

16
2ES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
CARRERA DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"
SERVICIO SOCIAL
PSICOLOGIA

MODOS DE AFRONTAMIENTO EN SUJETOS QUE
PADECEN CEFALEA CRONICA

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. EUGENIA PLATA MUÑOZ

U N A M
ZARAGOZA



LO HUMANO
ES
DE NUESTRA REFLEXION

ASESOR: LIC. MARIO E. ROJAS RUSSELL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DICIEMBRE, 1993



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.

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCION | 1 |
| I. AFRONTAMIENTO | 11 |
| La teoría del estrés de R. Lazarus | 16 |
| Aspectos personales relacionados a la evaluación cognitiva. | 19 |
| Afrontamiento. | 22 |
| II. CEFALEA CRONICA. | 29 |
| Datos Epidemiológicos | 29 |
| Clasificación del dolor de cabeza crónico. | 32 |
| Características de personalidad. | 33 |
| Estrategias de afrontamiento. | 37 |
| III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION. | 41 |
| Delegación Polftica | 41 |
| Comunicaciones y Transporte | 41 |
| Datos demográficos | 41 |
| Tipo de vivienda | 43 |
| Educación | 43 |
| Sector Salud | 43 |
| HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC DR. JOSE MA. RODRIGUEZ. | 45 |
| Antecedentes | 45 |
| Funciones | 45 |
| Servicios que presta a la comunidad | 45 |
| Estructura Orgánica | 46 |
| IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS | 48 |
| SERVICIO SOCIAL | 48 |
| Programa Psicología de la Salud | 48 |
| Evaluación | 48 |
| Tratamiento | 50 |
| Seguimiento | 51 |
| Número de casos atendidos. | 52 |
| Otras funciones. | 52 |
| Educación | 52 |
| INVESTIGACION | 53 |
| Planteamiento del Problema | 53 |
| Objetivo general | 53 |
| Objetivos particulares | 54 |
| Hipótesis | 54 |
| METODO | 55 |
| Sujetos | 55 |
| Diseño | 55 |
| Instrumentos | 56 |
| Escenario | 57 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Procedimiento | 58 |
| RESULTADOS | 59 |
| V. DISCUSION. | 67 |
| REFERENCIAS | 74 |
| ANEXOS | 80 |

**MODOS DE AFRONTAMIENTO EN SUJETOS QUE PADECEN
CEFALEA CRONICA**

Ma. Eugenia Plata Muñoz

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
U.N.A.M.**

Asesor: Lic. Mario E. Rojas Russell

RESUMEN

El presente estudio comparó las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales mediante el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Rosenstiel y Keefe (1983) en un grupo de individuos con cefalea crónica que nunca habían solicitado atención profesional para su dolor (G1) y otro grupo con el mismo padecimiento que ya lo había hecho (G2). Además, se observó la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la cronicidad y severidad de la cefalea. Los resultados mostraron diferencias significativas en la ingesta de medicamento, la conducta de darse un baño, el sentirse decaído y la percepción de control del dolor. Un análisis de correlación reportó relaciones significativas entre algunas estrategias de afrontamiento y los parámetros de dolor. Se discuten las implicaciones de estos resultados y la importancia de los aspectos cognitivos en la percepción de dolor.

INTRODUCCION

En los últimos años la relación entre la Psicología y las ciencias de la salud se ha vuelto más estrecha a medida que no sólo se enfatizan los aspectos relacionados con la salud mental, sino también, se ha empezado a prestar mayor atención a factores conductuales, de manera que lo que se percibe como enfermedad, en buena parte surge del comportamiento de las personas más que de agentes patógenos biológicos (Holtzman, Evans, Kennedy, e Iscoe, 1988).

Así, la salud y la enfermedad se explican por una confluencia de factores biológicos, medioambientales y psicosociales (Krantz, Grunberg, y Baum, 1985). Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares no son una consecuencia inevitable de la edad y de los factores genéticos, a ellos se suman, las variables conductuales como el fumar demasiado, la obesidad, la negligencia en la búsqueda de atención médica, así como los estilos de vida de gran estrés.

Todos los individuos están expuestos continuamente al estrés lo cual puede afectar la homeostasis de un organismo. La palabra estrés es un término actualmente conocido por todos, ha pasado a formar parte de un lenguaje coloquial que generalmente es utilizado como un estado afectivo, como estar angustiado, tenso o desesperado, sin embargo, el común de la gente poco conoce acerca de su significado real y de sus consecuencias para la salud.

Wolfgang (1985), define el término estrés como cualquier cambio bioquímico o fisiológico en respuesta a un evento estresante; mientras que Maes, Vingerhoets y Van Heck (1987) se refieren

al estrés como una condición de desequilibrio en un sujeto dado, determinado por una disparidad real o percibida, entre las demandas del ambiente y las habilidades y recursos de afrontamiento del sujeto frente a éstas demandas. Si la respuesta al estrés es severa y de larga duración, son muchas las consecuencias patológicas que podrían ocurrir incluyendo úlceras, enfermedades cardiovasculares, dolor de cabeza, de espalda y muchas otras más.

Es importante considerar que los eventos del medioambiente no son igualmente estresantes para todos los individuos y que no todos los individuos expuestos a los mismos eventos estresantes desarrollan consecuencias patológicas; el que un evento sea o no estresante y que, siéndolo, aumente la probabilidad de enfermedad parece depender del individuo en particular, es decir, el que un sujeto experimente estrés no es debido al evento por sí solo, sino a como el sujeto está percibiendo tal evento, como evalúa y trata con éste, involucrando así, una amplia gama de mecanismos de afrontamiento.

Estos mecanismos de afrontamiento son de gran importancia debido a que parecen tener alguna relación con el dolor crónico (Crisson y Keefe, 1988; Fernández, 1986; Holmes y Stevenson, 1990, Keefe, Crisson, Urban y Williams, 1990; Keefe y Williams, 1990).

Aún se sabe poco acerca de la naturaleza y tipos de repertorios de afrontamiento que la gente utiliza y aún menos de la relativa efectividad de las diferentes maneras de afrontamiento ante algún evento estresante, sin embargo, durante los últimos años el

afrontamiento ha adquirido una variedad de significados conceptuales, siendo común utilizarlos intercambiabilmente con conceptos tales como dominio, defensa y adaptación.

Antes de examinar dolor crónico y su relación con el concepto de afrontamiento, es pertinente mencionar algunos aspectos acerca de éste.

Miller, (1980) menciona que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de activación mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva; el modelo psicoanalítico, define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto, reducen el estrés (Lazarus, y Folkman, 1986).

