preocupaciones sin fundamentos que no en raras ocasiones presentan los pacientes; g) se vive en mundo incierto en el que cualquier día el ser humano puede adquirir una enfermedad o tener un accidente pero, en cuanto sean tomadas las precauciones razonables para evitarlas sencillamente no hay nada más que hacer; h) si cree que es lamentable pero no catastrófico tomar una decisión equivocada lo más probable es que soporte su error y más aún aprenda mucho de éste; i) puesto que no hay soluciones perfectas para los problemas de la vida, simplemente pueden aceptarse muchas soluciones prácticas. Las soluciones impulsivas e impacientes ciertamente tienen más probabilidad de resultar ineficaces, sin embargo, deben considerarse diferentes opciones viéndolas objetivamente y sin prejuicios; por lo que hay que recordar no tiene nada que ver (como se ha mencionado) con el valor intrínseco de las personas. Con base en los incisos anteriores el paciente será capaz de

disernir realísticamente entre sus preferencias y objetivos y los métodos más factibles de conseguirlos en cualquier momento de su vida.

ANÁLISIS POR GRUPO DIAGNÓSTICO VS ANÁLISIS MUESTRA TOTAL.

De las diferencias encontradas entre estas dos formas de análisis de datos se desprenden las siguientes hipótesis:

A) Las Ideas Irracionales observadas en la muestra total pueden ser un indicativo de características comunes entre población cefaléica. Mismas que son imperceptibles cuando los datos son trabajados por diagnóstico y/o,

B) Entre más alto sea el tamaño de la muestra resulta más fácil observar correlaciones significativas entre los Parámetros de dolor y las Ideas Irracionales que pueda presentar el paciente que sufre de dolor de cabeza crónico.

Para poder aceptar o refutar lo anterior se sugiere realizar investigaciones con muestras mayores.

Al haber un gran número de ideas disfuncionales inmersas en el dolor de cabeza es indicativo convincente de que un sólo pensamiento de este tipo no determina tal fenómeno; sin olvidar que el pensamiento por sí solo no es el único factor que se asocia a una cefalea; pero sí repercute indudablemente en la forma en que el dolor se comporta (es decir, cambios en la frecuencia, duración e intensidad). Corroborando con ello que este padecimiento es multifactorial.

Como se mencionó a lo largo de los capítulos, el enseñar a los pacientes habilidades para "distinguir" situaciones específicas que le provocan dolor de cabeza para después poder afrontarlo es

de suma importancia; pues si bien su dolor no desaparece "mágicamente" por lo menos sí se reduce de manera significativa. Por ello la indefensión ante el manejo de éste que los pacientes puedan creer que tienen es digno de consideración, al igual que la desesperanza al no lograr un control sobre la cefalea, cabe mencionar por supuesto también el locus de control (que persigue estudiar la posible existencia de predisposiciones a hacer un determinado tipo de atribuciones, en el sentido de situar el control fuera o dentro del sujeto). Esto es si el paciente ha intentado ya sea farmacológicamente, psicológicamente o incluso con "remedios caseros" (compresas de agua fría, amarrarse un lienzo en la cabeza, tomar refresco de cola frío, etc.) desaparecer su dolor y no lo ha logrado, crea una idea de inutilidad o desesperanza ante éste bloqueando su mente, sin dejarle ver posibles opciones para combatirlo y por ende lo único que esta logrando es acrecentar su molestia.

Las personas en varias ocasiones no se dan cuenta de que se encajonan en las opciones más fáciles o más comunes para salir del problema tal es el caso, por ejemplo, de la ingesta de medicamentos o bien si se trata de terapia psicológica esperan tener resultados inmediatos sin permitirse a sí mismos encontrar los verdaderos factores que facilitan la aparición de la cefalea. Es aquí donde el terapeuta debe inducir a los pacientes a encontrar la clase de pensamientos que lo apremian ya sea antes, durante o después del inicio del dolor y qué mejor que se posible hacerlo en los tres momentos, para así enseñarles a manejarlos y controlarlos; dando con ello cavida a la desaparición de la

inutilidad y desesperanza creadas por él mismo.

Resumiendo todo lo anterior y por los datos obtenidos a lo largo de la investigación en general éstos son alentadores. Ahora bien, sería interesante observar cómo éstas ideas se comportan después de tratamiento, sobre todo cuando éste es de tipo cognitivo o bien, cognitivo-conductual. Pues la terapia cognitiva se centra en los acontecimientos que anteceden y covarian con la cefalea y su objetivo principal es la identificación de dichos acontecimientos. La desventaja "relativa" sería que a veces los pacientes son incapaces de identificarlos. Sin embargo cuentan con la ayuda del terapeuta.

Por otra parte una posible explicación para las correlaciones obtenidas es que, ciertos pacientes se muestran resistentes a los procedimientos de la terapia cognitiva. Es decir, no están un 100% convencidos de que por medio de la terapia psicológica su dolor puede disminuir y mucho menos desaparecer; se trata en estos casos de aquellas personas que acuden al psicólogo "obligados" por sus familiares. Por ello se dice que los mejores candidatos a este tipo de terapia son aquellos quiénes aceptan rápidamente un modelo psicológico causal de su cefalea; entendiéndose con esto, que las personas encuentran una relación directa y/o estrecha entre sus problemas ya sean de tipo familiar, social, ambiental, laboral, etc., y su dolor de cabeza.

Así mismo, un aspecto muy importante es que no se examinó directamente la actividad cognitiva y/o conductual durante la presencia del dolor; ya que como se dijo lo que los pacientes piensan e incluso hacen en esos momentos puede provocar algún

cambio en cualquiera o en todas las dimensiones del dolor. Así pues, este aspecto es de gran peso si se entiende el proceso cognitivo como mediador de la percepción de la cefalea. Lo anterior puede confirmarse con aquello que Newton y Barbaree (1987) mencionaron, y es que los sujetos quienes reportan cambios positivos en la valoración del dolor, también reportan una disminución importante en la intensidad y frecuencia de su dolor de cabeza. Por ello se sugiere que en posteriores investigaciones de tendencia cognitivo-conductual se haga explícito, si en algún momento se determinaron los pensamientos disfuncionales que intervienen en la aparición de este fenómeno.

Otro aspecto relevante que parece aclarar de alguna manera los resultados, es el hecho de que el inventario utilizado para evaluar las ideas "irracionales" de los pacientes no es un inventario adaptado para población cefaléica; pues en ningún reactivo se hace mención del dolor de cabeza (ver anexo 1) por lo que para estos sujetos no representa una relación estrecha entre su forma de pensar o de ver las cosas y su cefalea; o no por lo menos durante las primeras semanas de evaluación.