Por otra parte, Lazarus (1986) se refiere al afrontamiento como cualquier cosa que el individuo haga o piense frente a las situaciones que percibe como amenazantes, independientemente de los resultados que con ello obtenga; siendo un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos utilizará principalmente estrategias defensivas dirigidas a controlar la emoción experimentada, como por ejemplo, la evitación, minimización o distanciamiento; mientras que para otras situaciones echará mano de modos de afrontamiento dirigidos a solucionar el problema, a la búsqueda de soluciones alternativas considerándolas en base a su costo-beneficio, elección y a su aplicación.

Archer (1974) y Brown (1987) proponen que el afrontamiento sigue una serie de etapas que inicia con la respuesta de enfado y la creciente motivación del sujeto para vencer los obstáculos que lo amenazan hasta la disminución de la motivación cuando tales esfuerzos fracasan aumentando la pasividad y la depresión (Klinger, 1977; Wortman, 1975). Las estrategias de afrontamiento también han sido categorizadas como de tipo pasivo o activo, maladaptativas o adaptativas. Wong y Reker (1983), subdividen el proceso de afrontamiento dentro de tres etapas: una evaluación primaria la cual involucra una estimación del estresor, una evaluación secundaria que consiste en la evaluación de las estrategias de afrontamiento disponibles y por último, el estado actual del afrontamiento que se refiere a utilizar la estrategia apropiada para dominar la situación estresante.

El proceso de afrontamiento parece fácil de analizar si damos por hecho que el individuo tiene la capacidad de evaluar, estimar y seleccionar su estrategia de afrontamiento, y además, puede reportar con exactitud como lo está afrontando. Sin embargo, las características del estresor (circunstancias, descripción), los eventos medioambientales y las características de personalidad afectan directamente el proceso de afrontamiento haciendo más complejo su análisis.

Silver y Wortman (1983) mencionan que no hay estados sistemáticos en adaptación al estrés, ni hay alguna estrategia de afrontamiento que sea uniformemente efectiva. Se ha encontrado que las

variables sociodemográficas como el sexo, educación y estatus socioeconómico están relacionadas a la utilización de estrategias de afrontamiento en situaciones particulares (Westbrook, 1979).

De lo expuesto anteriormente, se concluye que los resultados sobre afrontamiento no son determinantes debido principalmente a las inconsistencias en la terminología y en las dificultades para conceptualizar el proceso de afrontamiento (Fernández, 1986). Sin embargo, conceptualmente parece que el afrontamiento es multidimensional, cambia durante el tiempo y a través de los contextos, es influenciado por las características del estresor, las características personales y medioambientales.

En el análisis del estrés, el afrontamiento y la salud, se ha considerado una cuestión esencial. La que se refiere a la suposición de que las evaluaciones de daño, amenaza y desafío se ven acompañadas de estados emocionales de todas clases e intensidades, como por ejemplo, la irritabilidad, la ansiedad, el miedo o la tristeza. Estas respuestas emocionales cambian radicalmente dependiendo de cómo el individuo está percibiendo su dolor, y sobre todo, del tipo de dolor que se trate. En los individuos que padecen de un dolor agudo, se presenta una respuesta de ansiedad que no dura más allá del tiempo en que el dolor desaparece (Sternbach, 1986). Por lo general, este dolor agudo está relacionado con una causa bien definida que se ataca rápidamente, es de corta duración, y lo que es más importante, desaparece una vez que el paciente se reestablece. Sin embargo, esto no sucede con los individuos que

padecen de un dolor crónico, es decir, un dolor de más de seis meses de permanencia en el cual los tratamientos médicos convencionales han resultado ineficaces. El individuo con dolor crónico percibe su pobre control sobre el dolor, el fracaso de los recursos terapéuticos profesionales, así como la severidad de su dolor; todo ello, contribuye de alguna manera, a la presencia de múltiples conductas patógenas al enfrentar el dolor, por ejemplo, el abuso en el uso de fármacos, el exceso de reposo reduciendo su nivel de actividad física, las frecuentes alteraciones del estado de ánimo y el aislamiento que interfieren con relaciones interpersonales adecuadas. De manera que éstas formas de enfrentarse con el dolor podrían llegar a convertirse en el factor principal que mantiene al dolor, exacerbando las reacciones neuroquímicas al estrés (Blanchard y Andrasik, 1989).

Se observa así, un proceso cíclico, en donde el percibir situaciones como estresantes en forma continua y de gran duración podría resultar en consecuencias patológicas, como por ejemplo, un dolor de cabeza (Blanchard y Andrasik, 1989), cuando este trastorno prevalece durante el tiempo, el modo de afrontarlo va a incidir de manera importante sobre la vigencia del padecimiento.

La literatura sobre afrontamiento y dolor se ha enfocado sobre todo en estudios de intervención clínica, que se dirigen fundamentalmente a la provisión de información tanto para conocer los repertorios de afrontamiento utilizados por los individuos con dolor como al desarrollo de entrenamientos en el uso de estrategias

de afrontamiento cognitivas y conductuales efectivas para el paciente.

Debido a los diferentes significados, es necesario especificar el concepto de afrontamiento que se utilizará de acuerdo a los propósitos de la presente investigación: por afrontamiento nos referiremos a la serie de pensamientos y conductas que la gente utiliza frente a su dolor o sus reacciones emocionales al dolor, así como para reducir la activación emocional (Rosenstiel, y Keefe, 1983).

Rosenstiel y Keefe (1983) trabajando con pacientes que padecen de dolor crónico de espalda baja (lumbalgia) han observado que comúnmente los pacientes tienden a utilizar estrategias de afrontamiento para su dolor, tales como, ignorarlo, catastrofizar o utilizar autodeclaraciones de afrontamiento ("me digo a mí mismo que puedo superar el dolor" o me digo a mí mismo que el dolor no me daña"), ésto, les llevó a desarrollar un cuestionario de estrategias de afrontamiento para el dolor que consiste de 6 categorías de afrontamiento cognitivo y una de afrontamiento conductual: 1) Cambiar el foco de atención hacia pensamientos agradables, 2) reinterpretar las sensaciones de dolor, 3) ignorar las sensaciones de dolor, 4) autodeclaraciones de afrontamiento, 5) orar y tener esperanza, 6) catastrofizar y 7) incrementar el nivel de actividad.