Otro aspecto más que habría de considerarse es la historia de aprendizaje, determinando la forma en que manifiesta (el propio sujeto) el dolor y la manera en que lo afronta. Esto por supuesto incluye el significado que la cefalea ha adquirido en la vida de la persona, así como cuáles son las alteraciones emocionales (si es que las hay) provocadas por éste. Así pues el periodo de evolución parece ser un factor a consideración dentro de este fenómeno, ya que el tiempo que tiene una persona con dolor puede

contribuir a la gran diversidad de conductas mal adaptativas o conductas de evitación que el paciente se forma. Al respecto, se ha observado que los ataques son más frecuentes conforme pasan los años. Los sufridores de dolor de cabeza probablemente pueden abrigar sentimientos de indefensión las cuales no les permiten esclarecer las situaciones o factores "específicos" que provocan su dolor y como respuesta a ello su padecimiento lo atribuyen a causas externas, que es lo mismo que fuera de su control. (Benitez, 1992). De tal forma el hecho de que los sujetos se encuentren frecuentemente en situaciones estresantes provoca que los dolores sean más severos (la frecuencia, duración e intensidad en conjunto arrojan el índice de severidad del dolor). De tal forma sería conveniente que los enfoques cognitivos pongan mayor énfasis en promover paralelamente el cambio conductual.

Por otro lado las limitantes del presente trabajo son: a) el tiempo de evaluación incluido en el análisis de datos es relativamente corto; por lo tanto sería conveniente observar los posibles cambios cognitivos ocurridos durante el tratamiento, y/o en la segunda evaluación psicológica de que consta el proyecto original (ver Rojas, et. al., 1986). No obstante el modelo multifactorial del dolor de cabeza cada vez se confirma más; b) el nivel educativo de la muestra es generalmente bajo e incluso se tenían que explicar algunos reactivos del inventario por parecerles algo confusos a los pacientes; c) el que se hayan incluido sólo personas del sexo femenino en la investigación (llevando a motivar la realización de una más, ya sea con sujetos de sexo masculino o bien, que la muestra sea conformada por

sufridores de ambos sexos y comparar resultados); e) de igual manera el nivel socio-económico de los sujetos puede ser un determinante del dolor de cabeza; f) la muestra no sea representativa de la población; f) al utilizar un diseño ex-post-facto no hay un control sobre las variables

Sin embargo, con todo lo anterior el mundo de la psicología no queda cerrado o restringido; sino por el contrario gracias a que es un campo demasiado extenso, cuenta con una amplia gama de técnicas y estrategias para ayudar a las personas a afrontar fenómenos tan comunes dentro de nuestra población mexicana y del mundo entero como lo es el dolor de cabeza.

Tal es el caso de las técnicas cognitivo-conductuales que abarcan (como su nombre lo indica) factores cognitivos y conductuales, pero que también pueden incluir componentes fisiológicos; como en el caso de la Retroalimentación Biológica.

Dentro de este tipo de intervenciones la TRE (ver Cap. 2) puede utilizarse para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo razonablemente breve, porque emplea varios métodos cognitivos, emotivos y conductuales en forma integrante, además es una terapia que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de sus actos contraproducentes mostrando claramente a esas personas cómo fijar la atención de sus "filosofías" negativas y cómo proceder a desarraigarlas. (Ellis y Abrahms, 1986).

Así este trabajo ha despertado la curiosidad de seguir investigando en esta misma línea; pues así como se despejaron

algunas dudas surrieron varias hipótesis de posibles factores que como se mencionó parecen tener un papel crucial en la aparición, exacerbación y porqué no en la desaparición de un fenómeno tan molesto como lo es el dolor de cabeza.

Es oportuno mencionar que los objetivos (ver Cap. 3) pretendidos en este estudio se lograron satisfactoriamente, pues se puede observar que el dolor de cabeza es un padecimiento que afecta a un gran número de la población, tratando de dar por una parte un panorama general de las técnicas de las que el terapeuta puede valerse para ayudar a los pacientes a combatir su dolor. Y por otra parte la escasa bibliografía sobre los aspectos cognitivos (en particular el pensamiento irracional) y cefalea; pues no hay estudios que impliquen el uso del IBT en la literatura internacional como tampoco existe un perfil cognitivo característico de los sujetos con dolor de cabeza crónico, por tanto la evidencia aquí obtenida es doblemente valiosa no sólo al identificar las ideas disfuncionales de los pacientes sino principalmente su asociación con los parámetros de dolor; lo cual hace viable intervenciones de naturaleza cognitiva sistemáticamente derivadas de una previa evaluación.

En el mismo sentido, los estudios que han determinado la falta de solidez para afirmar concluyentemente la efectividad de intervenciones cognitivas, probablemente carecen de consistencia metodológica y han sido realizadas en forma pragmática pues quizá no han considerado ni la detección particular de las cogniciones disfuncionales (independientemente del enfoque cognitivo que se le da) y menos aún la conexión o relación entre éstos y los

parámetros de dolor. Por todo lo anterior solo queda hacer notar la imperiosa necesidad e importancia de la investigación dentro del amplio campo de la PSICOLOGIA DE LA SALUD en el medio Mexicano.

REFERENCIAS

Ad Hoc Committee on Classification of Headache. (1962). Classification of headache. Journal of American Medical Association, 172, 717-718.

Adams, H.E., Feuerstein, H. y Fowler, J.H. (1980). Migraine headache: Review of parameters, etiology and intervention. Psychological Bulletin, 217-237.

Aguilera, A., Espinosa, M., Huitrón, E., Medina, R. y Olvera, N. (1990). Datos epidemiológicos en México. Trabajo no publicado. ENEP Zaragoza. UNAM.

Alexander, F. (1950). Psychosomatic Medicine. New York: Norton.

Alder, A. (1968). Understanding human nature. Nueva York: Fawcett World.

Anderson, C.D. y Franks, R.D. (1981). Migraine and tension headache: Is there physiological difference? Headache, 21, 63-71.

Anderson, N.B., Lawrence, P.S. y Olson, T.W. (1981). Within-subject analysis of autogenic training and cognitive coping training in the treatment of tension headache pain. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric, 12, 219-223.

Andrasik, F. y Holroyd, K.A. (1980). A test of specific and nonspecific effects in the biofeedback treatment of tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 575-586.

Andrasik, F., Blanchard, E.B., Arena, J.G. Saunders, N.L. y Barron, K.D. (1982). Psychophysiology of recurrent headache: Methodological issues a new empirical findings. Behavior Therapy, 11, 407-419.

Appelbaum, K., Radnitz, C., Blanchard, E. y Prins, A. (1988). The Pain Behavior Questionnaire (PBQ): Aglobal report of pain behavior in chronic headache. Headache, 28 (1), 53-58.

Arena, J.G., Andrasik, F. y Blancahrd, E.B. (1985). The role of personality in the etiology of chronic headache. Headache, 25, 296-301.

Assagioli, R. (1971). *Psychosynthesis*. Nueva York: Columbia Press.

Averill, J. (1973). Personal control over aversive stimuli and the it's relationship to stress. Psychological Reports, 31, 647-651.

Bakal, D.A. (1975). Headache: A biopsychological perspective. Psychological Bulletin, 82, 369-382.

Bakal, D.A., Demjen, S. y Kaganov, J.A. (1981). Cognitive-Behavioral tretament of chronic headache. Headache, 21, 81-86.

Bakal, D.A. (1982). *The psychobiology of chronic headache: Physiological Mechanisms*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Barber, T.X. y Cooper, B.J. (1972). Effects on pain of experimentally induced and spontaneous distraction. Psychological Reports, 31, 647-651.

Beck, A.T. (1967). *Depression*. Nueva York: Hoeber-Harper.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities Press.

Bell, N.W., Abramowitz, S.I., Fulkins, C.H., Spensley, J. y Hutchinson, G.L. (1983). Biofeedback, brief psychotherapy and tension headache. Headache, 23, 162-173.

Benitez, C. (1992). Comparación del perfil psicológico de pacientes con dolor sw cabeza crónico con diferentes periodos de evolución. Tesis de Literatura. ENEP Zaragoza. UNAM.

Benson, H. (1975). The relaxation response. Nueva York: William Morrow.

Berne, E. (1961). Transactional analysis in psychotherapy. Nueva York: Grove Press.

Berne, E. (1964). Games people play. Nueva York: Grove Press.

Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). Progressive relaxation trainig. Champaign, IL: Research Press.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Ahles, T., Tenders, S. y O'Keffe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. Behavior Therapy, 11, 613-631.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Neff, D.F., Arena, J.G., Ahles, T.A., Jurish, S., Pallmeyer, T.P., Saunders, N.L., Tenders, S.J., Barron, K.D. y Rodichok, L.D. (1982). Biofeedback and the relaxation training with three kinds of headache: treatment effect and their prediction. Journal of Consulting and Clinical

Psychology, 50, 562-575.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Guarnieri, P. y Dentinger, M.P. (1987). Five years prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. Headache, 27, 580-583.

Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1989). Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona. Martínez Roca.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Michultka, D., Morril, B., Kirsch, C., Hillhouse, J., Evans, T.D., Guarnieri, P., Attanasio, V., Andrasik, F., Jaccard, J. y Dentinger, M.P. (1990). Placebo-controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitive therapy in treatment of tension headache. Journal of Consulting and the Clinical Psychology, 58 (2), 210-215.

Biau, J.N. (1983). Chronic headache in general practice. British Medicine Journal, 246, 1345-1376.

Blumer, D. y Heilbron, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 170, 381-393.

Borgeat, F., Elie, R. y Larouche, L.M. (1985). Pain response to involuntary muscle tension increases biofeedback efficacy in tension headache. Headache, 25, 387-391.

Bräler, E. y Der GieBener Beechwerdebogen. (1978). Unpublished inagural dissertation, GieBerner.

Bruyn, G.W. (1980). The biochemistry of migraine. Headache, 20, 234-246.

Budzynski, T.H., Stoyva, J.M. y Alder, L.S. (1970). Feedback induced muscle relaxation: Applications to tension headache. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1, 205-211.

Budzynski, T.H. (1973). Biofeedback procedures in the clinic. Seminars in Psychiatry, 5, 537-547.

Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Alder, C.S. y Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled out come study. Psychosomatic Medicine, 6, 509-514.

Carrobles, J.A. y Godoy, J. (1987). Biofeedback: Principios y aplicaciones. Barcelona: Martínez Roca.

Cohen, R.A., Williamson, D.A., Monguillot, J.E., Hutchinson, S., Cottlieb, J. y Waters, W.F. (1983). Psychophysiological response patterns in vascular and muscle contraction headache. Journal of Behavioral Medicine, 6 (1), 93-107.

Cox, T.J., Freundlinch, A. y Meyer, R.G. (1975). Defferential effectiveness of electromiografy feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headache. Journal Consulting Clinical Psychology, 43, 892-898.

Curran, D.A., Hinterberger, H. y Lance, J.W. (1965). total plasma serotonin, 5-hydroxy-indoleacetic acid and p-hydroxy-m-methoxymandelic acid excretion in normal and migrainous subjects. Brain, 88, 997-1010.

- Demjen, S., Bakal, D.A. y dunn, B.E. (1990). Cognitive correlates of headache intensity and duration. Headache, 30, 423-427.
- Dewey, J. (1930). Human nature and conduct. Nueva York: Modern Library.
- Dewey, K. y Ziegler, M.D. (1985). The headache symptom: How many entities?. Archological Neurological, 42, 273-274.
- DiGiuseppe, R., Miller, N. y Trexler L. (1977). Outcomes studies of rational-emotive therapy. The Counseling Psychologist, 7 (1), 2-42.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 52, 35-49.
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psycotherapy. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1968). What really causes therapeutic change. Voices, 4 (2), 90-97.
- Ellis, A. (1970). The cognitive element in experimental and relationship psychoterapy. Existential Psychiatry, 28, 35-52.
- Ellis, A. (1970a). Rational-emotive therapy. In L. Hersher (ed), Four Psychotherapy. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Ellis, A. (1971). Growth through reason. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books. (also, Hollywood, Calif.: Wilshire Books).

Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. Nueva York: Julian Press. (also McGraw-Hill Paperbacks).

Ellis, A. (1974). Rational emotive therapy. In a Burton (ed), Operational theories of personality. Nueva York: Brunner/Mazel.

Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. Nueva York: Institute for Rational Living.

Ellis, A. (1977). How to live with -and without- anger. Nueva York: Reader's Digest. Press.

Ellis, A. (1977a). Rational-emotive therapy: Research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and others modes of cognitive-behavior therapy. The Counseling Psychologist. 2 (1), 2-42.

Ellis, A. (1978). Family therapy: A phenomenological and active-directive approach. Journal of Marriage and Family Counseling. 4 (2), 43-50.

Ellis, A. (1979). Overcoming procrastination. Nueva York: Institute for Rational Living.

Ellis, A. (1980). Comprehensive bibliography of materials on rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy. Nueva York: Institute of Rational-Emotive Therapy.

Ellis, A. y Grieger, R. (1977). Handbook of rational emotive therapy. Nueva York: Springer.

Ellis, A. y Abrahms, E. (1978). Brief psychotherapy in medical and health practice. Nueva York: Springer.

Ellis, A, y Abrahms, E. (1986). Terapia Racional Emotiva (TRE). Pax, México.

Ellis, A. y Harper, R.A. (1975). A new guide to rational living. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall (also, Hollywood. Calif.: Wilshirebooks).

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

Ellis, A. y Whiteley, J. (1979). Theoretical and empirical foundation of Rational-Emotive Therapy. Monterey Clif.: Books/Cole. Publishing Company.

Epstein, L.H., Abel, G.G., Collins, F., Parker, L. y Cinciripini, P.M. (1978). The relationship between frontalis muscle activity and self-reports of headache pain. Behavior Research Therapy. 16, 153-160.

Figuroa, J.L. (1982). Group treatment of chronic tension headache: A comparative treatment study. Behavior Modification. 6, 229-239.

Fitterling, J.H., Martin, J.E., Gramling, S., Cole, P. y Milan, M.A. (1988). Behavioral management of exercise training in vascular headache patients: An investigation of exercise adherence and headache activity. Journal of Applied Behavior Analysis. 21 (1), 9-19.