Diversos estudios han utilizado el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Rosenstiel y Keefe observándose resultados importantes en cuanto a la relación existente entre tales estrate-

gias y el dolor crónico. Por ejemplo, se ha encontrado, que los sujetos que reportan índices de dolor más elevados, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento en la categoría de catastrofización (Crisson, y Keefe, 1988; Keefe, Brown, Wallston, y Caldwell, 1989; Keefe, y Williams, 1990; Turner, y Clancy, 1986). Se cree que las estrategias de afrontamiento cambian debido a la severidad y al tiempo en que los pacientes han padecido el dolor, Keefe y Brown (1980) mencionan que en cuanto el dolor pasa de agudo a crónico, las percepciones de habilidad para controlar el dolor cambian; tales aseveraciones se ven respaldadas por estudios como el de Holmes y Stevenson (1990) quienes encontraron que los pacientes con dolor de inicio reciente muestran mayor adaptación (menor severidad del dolor, niveles más bajos de ansiedad, depresión y de evaluaciones de somatización) cuando emplearon estrategias de evitación más que de atención al dolor; mientras que los sujetos con dolor crónico que utilizan estrategias de atención al dolor demuestran mayor adaptación que los sujetos que utilizan la evitación. Estlander (1989) realizó un estudio con pacientes con dolor crónico y observó que los sujetos con dolor leve utilizaban estrategias de afrontamiento dirigidas a ignorar el dolor, autodeclaraciones de afrontamiento y de dirigir la atención hacia pensamientos agradables; los sujetos que evaluaban su dolor como severo, incrementaban sus conductas de dolor, sus autodeclaraciones de afrontamiento, catastrofizaban y presentaban cogniciones de esperanza y oración (Estlander y

Harkapaa, 1989; Gil, Williams, Keefe y Beckham, 1990; Keefe, Caldwell, Queen, Gil, Martinez, Crisson y Ogden, 1987).

Aunque el cuestionario de estrategias de afrontamiento ha sido utilizado con diversas muestras de pacientes con dolor crónico (Estlander y Harkapaa, 1989; Gross, 1986; Keefe, Crisson y Williams, 1990; Lawsow, Reesor, y Turner, 1990) no hay evidencia de que sea utilizado frecuentemente en pacientes con dolor de cabeza crónico. Sin embargo, existe un estudio realizado por Mizener, Thomas y Billings (1988) en el cual reportan un uso más frecuente de catastrofización, de orar, incrementar conductas de dolor y autodeclaraciones de afrontamiento en pacientes con dolor de cabeza crónico. Philips (1989) reporta que los sujetos que tienen cogniciones dirigidas hacia conductas de evitación, pasividad y de pobre control sobre el dolor, presentan dolor continuo e intenso. En un estudio con pacientes cefaléicos mexicanos realizado por Rojas y Figueroa (1991) encontraron que un porcentaje significativo de ellos presentan conductas de evitación (dejar de hacer sus actividades e irse a descansar) y de ingesta de medicamento ante su dolor.

Por otra parte, se ha observado que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento reduce la experiencia de dolor en pacientes con dolor de cabeza crónico (Anderson, Lawrence y Olson, 1981; Labrador y De La Puente, 1988; Romano, Turner, Syrjala y Lerg, 1983; Turner, 1982; Vallejo y Labrador, 1983). Sin embargo, los resultados de dichos trabajos son de sujetos que solicitan la

atención y el servicio profesional para su dolor, lo cual representa un número significativamente pequeño considerando la gran cantidad de sujetos que padecen de dolor de cabeza; tan sólo en Inglaterra en el año de 1970 se estimaba que 4 de 5 personas sufrían de dolor de cabeza por lo menos una vez al año (Waters, 1970), mientras que en Estados Unidos se estimaba en 42 millones para 1980 (Adams, Feuerstein y Fowler, 1980). En México no existen datos precisos de incidencia y prevalencia del dolor de cabeza crónico, no obstante, Rosas y Otero (1984) calculan que el 10% de la población padece de dolor de cabeza crónico del cual sólo muy pocos han solicitado ayuda para su tratamiento; por lo anterior, se desconoce en qué puedan variar las estrategias de afrontamiento de los sujetos que no solicitan ayuda profesional de los que si lo hacen; de esta forma, surge el interés del presente trabajo.

1. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es parte de todo un proceso, se relaciona y se explica a partir de diversas variables que incluyen la evaluación cognitiva del sujeto, recursos psicológicos, situaciones medioambientales, pero sobre todo, se explica a través de lo que se denomina estrés. Para poder entender este proceso se hace necesario iniciar con un breve análisis de éste.

El estrés en las diferentes disciplinas así como dentro del campo de la psicología es un concepto que ha sido utilizado de múltiples maneras, observándose que la terminología para definirlo es caótica.

Ya en 1983 en una revisión llevada a cabo por Roskies sobre la literatura existente que habla de estrés, menciona que éste se ha convertido en un símbolo que sirve para explicar gran parte de lo que nos aflige en el mundo actual, siendo invocado para explicar circunstancias tan diversas como puede ser moderarse las uñas, fumar, cometer un asesinato, así como también, el inicio de enfermedades. Desde una perspectiva antropológica, se puede afirmar que el estrés tiene en la sociedad moderna la misma misión que tuvieron los fantasmas y los espíritus en la antigüedad: dar sentido a diversos infortunios y enfermedades, que de otro modo, pasarían a ser simples hechos fortuitos.

Este punto de vista no es innovador ya que ha sido considerado por otros investigadores muchos años antes. Por ejemplo, Cofer y Appley (1964) mencionan que el estrés se ha apropiado de un campo previamente compartido por varios conceptos incluyendo en ello la

ansiedad, los conflictos, la frustración, los trastornos emocionales, los traumas, etc. Es como si cada investigador que estaba trabajando con un concepto que consideraba relacionado, sustituyera la palabra estrés y continuara en su misma línea de investigación.

Al intentar estructurar los inicios y el crecimiento del concepto estrés a través del tiempo, es sorprendente reconocer ya su uso en el s. XIV entendiéndose por éste, dureza, tensión, adversidad o aflicción. Hocke en el s. XVIII la utilizó en el contexto de la física: load es definida como una fuerza externa y el término stress hace referencia a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load) que tiende a distorsionarlo. Strain era la deformación sufrida por el objeto. Strain y stress son términos que persistieron en la medicina del s. XIV considerándolos como antecedentes de la pérdida de salud (Lazarus y Folkman, 1986).

En el campo de la medicina las versiones de estrés se apoyaron en la idea de que el organismo era un sistema encargado de mantener el equilibrio interno u homeostasis, mediante mecanismos de feedback, el estrés era entendido como una perturbación de dicho equilibrio ante situaciones de frío, falta de oxígeno, descenso de la glucemia, etc. Hans Selye (1976) concibió el término estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, el estrés no sólo era una demanda ambiental, sino un grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

El estrés fue entendido como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en sus causas, ya que cualquier estímulo (externo o interno) podía promoverla, además, tales estímulos eran amenazadores para el organismo, pero no estaba claro si lo eran también para el individuo, ya que éste podría no darse cuenta de agresiones somáticas con poder estresante (por ejemplo, el inicio de una enfermedad). Así, el estrés se ha concebido como una respuesta restauradora de la homeostasis, de manera que podría hablarse de adaptación pasiva, en el sentido de que se trata de un automatismo biológico en el que no siempre es necesaria la participación (acción) del individuo.