Fordyce, W.E. (1978). Learning process in pain. En R. Sternbach (ed). The psychology of pain. Nueva York: Raven Press.

Frankl, V.E. (1966). Man's search for meaning. Nueva York: Washington Square Press.

Friedman, M. (1975). Rational behavior. Columbia, S.C.: University of South Carolina, Press.

Garnezy, N. (1975). Vulnerable and invulnerable children: Theory, research and intervention. Washington: American Psychological Association.

Genest, M. y Turk, D.C. (1979). A proposed model for group therapy with pain patients. In D. Upper & S.M. Ross (eds), Behavioral group therapy: An annual review. Research Press.

Glass, D. y Singer, J. (1972). Urban stress: Experiments in noise and social stressors. Nueva York: Academic Press.

Golberg, J., Weller, L. y Blittner (1982). Cognitive self-control factors in EMG biofeedback. Biofeedback and Self-Regulation. 7, 545-551.

Graham, J.R. y Wolff, H.G. (1938). Mechanisms of migraine headache and action of ergotamine tartrate. Archives of Neurology and Psychiatry. 39, 737-763.

Haynes, S.N., Griffin, P., Mooney, D y Parise, M. (1975). Electromiographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment of muscle contraction headache. Behavior Therapy. 6, 672-678.

Heide, F.J. y Borkovec, E.D. (1983). Relaxation induced anxiety: paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 171-182.

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

Haley, J. (1976). Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy. San Francisco: Jossey-Bass.

Hollon, S.D. y Kriss, M.R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. Clinical Psychology Review, 4, 35-76.

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

Holroyd, K.A. y Andrasik, F. (1978). Coping and self-control of chronic tension headache. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 46, 1036-1045.

Holroyd, K.A. y Andrasik, F. (1982). A cognitive-behavioral approach to recurrent tension and migraine headache. En P.E. Kendall (ed) advances in cognitive-behavioral research and therapy (vol. 1). Nueva York: Academic Press.

Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. (1983). Perspectives in research on headache: Lewinston. New York: C.D. Hografe.

Holroyd, K.A., Penzien, D.B., Hursey, K.G., Tobin, D.L., Rogers, L., Holm, J.E., Marcille, P.J., Hall, J.R. y Chila, A.G. (1984).

Change the mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1039-1053.

Holroyd, K.A. y Penzien, D.B. (1986). Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache. A meta-analytic review. Journal of Behavioral Medicine, 9, 515-536.

Holroyd, K.A., Holm, J.E. y Hursey, K.G. (1988). Recurrent vascular headache: Home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (2), 218-223.

Infantino-Murphy, A., Lehrer, P.M. y Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headaches. Behavior Therapy, 21, 89-98.

Janis, I.L. (1971). Stress and frustration. Nueva York: Harcourt, Brace, Jovanovich.

Jacobsen, E. (1958). You must relax. Nueva York: Pocket Books.

Jacobson, E. (1938). progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.

Jones, M.A. y Page, D. (1986). Locus of control, assertiveness, and anxiety as personality and maladjustment correlates. Dissertation. Texas. Technological College.

Jonhson, J.E. y Leventhal, H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a

noxious medical examination. Journal of Personality and Social Psychology, 22,710-718.

Kanfer, F.H. y Goldfoot, D.A. (1966). Self-control and tolerance of noxious stimulation. Psychological Reports, 18, 79-85.

Kelly, G. (1955). The psychology of personal constructs. Nueva York: Norton.

Kerlinger, (1975). Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. Edit. Interamericana. México, D.F.

Knapp, T.W. y Florin, I. (1981). The treatment of migraine headache by training in vasoconstriction of the temporal artery and a cognitive stress-coping. Behavior Analysis and Modifications, 4, 267-274.

Kohlenberg, R.J. y Cahn, T. (1981). Self-help treatment for migraine headaches: A controlled outcome study. Headache, 21,196-200.

Kraaimoat, F.W. y Van Schevikhoven, R.E.O. (1988). Causal attributions and coping with pain chronic headache sufferers. Journal of Behavioral Medicine, 11 (3), 293-302.

Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985). Health Psychology. Annual Review of Psychology, 36, 349-383.

Kremsdorf, R.B, y Quirk, L.J. (1976). The prediction of successful outcome of biofeedback training in a clinical setting. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association,

Los Angeles, April.

Kremsdorf, R.B., Kochanowicz, N.A. y Costell, S. (1981). Cognitive skills training versus EMG-Biofeedback in the treatment of tension headache. Biofeedback and Self-Regulation, 6 (1), 93-101.

Kudrov, L. y Sutkus, B.J. (1979). MMPI pattern specificity in primary headache disorders. Headache, 19, 18-24.

Kudrov, L. (1979). Thermographic and doppler flow asymmetry in cluster headache. Headache, 19, 204-208.

Kudrov, L. (1980). Cluster headache: Mechanisms and management. Nueva York; Oxford University Press.

Lacey, J.I., Baterman, D.E. y Van Lehn, R. (1953). Autonomic response specificity: An experimental study. Psychosomatic Medicine, 15, 8-21.

Lacey, J.I. y Lacey, B.B. (1958). Verification and extension of principle of autonomic response-stereotypy. American Journal Psychology, 71, 51-73.

Lacroix, R. y Barbaree, H.E. (1990). The impact of recurrent headaches on behavior lifestyle and health. Behavior Research Therapy, 28 (3), 235-242.

Lake, A., Rainey, J. y Papsdorf, J.D. (1979). Biofeedback and rational-emotive therapy in the management of migraine headache. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 127-140.

Langer, E.J., Janis, I.L. y Wolfer, J.A. (1974). Reduction of

psychological stress in surgical patients. Unpublished manuscript.
Yale University.

Lanzi, S., Balotti, U., Borgatti, R., Guderzo, M., et.al. (1988).
Different form migraine in childhood and adolescence: Notes on
personality traits. Headache, 28 (29), 618-622.

Lazarus, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. Nueva York: Mc-
Graw-Hill.

Lazarus, A.A. (1976). Multimodal therapy. Nueva York: Springer.

Lazarus, A.A. (1981). The practice of multimodal therapy. Nueva
York: Mc-Graw-Hill.

Lazarus, R.S. y Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by
experimentally altering cognitive appraisal. Journal of Abnormal
and Social Psychology, 69 195-205.

Licéaga, N. y Montilla, D. (1989). Papel de psicólogo en la
clínica del dolor. Revista del Dolor, 1 (2), 29-30.

Litt, M.D. (1986). Mediating factors in non.medical treatment for
migraine headache: Toward an interactional model. Journal of
Psychosomatic Research, 30 (4), 505-519.

Malmo, R. y Shagass, C. (1949). Physiologic study of symptom
mechanisms: In psychiatric patients under stress. Psychosomatic
Medicine, 11,25-29.

Marchesi, C., DeFerri, A., Petrolini, N, Govi, A. (1989).
Prevalence of migraine and muscle tension headache in depressive

disorders. Journal of Affective Disorders, 16 (1), 33-36.