En 1966 Lazarus sugiere que el estrés sea entendido como un concepto organizador utilizado para entender una gama de fenómenos de fundamental importancia en la adaptación humana y animal, de forma que el estrés no sea considerado como una variable sino como una rúbrica de diversas variables y procesos.

El estrés ha sido considerado por los psicólogos algunas veces como estímulos y, otras tantas, como respuesta. La definición más frecuentemente utilizada es la que se refiere al estrés como un estímulo; esta consideración acepta que ciertas situaciones son estresantes de manera universal, pero no tiene en cuenta las características individuales en la evaluación de tales situaciones. Las definiciones que conciben el estrés como respuesta son las que predominan en biología y medicina que ven el estrés como una respuesta, hacen referencia al estrés hablando del individuo como

dispuesto a reaccionar al estrés, como de alguien que está bajo estrés. Al concebir al estrés a través de la respuesta que genera, no se dispone de un modo sistemático de identificar prospectivamente aquello que resulta estresante de lo que no lo es: se tiene que esperar la respuesta. Así una diversidad de respuestas pueden considerarse como indicativas de estrés no siéndolo. La respuesta no puede juzgarse como reacción psicológica al estrés sin hacer referencia al estímulo que la ha originado (Folkman y Lazarus, 1980).

Los estímulos considerados como generadores de estrés son aquellos acontecimientos a los que el individuo se enfrenta.

Lazarus y Cohen (1977) clasifican los acontecimientos en los siguientes: a) cambios mayores (un desastre natural por ejemplo, que afecta a un gran número de personas); b) cambios mayores que afectan sólo a pocos individuos y, c) las contrariedades diarias que se refieren a los acontecimientos que experimentamos que pueden perturbarnos o irritarnos (Folkman y Lazarus, 1986).

Otra forma de clasificar los estímulos es la propuesta por Elliot y Eisdosfer en 1982 quienes los dividen en estímulos estresantes agudos, como por ejemplo, lanzarse de un paracaídas; secuencias estresantes o series de acontecimientos que ocurren durante un periodo prolongado de tiempo como resultado de un acontecimiento desencadenante, por ejemplo, la pérdida de un ser querido o de empleo; estresantes crónicos intermitentes tales como

conflictos familiares, problemas sexuales; por último, los estresantes crónicos como por ejemplo, incapacidades permanentes.

La vulnerabilidad a tales estímulos no es igual en todos los individuos, aquí existe un aspecto primordial a tener en cuenta: las diferencias individuales. La creación de una taxonomía de situaciones depende del análisis de unos patrones de respuesta al estrés, de tomar en cuenta las características del individuo las cuales confieren fuerza y significado a las situaciones que actúan como estímulo, con lo que la definición de estrés ya no queda de manera exclusiva ligada al estímulo sino que se hace relativa.

Sólo considerando los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación será posible entender las diferencias observadas en las respuesta de los individuos ante situaciones similares.

La definición propuesta por Lazarus y Folkman (1986) rescata no sólo los aspectos relacionados con los estímulos y la respuesta, sino que también toma en cuenta los aspectos cognitivos, considerándola como una definición de relaciones en donde el estrés por sí sólo no es suficiente para causar enfermedad, sino que, para que se origine una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: como por ejemplo, tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados. Para la aparición de estrés y sus consecuencias es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación

entre ellos. Lo que es estresante para un individuo en un momento dado no lo es para otro individuo. Lazarus define el estrés psicológico como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

La teoría del estrés de R. Lazarus

Aunque mucho se ha escrito sobre estrés y afrontamiento sólo Lazarus y Folkman han estructurado lo que han denominado su teoría del estrés (Lazarus y Folkman, 1980; 1984; 1986; 1988) en la que se pone de manifiesto el interés de estos autores sobre las causas generadoras de estrés en los individuos, considerándolo mediante el análisis de dos procesos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Estos autores plantean que para lograr clarificar lo que subyace en las diferencias individuales se deben considerar los procesos cognitivos que median el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación, por ello la importancia de entender qué es evaluación cognitiva.

Evaluación cognitiva. La evaluación cognitiva se refiere a el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado elicitará en un individuo, refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y

percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse.

Lazarus y Folkman (1988) consideran dos formas básicas de evaluación denominadas evaluación primaria y evaluación secundaria. De la primera distinguen tres tipos: irrelevante, benigna-positiva y estresante.

La evaluación irrelevante se refiere a cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, es decir, no implica necesidad, valor o compromiso. Las benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. En las evaluaciones estresantes se incluyen las de daño o pérdida, amenaza y desafío: se habla de daño o pérdida cuando el individuo ha experimentado ya algún perjuicio como el haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima o haber perdido a un ser querido; los acontecimientos más perjudiciales consisten en aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes. La amenaza se concibe como daños o pérdidas que todavía no suceden pero que ya se prevén. No obstante, aún cuando ya haya ocurrido, se considera igualmente amenazador el hecho de las posibles implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo. En el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo. El desafío tiene

mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento, sólo que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo. lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor.

Las evaluaciones pueden ser complejas y mixtas, no son excluyentes entre sí, siempre en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolle la situación.

La evaluación secundaria es un complejo proceso que consiste en determinar lo que puede hacerse, actuar sobre la situación cuando se percibe algo como peligroso ya sea bajo amenaza o desafío. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de que pueda hacerse algo y de lo que está en juego; de manera que en este tipo de evaluación se consideran las estrategias de afrontamiento con las que el individuo cuenta.

"Las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y de las primarias de lo que hay en juego interaccionan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y calidad de la respuesta emocional" (Lazarus y Folkman, 1986).

Otro concepto de fundamental importancia en el contexto de esta teoría es el de reevaluación. La reevaluación se considera como un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información que se adquiere del medio y/o con base en la información que se obtiene de las propias reacciones del individuo.

Es una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

Aspectos personales relacionados a la evaluación cognitiva.

La vulnerabilidad definida por Murphy y Moriarty (citado en Lazarus y Folkman, 1986) se refiere al conjunto de recursos físicos, psicológicos y sociales de los que el individuo dispone para hacer frente a las demandas adaptativas del medio. Entre los individuos con un nivel de funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos es condición necesaria, pero no suficiente, para la vulnerabilidad psicológica, tal insuficiencia sólo volverá vulnerable a un individuo si se relaciona a algo que realmente es muy importante. La vulnerabilidad psicológica no está determinada por un déficit de recursos, sino por la relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias; por ello, es de suma importancia identificar los compromisos y creencias del individuo.

Los compromisos y las creencias son factores que determinan qué es lo más importante para preservar el bienestar, de qué modo el individuo entiende la situación generando con ello reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento. Los compromisos expresan lo que es importante para el individuo, así mismo, deciden lo que se halla en juego en una determinada situación estresante. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante será evaluado como significativo en la medida en que dañen,

amenacen o faciliten la manifestación de ese comportamiento. Los compromisos deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/o conseguir determinados objetivos. La función de los compromisos consiste en acercar y alejar al individuo de las situaciones que puedan amenazarle o desafiarle, beneficiarle o dañarle. Influyen en la evaluación a través de la forma en que determinan la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación; la manera más importante en que los compromisos influyen en la evaluación es mediante su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo, esta relación tiene una naturaleza bipolar, por un lado, el potencial de una situación para ser psicológicamente dañina, amenazante o desafiante depende directamente de la intensidad con que existen compromisos establecidos, cuanto mayor sea el grado de profundidad al que se encuentra comprometido un individuo, mayor será el potencial de la situación para amenazarle o dañarle. Por otro lado, la misma intensidad del compromiso que es capaz de determinar vulnerabilidad en el individuo, puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y ayudarle a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se le presenten. Cuanto mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso.

Las creencias también intervienen en la manera en que un individuo valora lo que le sucede o va a suceder en su entorno. Frecuentemente las creencias actúan a un nivel tácito y, por ende,

podría resultar difícil observar su influencia sobre la evaluación. Aunque la mayoría de las creencias son importantes para la evaluación, las creencias que se relacionan al control personal son las que han despertado mayor interés en la investigación sobre estrés y enfermedad (Crisson y Keefe, 1988; Smith et al., 1984; Marks et al., 1986; Abramowitz, 1984).

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que ante cualquier situación estresante existen una diversidad de consecuencias que evaluar a partir de su controlabilidad. Los resultados proporcionados por diferentes estudios (p.e. Colin y Stewart, 1986; Litt, M. 1988; Crisson y Keefe, 1988) reportan que evaluar una situación como controlable reduce el estrés, sin embargo, también puede incrementar la sensación de amenaza si el ejercer control sobre la situación se opone al estilo habitual de la persona, o significa entrar en conflicto con otros compromisos u objetivos.

Las creencias de control que han recibido mayor atención por parte de los investigadores son las que hacen referencia al locus de control interno y externo. Un locus de control interno hace referencia a la creencias del individuo de que el control de cualquier situación depende de él mismo, de lo que haga o deje de hacer, mientras que un locus de control externo hace referencia a la creencia de que el control de las cosas no depende del individuo sino al destino, la suerte o a otros (Levenson, 1974; Rotter, 1966).

Crisson y Keefe (1988) realizaron un estudio con individuos que padecían dolor crónico, los hallazgos que reportan se refieren a que las personas que percibían que su dolor estaba controlado por la suerte tendían a presentar estrategias de afrontamiento maladaptativas evaluándose con poca habilidad para controlar y decrementar el dolor, también presentaron mayor depresión, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos, utilizaron estrategias de afrontamiento relacionadas a mantener la esperanza en que mejorarían, dirigir la atención a la diversión y orar.

Copp (1974), menciona que los individuos con dolor crónico que presentan un locus de control interno creen que sus propios esfuerzos afectan el curso futuro de su dolor, desarrollan y utilizan estrategias de afrontamiento activas para minimizar, tolerar y reducir su dolor.

Los compromisos y las creencias por sí mismos no son suficientes para explicar el proceso de evaluación, es necesario considerar también los factores situacionales (p.e. novedad de la situación, predictibilidad, incertidumbre, factores temporales y la ambigüedad del acontecimiento).

Afrontamiento.

El estudio del afrontamiento se ha extendido en los últimos años. Sin embargo, se sabe relativamente poco de la naturaleza y sustancia de los repertorios de afrontamiento y de su relativa eficacia. Esto se debe en gran parte a la diversidad de instrumentos de medida para evaluar el afrontamiento, el marco teórico

sobre el que se basa la conceptualización, las múltiples y diferentes poblaciones.

El afrontamiento ha tenido con el paso del tiempo y entre las diferentes corrientes diversas formas de conceptualizarse. En el modelo animal, se define como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicológica. Ursin (1980) declara que el éxito en una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con animales como en los seres humanos es lo que se llama afrontamiento. El animal va aprendiendo a afrontar la situación disminuyendo la tensión que le provoca mediante un reforzamiento positivo.

Dentro de la tradición psicodinámica, el afrontamiento se formula subordinado a la defensa como un proceso inconsciente en donde se concibe al estresor como un conflicto intrapsíquico. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente distinguen jerarquías de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

Robert R. McCrae (1984) afirma que las diferencias entre la investigación del afrontamiento dentro de la tradición psicodinámica y la investigación actual del afrontamiento reside en que a) la mayoría de los esfuerzos de afrontamiento son entendidos como una respuesta a estresores externos tales como enfermedad, divorcio, etc. A diferencia del afrontamiento como respuesta a

conflictos inconscientes; b) en la investigación actual las respuestas son consideradas estrategias conscientes y; c) la metodología.

Entre las cuestiones que han surgido se encuentra la de conocer si las respuestas de afrontamiento son determinadas por la persona, la situación o una interacción entre ambas. Así como también el interés reside en conocer la eficacia del afrontamiento: ¿existen estrategias de afrontamiento más efectivas que otras?, ¿qué tipos de gente emplea qué tipos de estrategias con qué tipos de ventaja? (Pearlin y schooler, 1978).

Como concepto, el afrontamiento se identifica comúnmente con el éxito adaptativo, especialmente en los modelos psicodinámicos, donde los fracasos o las estrategias que no son efectivas reciben el nombre de mecanismos de defensa, ésto, favorece la confusión entre el afrontamiento y sus resultados. Para poder progresar en el entendimiento de lo que ayuda o perjudica al individuo y de qué forma lo hace, se debe considerar el afrontamiento como aquellos esfuerzos encaminados a manipular las demandas del entorno, independientemente de cuáles sean los resultados. No es pertinente considerar una estrategia mejor o peor que otra. Las consideraciones sobre la funcionalidad de una estrategia debe hacerse de acuerdo al contexto en que se da. Por ejemplo, las conductas de negación pueden ser adaptativas en cierto sentido en algunas situaciones y/o en algunas fases de la misma situación.

El afrontamiento no debiera confundirse con el dominio sobre el entorno, muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso, ignorar aquello que no puede dominar.

El afrontamiento, según Lazarus, se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Para otros estudiosos, el afrontamiento se refiere a las respuestas que intentan evitar el problema o reducir la tensión emocional asociada con el evento estresante, se clasifica en intentos activos cognitivos y conductuales (Billings y Moos, 1981).