Martin, M.J. (1983). Muscle-contrction (tension) headache. Psychosomatics, 24, 319-324.

Maslow, A.H. (1962). Toward a psychology of being. Princenton, Nueva York: Van Nostrand.

Mathews, N.T., Hrastnik, F y Meyer, J.S. (1976). Regional cerebral blood flow in the diagnosis of vascular headache. Headache, 15, 252-260.

Maultsby, M.C.Jr. (1975). Help yourself to happiness. Nueva York: Institute for Rational Living.

May, R. (1969). Love and will. Nueva York: Norton.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1973). Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management. Unpublished manuscript. University of Waterloo.

Meichenbaum, D. (1976). Cognitive factors in biofeedback therapy. Biofeedback and Self-Regulation, 1, 201-216.

Meichenbaum, D. Novaco, R.W. (1977). Stress inoculation: A preventive approach. In C. Spielberger e I. Sarason (eds). Stress and anxiety. (vol.5) Nueva York: Halstead Press.

Melzac, R. y Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. Science, 150, 971-979.

Melzac, R. (1973). The puzzle of pain. Nueva York: Basic Books.

Merskey, H. (1982). Pain and emotion: Their correlation in headache. Advances in Neurology, 11, 135-143.

Mitchell, K.R. y White, R.G. (1976). Self-management of tension headaches: A case study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 387-389.

Mitchell, K.R. y White, R.G. (1977). Behavioral self-management: An application to the problem of migraine headaches. Behavior Therapy, 8, 213-221.

Mizener, D., Thomas, M. y Billings, R. (1988). Cognitive changes of migraine receiving biofeedback training. Headache, 28, 339-343.

Moreno, J.L. (1934). Who shall survive? Whashington, D.C.: Nervous and Mental Disease Publishing Co.

Murphy, R. y Simon, W. An annotated bibliography of research on rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy. Nueva York: Institute for Rational Living. In Press.

Murphy, R., Tosi, D.J. y Pariser, R.F. (1989). Psychological coping and the management of pain with cognitive restructuring and biofeedback: A case study and variation of cognitive experiention therapy. Psychological Reports, 64, 1343-1350.

Murphy, A.I., Lehrer, P.M. y Jurish, S. (1990). Cognitive coping skills trainig and relaxation training as treatments for tension headaches. Behavior Therapy, 21, 89-98.

Newton, C.R. y Barbaree, H.E. (1987). Cognitive changes

accompanying headache treatment: The use of a thought-sample procedure. Cognitive Therapy and Research. 11 (6), 635-652.

O'Brien, M.D. (1971). Cerebral blood changes in migraine. Headache. 10, 139-143.

Olesen, J., Larsen, B. y Lauritzen, M. (1981). Focal hyperemia followed by spreading oligemia and impaired activation of rCBF in classic migraine. Annual Neurology. 9, 334-352.

Olesen, J., Lauritzen, M. y Tfelt-Hansen, P. (1982). Spreading cerebral oligemia in classical and normal cerebral blood flow in common migraine. Headache. 22, 242-248.

Olesen, J. (1988). The classification and diagnosis of headache disorders. Headache. 8 (4), 793-799.

Ostfeld, A.M. (1962). The common headache syndromes. Springfield, III, Charles C. Thomas Publisher.

Palacios, P. y Rojas, M. (1989). Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico. Anteproyecto de Investigación. Secretaría de Investigación. ENEP Zaragoza. UNAM.

Palacios, P., Rojas, M., Figueroa, C. y Lopes, D. (1991). Comparación psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor. Psicología de la Salud, ENEP Zaragoza.

Passchier, J., van der Helm-Hilkema, H. y Orlebeke, J.F. (1984).

Psychophysiological characteristics of migraine and tension headache patients: Differential effects of sex and pain state. Headache, 24, 131-139.

Passchier, J., van der Helm-Hilkema, H. y Orlebeke, J.F. (1984a). Personality and headache type, a controlled study. Headache, 24, 140-146.

Philips, H.C. (1977). The modification of headache pain using EMG biofeedback. Behavior Research Therapy, 15, 119-129.

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

Philips, H.C. y Hunter, M. (1981). Pain behavior in headache sufferers. Behavior Analysis and Modification, 4, 257-266.

Philips, H. C. y Hunter, M. (1981a). The treatment of tension headache. I. Muscular abnormality in biofeedback. Behavior Research Therapy, 19, 485-498.

Philips, H.C. y Hunter, M. (1981b). The treatment of tension headache. I. EMG "normality" and relaxation. Behavior Research and Therapy, 19, 299-507.

Philips, H.C. y Jahanshahi, M. (1985). The effects of persistent pain: The chronic sufferer. Pain, 21, 163-175.

Pozniak-Patewics, E. (1976). "Cephalgic" spasm of head and neck muscles. Headache, 15, 261-266.

Rachlin, M. (1985). Pain and behavior. Behavioral and Brain

Sciences, 8, 43-83.

Radnitz, C.L., Appelbaum, K.A., Blanchard, E.B., Elliot, L. y Andrasik, F. (1988). The effect of self-regulatory treatment on pain behavior in chronic headache. Behavior Research and Therapy, 26, 253-260.

Raimy, V. (1975). Misunderstandings of the self: Cognitive psychotherapy and the misconception hypothesis. San Francisco: Jossey-Bass.

Ramírez, J.J. (1985). A critical analysis of the traditional tension headache model. Headache, 25, 337-339.

Ramírez, A. (1991). Perfil de personalidad del paciente con dolor de cabeza crónico como pronóstico de éxito o fracaso al tratamiento de retroalimentación biológica y entrenamiento asertivo. Informe Final del Servicio Social. ENEP Zaragoza. UNAM.

Ramos, B. (1989). comparación de índices de depresión entre dos poblaciones: Una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor. Tesis de Licenciatura. ENEP Zaragoza. UNAM.

Raskin, N.H. y Appenzeller, O. (1980). Headache. Philadelphia: Saunders.

Rearder's Digest. (1971). Enciclopedia Médica. El Gran Libro de la Salud. México.

Reeves, J.L. (1976). EMG-Biofeedback reduction of tension headache: A cognitive skills-training approach. Biofeedback and

Self-Regulation. 1 (2), 217-225.

Reich, B.A. (1989). Non-invasive treatment of vascular and muscle contraction headache: A comparative longitudinal clinical study. Headache. 29, 34-41.

Richter, I.L., McGrath, P.J., Humphreys, P.J. y Goodman, J.T. (1986). Cognitive and relaxation treatment of pediatric migraine. Pain. 25 (2), 195-203.

Rojas, M. (1984). El campo profesional del psicólogo: La incorporación del psicólogo a los campos de atención de salud. Coloquio. ENEP Zaragoza. UNAM.

Rojas, M., Figueroa, C., Palacios, P. y Lopes, G. (1991). Comparación de dos tratamientos no farmacológicos del dolor de cabeza crónico y exploración de predictores del resultado de la intervención. México (En prensa).

Rojas, M., Beltran, L., Vargas, P., Ramos, B., Figueroa, C. y Dorantes, F. (1991a). Relación depresión-dolor de cabeza crónico: Comparación de tres grupos con estatus clínico diferente. Gaceta Médica del Instituto de Salud del estado de México. 1 (2), 61-65.

Saper, J.R. (1986). Changing perspectives on chronic headache. Clinical Journal Pain. 2, 19-28.

Schilling, D.J. y Pippen, R. (1981). Behavioral and EMG feedback in relaxation. In proceedings of the Biofeedback Society of America Annual Meeting. Wheat Ridge, CO: Biofeedback Society of America.

Schneider, F. y Karoly, P. (1983), Conceptions of the pain experience: The emergency of multidimensional models and their implications for contemporary clinical practice. Clinical Psychology Review, 3, 61-86.

Schultz, J.H. y Luthe, U. (1969). Autogenic training. (vol. 1). Nueva York: Grune and Stratton.

Sicuteri, F. (1976). Headache: Disruption of pain modulation. In J.J. Bonica & D. Albe-Fessard (eds.). Advances in pain research and therapy (vol. 1). Nueva York: Raven Press.

Siegel, S. (1978). Estadístico no paramétrica: aplicadas a las ciencias de la conducta. Edit. Trillas; México, D.F.

Sjaastad, O. (1975). The significance of blood serotonin levels in migraine. Acta Neurológica Scandinavica, 51, 200-210.

Sovak, N., Kunzel, M. Sternbach, R.A. y Dalessio, D.J. (1981). Mechanisms of the biofeedback therapy of migraine: Volitional manipulation of the psychophysiological background. Headache, 21, 89-92.

Steger, J.C. y Harper, R.G. (1980), Comprehensive biofeedback versus self-monitored relaxation in the treatment of tension headache. Headache, 20, 137-142.

Sternbach, R. (1978). The psychology of pain. Nueva York: Raven Press.

Sternbach, R., Dalessio, D.J., Kunzel, M. y Bowman, G.E. (1980).

- MMPI pattern in common headache disorders. Headache. 20, 311-315.
- Sutton-Simons, K. y Goldfried, M. (1979). Faulty thinking in two types of anxiety. Cognitive Therapy and Research. 3, 193-203.
- Sutton-Somons, 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.
- Tan, S.Y. (1982). Cognitive and cognitive-behavioral methods for pain control: A selective review. Pain. 12, 201-228.
- Tasto, D.L. y Hinkle, J.E. (1973). Muscle relaxation treatment for tension headache. Behavior Research and Therapy. 11, 347-349.
- Turk, D.C. y Genest, M. (1979). Regulation of pain: The application of cognitive nad behavioral techniques for prevention and remediation. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (eds.). Cognitive-behavioral interventions: Theory research and procedures. Nueva York: Academic Press.
- Wallen, S.R., Di Giuseppe, R. y Wessler, R.L. (1980). A Practioner's Guide to Rational Emotive Therapy. New York: Oxford University Press.
- Waters, W.E. y O'Connor, P.S. (1971). Epidemiology of headache a migraine in women. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatric. 14, 148-153.
- Waters. W.E. y O'Connor, P.S. (1975). Prevalence of migraine.

Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 34, 613-616.

Webb, W. (1983). Chronic pain. Psychosomatics, 29 (12), 1053-1063.

Whitty, A.M. (1968). Migraine. A follow-up study of 92 patients. British Medicine Journal, 1, 735-736.

Wolberg, y Lewis A. (1977). The technique of psychotherapy. Nueva York: Grune & Stratton.

Wolff, H.G. (1963). Headache and other head pain. Nueva York, Oxford University Press.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, Calif.: Stanford University.

Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). Behavior therapy techniques. En Alberti, R.E. (1977). Assertiveness, innovations, applications, issues. Calif.: Impact Publishers Inc.

Wolpe, J. (1973). The practice of behavior therapy. Nueva York: Pergamon.

Woods, y Lyons, L.C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. Special issues: Cognitive-Behavior Therapy with psychological ill people. Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 8, 3-20.

Woodworth, R.S. (1958). Dynamics of behavior. New York:Holt.

Ziegler, D.K., Hassanein, R. y Hassanein, K. (1972). Headaches syndromes suggested by factor analysisi of sympton variables in a

headaches prone population. Journal of Chronic Diseases, 25, 353-363.

TABLA 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS
CEFALEICOS POR GRUPO DIAGNOSTICO

GRUPO DIAGNOSTICO	C. TENSIONAL N=14	EMIGRANA N=19	C. MIXTA N=17
SEXO	100% (14) FEMENINO	100% (19) FEMENINO	100% (17) FEMENINO
EDAD PROMEDIO	31.5 (17-52 AÑOS)	32.7 (17-55 AÑOS)	30.7 (17-41 AÑOS)
ESTADO CIVIL			
Casados	57% (8)	58.4% (13)	64.7% (15)
Solteras	35% (5)	15.7% (3)	11.7% (2)
Otros	8% (1)	15.7% (3)	-----
ESCOLARIDAD			
Primaria	57.1% (8)	36.8% (7)	70.4% (13)
Medio Superior	35.7% (5)	47.3% (9)	11.7% (2)
Superior	-----	5.2% (1)	-----
Otros	7.1% (1)	10.5% (2)	11.7% (2)
OCUPACION			
Hogar	64.2% (9)	68.4% (13)	88.2% (15)
Estudiantes	7.1% (1)	10.5% (2)	11.7% (2)
Otros (Profesionistas o Comerciantes)	28.5% (4)	21% (4)	-----

**TABLA 2: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS
 DE LA MUESTRA TOTAL DE CEFALEICOS
 N=50**

	PORCENTAJE	FRECUENCIA
SEXO	100%	50
	FEMENINO	
EDAD PROMEDIO	31.6 (17-57 AÑOS)	
ESTADO CIVIL		
Casadas	72%	36
Solteras	20%	10
Otros	8%	4
ESCOLARIDAD		
Primaria	50%	25
Medio Superior	24%	12
Superior	6%	3
Otros	20%	10
OCUPACION		
Hogar	76%	38
Estudiantes	10%	5
Otros	14%	7
(Profesionistas o Comerciantes)		