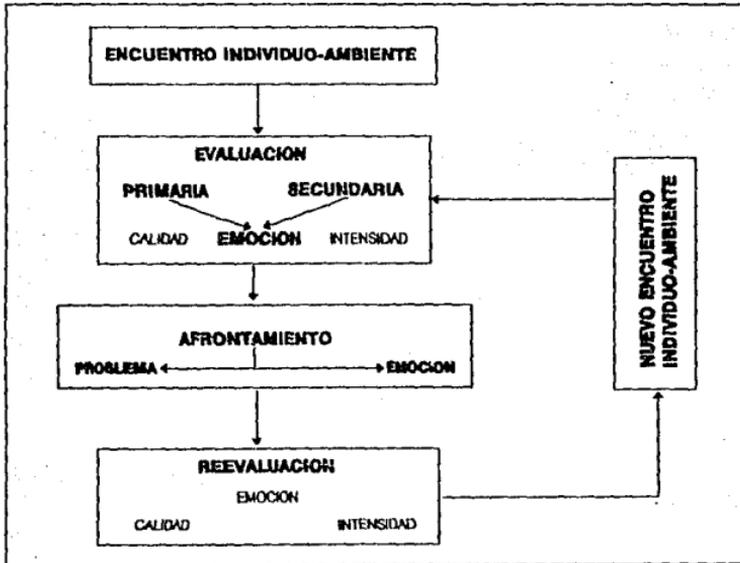
Larson et al. (1990) consideran como estrategias de afrontamiento las siguientes: a) centradas al problema, lo cual refleja conductas para solucionar el problema; b) reestructuración cognitiva o reevaluación cognitiva; c) evitación de la gente, pensamientos y/o situaciones; d) afrontamiento centrado en lo social, lo cual refleja la importancia de los recursos sociales y e) autodenigración que se refiere a autocrítica o culpa.

Pearlin y Schooler (1978) reconocen como dimensiones del afrontamiento los recursos sociales, representado por toda una red interpersonal en la cual el individuo se encuentra inmerso y de la cual obtiene un apoyo importante (p.e. familia, amigos, etc); los recursos psicológicos (autoestima, autodenigración, dominio); y por último, respuestas de afrontamiento (cogniciones y conducta).

De acuerdo al Enfoque de Estrés y Afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1980, 1984, 1986, 1988) el afrontamiento se divide en dirigido al problema y dirigido a la emoción. El afrontamiento dirigido al problema se refiere a manipular o alterar el problema, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo y en su beneficio, a su elección y aplicación. El afrontamiento dirigido a la emoción regula la respuesta emocional a que el problema da lugar. Se utiliza este tipo de afrontamiento para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor. Esta forma de afrontamiento tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro (Fig. 1).

Figura 1. Modelo de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman, 1988.



Mitchell, Cronkite y Moos (1983), sugieren que aun si el afrontamiento enfocado a la emoción ayuda a mantener un balance emocional, el no utilizar estrategias de afrontamiento enfocadas al problema, tiene implicaciones negativas para la salud mental.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1980) consideran que bajo condiciones que se perciben como fuera de control, las formas de afrontamiento enfocadas a la emoción incrementan y parecen exitosas en disminuir el estrés y los disturbios somáticos.

II. CEFALEA CRÓNICA.

El estudio sobre dolor de cabeza ha derivado en diferentes líneas de investigación:

- 1) Dolor de cabeza y su relación a cambios neuroquímicos
- 2) Estudios sobre la actividad electromiográfica y dolor de cabeza tensional
- 3) Características de personalidad de los individuos con cefalea.
- 4) Causas del dolor de cabeza como son alteraciones afectivas, fisiológicas y cambios en el estilo de vida
- 5) Efectividad de procedimientos terapéuticos
- 6) La importancia del estrés y aspectos cognitivos

Es en ésta última en donde se ubica el interés del presente trabajo.

Dentro de las pretensiones de este trabajo no se encuentran las del análisis de cada una de estas líneas de investigación. Lo que si es importante abordar de manera general y con la única finalidad de que se conozca son los aspectos relacionados a la epidemiología, clasificación, modelos hipotéticos del origen y mantenimiento de la cefalea crónica y algunas características de personalidad relacionadas al paciente con dolor de cabeza crónico.

Datos Epidemiológicos

El interés que ha suscitado la investigación en dolor de cabeza se debe en parte a la gran incidencia y prevalencia existente a nivel mundial, además de las consecuencias que conlleva para el paciente, como son, el dolor, la disminución del rendimien-

to laboral, relaciones interpersonales conflictivas, costos médicos y farmacológicos, los efectos secundarios que genera para el organismo la ingesta de medicamentos y otros más. A todo lo anterior, hay que añadir que el enfoque organicista no resultaba funcional para la mayoría de los individuos que padecen este problema. La evidencia de alteraciones orgánicas sólo han sido encontradas en el 10% de la población con cefalea (Zens, 1983).

En un estudio realizado por Waters (1970) se encontró que el 31% de los hombres y el 44% de la mujeres se quejaba de haber padecido como mínimo una cefalea grave durante el año anterior al de la encuesta y el 48% de los hombres y el 65% de la mujeres presentaban una o más cefaleas al mes. Leviton reporta que el 67% de las mujeres presentaban una o más cefaleas al mes y que el 15.5% se quejaba de cefaleas que eran lo suficientemente graves para afectar a sus actividades diarias. Philips (1977) realizó una encuesta en Londres entre los pacientes de una consulta de medicina general, encontrando que el 74.3 % de los hombres y el 88.6% de las mujeres afirmaban haber sufrido de un episodio de cefalea en los últimos seis meses.

En México, no existen datos precisos de la prevalencia del dolor de cabeza, sin embargo, se conoce que los desórdenes psicofisiológicos (incluida la cefalea) ocupan uno de los 9 problemas principales de salud mental en el País (De La Fuente, Pucheu y Medina, 1985). En las Clínicas del dolor de Hospitales como el General y el 20 de Noviembre se reporta que el 60 % de los

pacientes acuden por presentar cefalea (Granados, 1987). En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (Zermeño, Otero, Arauz, y Castillo, Trabajo no publicado) se llevó a cabo un registro de 2096 pacientes que acudieron a preconsulta de Enero a Junio de 1992, encontrándose que el cefalea es el principal motivo de consulta, la recepción anual se calcula en unos 2,000 casos. La población con cefalea se compone predominantemente por mujeres, de entre 34 a 41 años, el tipo más frecuente de cefalea fue el de migraña. No se encontraron diferencias significativas al comparar los pacientes que provenían del D.F. y los que provenían de otras regiones de la República Mexicana.

García Pedroza *et al.* (1992) refieren que la frecuencia de la cefalea en una comunidad rural es menor que a la de otras comunidades urbanas estudiadas; mientras que, Alonso *et al.* (1992) comparando la prevalencia de la migraña en una población rural y una urbana de la República Mexicana, encontraron que la frecuencia en la población urbana era mayor que en la rural.