TABLA 3: CORRELACIONES OBTENIDAS EN EL GRUPO DE CEFALEA TENSIONAL

DEA	PRIMERAS	SEMANA			CUARTA			SEMANA			PROMEDIO DE LAS SEMANAS		
		FREC	DUR	INT	FREC	DUR	INT	FREC	DUR	INT	FREC	DUR	INT
1	RS	-0.436	-0.6	-0.023	-0.15	-0.412	0.132	-0.428	-0.552	-0.552	-0.552		
	FC	-1.541	-2.598	-0.979	-0.412	-1.567	0.431	-1.59	-2.231	-0.615			
		NS	P<0.05	NS	NS	NS	NS	NS	NS	P<0.05	NS		
2	RS	0.23	0.033	0.119	0.271	0.135	0.205	0.431	-0.037	0.124			
	FC	0.922	0.137	0.414	0.376	0.336	0.732	1.537	-0.129	0.438			
		NS											
3	RS	-0.127	0.114	0.435	0.137	0.155	0.501	0.275	0.116	0.427			
	FC	-0.445	0.569	1.674	0.48	0.667	2.162	0.271	0.456	1.633			
		NS	NS	NS	NS	NS	P<0.05	NS	NS	NS			
4	RS	0.025	-0.015	-0.013	0.602	0.28	0.019	0.321	0.021	-0.14			
	FC	0.689	-0.055	-0.043	2.617	1.013	0.035	1.175	0.211	-0.43			
		NS	NS	NS	P<0.05	NS	NS	NS	NS	NS			
5	RS	-0.047	0.124	-0.026	0.194	0.291	0.225	0.239	0.145	0.036			
	FC	-0.164	0.453	-0.091	0.667	1.423	1.195	0.93	0.513	0.333			
		NS											
6	RS	0.34	0.171	0.275	0.27	0.346	0.144	0.443	0.221	0.259			
	FC	1.255	0.602	0.934	0.972	1.273	0.573	1.711	0.533	0.212			
		NS											
7	RS	0.614	0.073	0.153	0.324	0.141	0.385	0.54	-0.027	0.487			
	FC	2.697	0.255	0.591	0.797	0.456	1.413	0.233	-0.038	1.63			
		P<0.05	NS	NS	NS	NS	NS	P<0.05	NS	NS			
8	RS	-0.273	-0.501	0.017	-0.024	-0.031	0.411	-0.331	-0.245	0.213			
	FC	-1.002	-2.474	0.053	-0.323	-0.11	1.551	-1.462	-0.557	0.247			
		NS	P<0.05	NS									
9	RS	-0.215	0.013	0.183	-0.282	-0.094	0.016	-0.325	0.195	0.059			
	FC	-0.764	0.645	0.647	-0.547	-0.015	0.057	-1.191	0.651	0.034			
		NS											
10	RS	0.17	0.224	0.376	-0.056	-0.028	-0.007	-0.175	-0.241	0.213			
	FC	0.594	0.796	1.404	-0.135	-0.271	-0.026	-0.616	-0.145	0.045			
		NS											

RS= COEFICIENTE DE CORRELACION

FC= FACTOR DE CORRECCION

TABLA 4: CORRELACIONES OBTENIDAS EN EL GRUPO DE MIGRAÑA

IDEA		PRIMERA		SEMANA		CUARTA		SEMANA		PROMEDIO DE LAS SEMANAS	
		FREC.	DUR.	INT.	FREC.	DUR.	INT.	FREC.	DUR.	INT.	
1	RS	0.26	0.293	0.202	-0.095	-0.091	-0.113	0.01	0.076	0.008	
	FC	1.112	1.265	0.851	-0.394	-0.378	-0.471	0.041	0.317	0.036	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
2	RS	0	0.199	0.432	-0.051	0.039	0.141	0.116	0.326	0.492	
	FC	-0.003	0.839	2.11	-0.211	0.161	0.588	0.482	1.425	2.333	
		N.S	N.S	P<0.05	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	P<0.05	
3	RS	0.031	0.275	0.108	0.157	0	-0.094	0.219	0.393	0.119	
	FC	0.13	1.179	0.449	0.655	0	-0.392	0.924	1.764	0.495	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
4	RS	-0.111	0.214	0.004	0.35	0.328	-0.102	0.112	0.293	0.158	
	FC	-0.462	0.903	0.019	1.545	1.431	-0.425	0.467	1.265	0.661	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
5	RS	0.14	0.053	0.256	-0.099	-0.099	0.032	0.045	-0.066	0.082	
	FC	0.586	0.219	1.067	-0.368	-0.412	0.133	0.186	-0.273	0.339	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
6	RS	0.38	0.39	0.282	0.25	0.236	0.109	0.323	0.186	0.342	
	FC	1.695	0.164	1.216	1.068	1.005	0.452	1.41	0.78	1.503	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
7	RS	-0.111	0.101	0.186	-0.252	-0.146	0.164	-0.331	-0.036	0.275	
	FC	-0.463	0.421	0.78	-1.076	-0.608	0.605	-1.449	-0.148	1.179	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
8	RS	-0.016	0.131	-0.021	0.192	0.149	-0.039	0.118	0.129	-0.070	
	FC	-0.068	0.545	-0.086	0.808	0.621	-0.162	0.491	0.537	-0.326	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
9	RS	-0.205	0.133	0.076	0.065	-0.052	0.296	0.082	0.237	-0.032	
	FC	-0.864	0.555	0.314	0.27	-0.214	-1.281	0.342	1.008	-0.134	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	
10	RS	-0.145	-0.117	-0.064	-0.039	-0.316	-0.177	-0.067	-0.13	-0.118	
	FC	-0.605	-0.486	-0.264	-0.162	-1.373	-0.742	-0.279	-0.543	-0.49	
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	

RS= COEFICIENTE DE CORRELACION

FC= FACTOR DE CORRECCION

TABLA 5: CORRELACIONES OBTENIDAS EN EL GRUPO DE CEFALEA MIXTA

CEA	PRIMERA SEMANA			CUARTA SEMANA			PROMEDIO DE LAS SEMANAS			
	FRECUENCIA	DURACION	INTENSIDAD	FRECUENCIA	DURACION	INTENSIDAD	FRECUENCIA	DURACION	INTENSIDAD	
1	RS	0.345	-0.238	-0.246	0.132	-0.35	-0.076	0.135	-0.583	-0.133
	FC	1.417	-3.131	-0.987	0.514	-1.436	-0.237	0.731	-2.761	-0.735
		N.S	P<0.05	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
2	RS	-0.003	0.03	-0.15	0.369	0.269	0.324	0.187	0.091	0.265
	FC	-0.035	0.395	-0.598	1.073	1.061	1.327	0.733	0.33	0.214
3	RS	0.637	0.046	0.195	0.223	0.457	0.322	1.133	0.505	0.591
	FC	0.149	0.32	0.729	0.888	1.993	1.602	0.747	2.272	1.501
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	P<0.05	N.S
4	RS	-0.025	0.139	-0.025	0.235	-0.02	-0.019	0.062	-0.035	-0.107
	FC	-0.057	0.543	-0.097	0.937	-0.078	-0.075	0.242	-0.142	-0.415
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
5	RS	0.303	-0.101	0.13	-0.184	0.015	0.265	0.287	-0.031	0.004
	FC	1.261	-0.533	0.749	-0.722	0.051	1.033	1.051	-0.397	0.012
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
6	RS	0.134	0.304	0.07	0.295	0.33	0.45	0.246	0.285	0.455
	FC	0.526	1.238	0.273	1.197	1.59	1.953	0.936	1.154	2.133
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	P<0.05
7	RS	0.375	-0.093	-0.059	0.157	0.004	0.027	0.221	0.069	0.156
	FC	1.57	-0.362	-0.23	0.615	0.016	0.104	0.878	0.254	0.512
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
8	RS	-0.131	-0.143	-0.248	-0.434	-0.233	-0.227	-0.346	-0.284	-0.222
	FC	-0.512	-0.561	-0.934	-1.866	-0.929	-0.364	-1.44	-1.147	-0.563
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
9	RS	0.131	-0.029	-0.023	-0.005	-0.151	-0.168	0.091	0.055	0.042
	FC	0.514	-0.113	-0.111	-0.03	-0.563	-0.66	0.395	0.252	0.165
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
10	RS	-0.109	0.002	-0.01	0.124	0.112	0.072	0.043	-0.095	0.051
	FC	-0.424	0.603	-0.04	0.403	0.451	0.235	0.15	-0.021	0.24
		N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S