Aunque es posible admitir que hasta el 70-80% de la población en general padece de dolor de cabeza en forma ocasional, sólo el 15% de éstos acuden a solicitar consulta médica y menos de 1% reciben un tratamiento especializado (Philips, 1976).

Todos estos datos permiten reconocer la enorme incidencia e importancia de este problema de salud en la población, por lo que se hace necesario la realización de un mayor número de estudios epidemiológicos.

Clasificación del dolor de cabeza crónico.

De acuerdo a la clasificación propuesta por el Ad Hoc Committee en el año de 1962 las cefaleas crónicas se dividen en las siguientes:

a) Cefalea vascular de tipo migrañoso. Se refiere a ataques recurrentes de cefalea de intensidad, frecuencia y duración muy variable. Suelen ser ataques de localización unilateral y se asocian a anorexia, náuseas y vómitos, en algunos casos se encuentran precedidos a trastornos de tipo sensitivo y motor. En esta categoría se incluyen la migraña clásica, migraña común y migraña en racimos.

b) Cefalea por contracción muscular o sostenida. En ésta, existe una sensación de presión o constricción, de frecuencia, duración e intensidad muy variables, en ocasiones de duración muy prolongada y de localización suboccipital. Este tipo también es denominado cefalea tensional.

c) Cefalea combinada o mixta. En un mismo ataque coexisten una combinación de una cefalea vascular de tipo migrañoso y una cefalea por contracción muscular sostenida.

La clasificación propuesta por el Ad Hoc Committee fue utilizada durante más de dos décadas, sin embargo, en el año de 1988 es propuesta una nueva clasificación y criterios diagnósticos por la International Headache Society (IHS), esta clasificación es la que continúa vigente hasta ahora (cfr. Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988).

Existe un enfoque alternativo propuesto por Bakal y Kaganov (1983) quienes plantean que no hay categorías diferenciadas de cefalea como puede ser la migraña o cefalea tensional, sino que existe una cefalea crónica única, que dependiendo de su grado de severidad se va relacionando con más componentes, desde los trastornos musculares y dolores de cuello hasta los trastornos del sistema nervioso autónomo como la náusea y el vómito. En este modelo de un continuo de severidad, se plantea que en el dolor de cabeza subyacen los mismos principios psicofisiológicos. La diferencia estriba en que una gama de síntomas se van adicionando o sustituyendo según se va incrementado la severidad del problema.

Hasta este momento no hay un sistema estandarizado de categorías para la clasificación de los dolores de cabeza. Se encuentran problemas de definición en virtud de la controversia en cuanto a la descripción de los síntomas. En el caso de la migraña, algunos autores indican que el número y tipos de migraña son muy diversos (Geist, 1981). Sin embargo, para efectos de estudio y tratamiento, la mayoría de estudiosos y clínicos que trabajan con dolor de cabeza utilizan la clasificación propuesta por el IHS.

Características de personalidad.

Alvárez y Wolff en 1937 reportaron que los pacientes que padecían migraña mostraban una personalidad con características de rigidez, ambición, rasgos obsesivo-compulsivos y agresividad.

Los individuos que padecen cefalea crónica han sido descritos de manera general como con una personalidad compulsiva, con

características de ambición, perfeccionismo, minuciosidad y una fuerte motivación de logro. Dado que el logro y el triunfo constituyen un aspecto central en su vida, cuando se encuentran en situaciones frustrantes, muestran una actitud de autorechazo y autocastigo (Volger, 1983).

También se han mencionado de manera más específica características de personalidad de acuerdo al tipo de cefalea. Por ejemplo, los pacientes con migraña han sido descritos como perfeccionistas, preocupados por el éxito, resentidos, no asertivos, inseguros e incapaces de expresar sus sentimientos de agresividad de una forma constructiva. En el caso de los individuos con cefalea tensional, la descripción hace referencia a personas preocupadas, tensas de manera crónica, deprimidas, ansiosas, hostiles, dependientes, histriónicas y conflictivas psicosexualmente (Blanchard y Andrasik, 1983).

Lo anterior generalmente se ha considerado a partir de impresiones clínicas en las cuales evidentemente no cumplen con aspectos metodológicos y científicos necesarios para su validez, sin embargo, son viables hipótesis que han sido llevadas a estudio por diversos investigadores.

Algunos estudios en los que se han utilizado pruebas psicológicas de personalidad como el MMP1 (Rappaport *et al.*, 1987; Sternbach, 1974; Kudrow y Sutkus, 1980) han reportado que los individuos con cefalea crónica obtienen puntuaciones elevadas en las escalas 1, 2 y 3 que corresponden a la hipocondriasis,

depresión e histeria respectivamente (mejor conocida como tríada neurótica), sin embargo, se ha observado que los sufridores cefaléicos no cumplen con un perfil único de personalidad.

Palacios, Figueroa y Rojas (1987) en un intento de presentar un posible perfil del paciente con dolor de cabeza crónico encontraron que los participantes presentaban un perfil multimodal predominantemente cognitivo, y que el contenido del mismo lo constituían ideas de perfeccionismo, aprehensión, dependencia e inflexibilidad para censurar los errores ajenos, reportándose también una autoimagen y autoestima bajas. En el aspecto afectivo, los datos indicaron hostilidad, ansiedad y depresión.

Aunque las variables de personalidad son elementos importantes en el estudio de la cefalea, son datos que no aclaran la forma en que se relacionan con el dolor de cabeza crónico, no se reconoce si estas variables son consecuencia de la cronicidad del dolor, o por el contrario, son precipitantes del mismo.

Blanchard y Andrasik (1989) mencionan que los estresores físicos y psicológicos poseen efectos acumulativos que conducen a procesos psicofisiológicos que terminan por conducir a la cefalea. Además de los eventos estresantes precipitantes de ella se añade un evento más: la experiencia del dolor crónico que se torna un estresor en sí mismo y demanda del paciente acudir a alguna estrategia de afrontamiento (Bakal, 1982) (Figura 2). Es decir, el dolor de cabeza se configura como una fuente de estrés más.