RS= COEFICIENTE DE CORRELACION

FC= FACTOR DE CORRECCION

TABLA 8: CORRELACIONES OBTENIDAS EN LA MUESTRA TOTAL DE CEFALÉICOS

IDEA	PRIMERA FRECUENCIA	DURACION	SEMANA INTENSIDAD	CUARTA FRECUENCIA	COEFICIENTE	SEMANA INTENSIDAD	PROMEDIO FRECUENCIA	DE LAS DURACION	SEMANAS INTENSIDAD
1	RS -0.04	-0.202	-0.015	-0.117	-0.151	-0.534	-0.474	-0.274	-0.125
	FC -0.277	-1.428	-3.103	-0.602	-1.058	-0.654	-3.729	-1.973	-0.731
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	P<0.05	P<0.05	N.S.
2	RS 0.205	0.207	0.172	0.203	0.154	0.214	-0.142	0.143	0.153
	FC 1.451	1.465	1.203	1.436	1.073	1.517	-0.333	1.735	2.496
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	P<0.05
3	RS -0.022	0.263	0.161	0.007	0.126	0.117	0.1	0.117	0.245
	FC 1.461	1.438	1.11	0.049	0.679	0.816	0.638	0.816	1.274
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
4	RS -0.028	0.105	0.041	0.262	0.17	0.433	0.055	0.132	-0.15
	FC -0.178	0.755	0.284	2.056	1.195	1.525	0.473	1.355	-0.551
	N.S.	N.S.	N.S.	P<0.05	N.S.	P<0.05	N.S.	N.S.	N.S.
5	RS 0.154	0.092	0.124	0.043	0.056	0.154	0.154	0.13	0.116
	FC 1.08	0.64	0.655	0.258	0.452	1.079	1.079	0.536	0.679
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
6	RS 0.238	0.107	0.166	0.173	0.241	0.165	0.151	0.216	0.257
	FC 1.638	0.745	0.809	1.217	1.221	1.167	1.275	1.532	1.984
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	P<0.05
7	RS 0.095	0.176	0.166	0.066	-0.072	0.138	0.015	0.04	0.253
	FC 0.551	1.239	1.167	-0.458	-0.5	0.965	0.104	0.227	1.11
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
8	RS -0.24	-0.241	-0.106	-0.24	-0.217	-0.055	-0.03	-0.135	-0.111
	FC -1.713	-1.721	-0.752	-1.713	-1.54	-0.663	0.207	-2.059	-1.574
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	P<0.05	N.S.
9	RS -0.225	0.044	0.018	-0.135	-0.092	-0.136	-0.029	-0.05	0.042
	FC -1.6	0.305	0.125	-0.944	-0.57	-0.946	-0.2	-0.415	0.292
	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
10	RS -0.01	0.124	0.463	0.25	-0.267	0.23	-0.03	0.043	0.002
	FC -0.069	0.655	3.618	1.783	-1.92	2.1	-0.288	0.258	0.013
	N.S.	N.S.	P<0.05	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

RS= COEFICIENTE DE CORRELACION FC= FACTOR DE CORRECCION

ANEXO 1

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 aquél número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

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

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

- | | |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben | 1 2 3 4 5 |
| 2. Odio fracasar en algo | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancias | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo | 1 2 3 4 5 |
| 9. " El que nace para 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 malvadas 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 decisiones importantes 1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado 1 2 3 4 5
20. No hay solución 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 mejores que yo 1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados 1 2 3 4 5
24. Las cosas deberían ser mejores de como son 1 2 3 4 5
25. Yo causo mis propios estados de ánimo 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 afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro 1 2 3 4 5
30. Para vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida 1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén 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 sí mismas 1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso 1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo 1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo 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 mío 1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener éxito 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 está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así 1 2 3 4 5

46. No puedo tolerar el 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 agrueba o desaprueba la gente	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores	1 2 3 4 5
73. Es injusto que "nacen 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 irresponsabilidad | 1 2 3 4 5 |
| 85. Nunca hay razón para permanecer acojonado por mucho tiempo | 1 2 3 4 5 |
| 86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica | 1 2 3 4 5 |
| 87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer | 1 2 3 4 5 |
| 88. Me disgusta tener que depender de alguien | 1 2 3 4 5 |
| 89. En el fondo, la gente nunca cambia | 1 2 3 4 5 |
| 90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta | 1 2 3 4 5 |
| 91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico | 1 2 3 4 5 |
| 92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien | 1 2 3 4 5 |
| 93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo | 1 2 3 4 5 |
| 94. A veces me trastornan los errores de otros | 1 2 3 4 5 |
| 95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo | 1 2 3 4 5 |
| 96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro | 1 2 3 4 5 |
| 97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte | 1 2 3 4 5 |
| 98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar | 1 2 3 4 5 |
| 99. Yo no miro al pasado con remordimientos | 1 2 3 4 5 |
| 100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias | 1 2 3 4 5 |

3

TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CABEZA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION Y DE RETROALIMENTACION BIOLOGICA
REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS SEMANALES

ANEXO 2

SEMANA	FREC.	DURAC.	I.M.	INDICE	R ¹ FIS.(1)	R ¹ FIS.(2)	T.A.	PULSO
1								
Del al								
2								
Del al								
3								
Del al								
4								
Del al								
5								
Del al								
6								
Del al								
7								
Del al								
8								
Del al								
9								
Del al								
10								
Del al								
11								
Del al								
12								
Del al								

Grupo: _____

Paciente: _____

Dx: _____

Terap.: _____

.....

Abreviaturas:

I.M.= Intensidad
Máxima

T.A.= Tensión Arterial

Dx= Diagnóstico

R¹ FIS.(1)= Respuesta Fisiológica entrenada.

R¹ FIS.(2)= Respuesta Fisiológica de observación.

ATENCIÓN: 1)Hacer alguna marca que permita distinguir las semanas correspondientes al periodo de LB del de TRATAMIENTO; 2)En los datos de R¹ FIS. (1) y(2) anotar las unidades (mv o °F); 3)En la sección correspondiente anotar cualquier comentario, observación o aclaración pertinente, indicando la fecha de la nota.

REGISTRO DIARIO DE CEFALIA POR PACIENTE

NOMBRE: _____ CLAVE: _____ CENAFELIA: _____
 FASE: _____

Fecha		Día	Hora
Hora			
A.M	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
P.M	12		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		
	11		
P.M	12		
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
Indice			

ANEXO 3