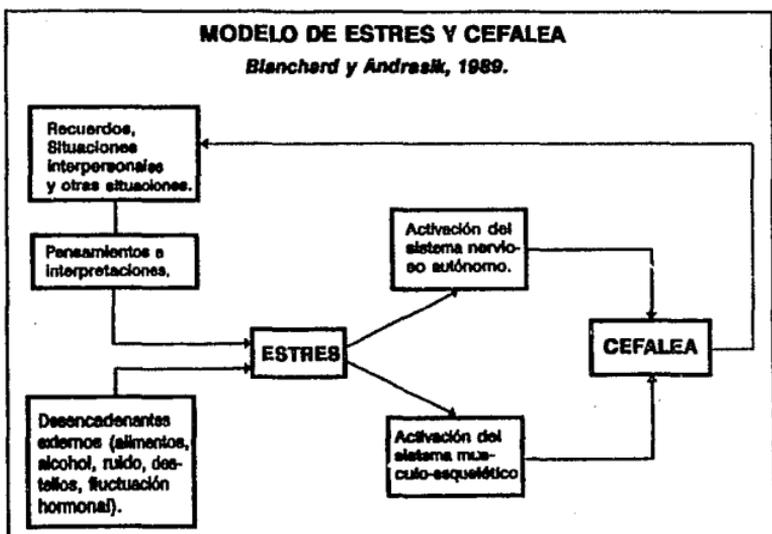


Figura 2 Modelo de estrés y dolor de cabeza crónico.

Es importante hacer ver que las condiciones que provocan un trastorno no han de ser necesariamente las mismas que lo mantienen, por ello la importancia de estudiar no sólo los eventos antecedentes y consecuentes, sino también los sentimientos, cogniciones y conductas que acompañan a la cefalea. Es decir, la evaluación que hace el individuo de su dolor y las múltiples maneras de afrontarlo.

Como se mencionó anteriormente, el individuo con dolor crónico se da cuenta que la forma de afrontar el evento ha resultado ineficaz, percibe su pobre control sobre el dolor, el fracaso de

los tratamientos terapéuticos y los cambios en su estilo de vida que se han presentado a partir del dolor contribuyendo todo esto a otras tantas conductas patógenas para enfrentarse al dolor, como por ejemplo, mayor uso de fármacos, sumergirse en la pasividad, alteraciones en el estado de ánimo y el aislamiento que interfieren con relaciones interpersonales satisfactorias. De manera que las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo ante el dolor llegan a convertirse en los eventos que mantienen la presencia de éste, exacerbando las reacciones neuroquímicas al estrés.

La gran mayoría de la investigación sobre cefalea crónica se centra en los aspectos neuroquímicos y fisiológicos, en las características de personalidad y en la creación y efectividad de diversos tratamientos, sin embargo, de la literatura revisada son pocos los estudios que se avocan a estudiar afrontamiento y cefalea.

Estrategias de afrontamiento.

Rojas y Figueroa (1991) realizaron un estudio con pacientes cefaléicos crónicos mexicanos en el cual encontraron que un porcentaje significativo de éstos, presentan conductas de evitación (dejar de hacer sus actividades e irse a descansar y/o dormir), de ingesta de medicamentos ante su dolor y el recurso de hacerse algo en la cabeza. Mizener, Thomas y Billings (1988) reportan un uso más frecuente de catastrofización, de autodeclaraciones de afrontamiento, de incrementar conductas de dolor y de oración en pacientes con

dolor de cabeza crónico. Por otra parte, Philips (1989) reporta que los sujetos que tienen cogniciones dirigidas hacia conductas de evitación, pasividad y pobre control sobre el dolor, presentan dolor continuo e intenso.

En un intento por reconocer las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas por pacientes con dolor crónico de espalda baja, Keefe y Dolan (1986) encontraron que los pacientes usaron estrategias como la pasividad, mayor ingesta de medicamentos y mostraron conductas de dolor, intentando dirigir su atención a la diversión, orar y mantener la esperanza.

Los hallazgos reportados en muchos estudios en ocasiones son controversiales, por ejemplo, Mattlin, J. (1990) afirma que el afrontamiento pasivo está asociado con ajuste emocional positivo en dificultades crónicas, particularmente aquellas que crean un alto nivel de estrés. Mientras que otros estudios han considerado que las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales pasivas son maladaptativas.

Sería interesante conocer de que manera se encuentran implicados aspectos como la edad del individuo, el sexo, el aspecto socioeconómico y educativo; en cuanto al dolor, la severidad y cronicidad de éste en el afrontamiento. Por ejemplo, en un estudio realizado por Billings y Moos (1981) en relación a estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes, encontraron que los hombres reportan un uso menos frecuente de estrategias conductuales activas y evitación en comparación a las mujeres; las personas con mayor

nivel educativo utilizaron con mayor frecuencia estrategias cognitivas activas enfocadas a la solución de problemas; la cantidad de ingreso económico se relacionó positivamente con estrategias cognitivas y conductuales activas enfocadas a la solución de problemas; la edad correlacionó muy débilmente con las medidas de afrontamiento. En este estudio se reporta que las mujeres utilizaron más la evitación, lo cual fue asociado con mal funcionamiento; este resultado es congruente con los hallazgos de Pearlin y Schooler (1978) quienes identificaron una tendencia de las mujeres para utilizar métodos de afrontamiento menos efectivos. En cuanto a la severidad del evento estresante no se encontró ninguna relación con las estrategias de afrontamiento.

Los resultados de algunas investigaciones refieren que existe una relación entre la cronicidad del dolor con un deterioro psicológico del individuo y de que se instalen conductas de afrontamiento maladaptativas como la evitación, queja, aislamiento y búsqueda de apoyo social (Keefe y Brown, 1980; Holmes y Stevenson, 1990).

Por otra parte, Aldwin y Revenson (1987) consideran que a mayor nivel de distrés emocional y de severidad del problema, los individuos utilizan afrontamiento maladaptativo, incrementando su distrés emocional y posiblemente incrementando la probabilidad de problemas en el futuro.

No hay un consenso claro en cuáles estrategias o modos de afrontamiento son más efectivos, esto es, qué tan bien una

estrategia es funcional para el bienestar del individuo y a pesar de que en la investigación sobre dolor crónico y estrategias de afrontamiento la diversidad de instrumento de medición, estrategias y poblaciones no permiten resultados homogéneos, es necesario realizar esfuerzos por lograr conocer de qué forma están implicadas las estrategias de afrontamiento con el origen y mantenimiento de un evento determinado con la finalidad de proporcionar ayuda terapéutica eficaz e implementar tratamientos efectivos para el paciente.

III. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

El Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" se ubica en el Municipio de Ecatepec en el Edo. de México.

Delegación Política

El Municipio de Ecatepec de Morelos se localiza dentro del territorio del Estado de México; presenta una superficie de 155.49 Km2. Dentro del Municipio se encuentran: 1 ciudad, 6 pueblos, 2 rancherías, 65 fraccionamientos, 147 colonias y 3 barrios. Los límites geográficos de Ecatepec son :

Al Norte: Municipio de Tecamac

Al Sur: D.F. y Municipio de Nezahualcoyotl

Al Este: Municipio de Acolman y Atenco

Al Oeste: Municipio de Tlalnepantla y Coacalco

Políticamente, el municipio de Ecatepec está dividido en 16 delegaciones y 217 subdelegaciones.

Comunicaciones y Transporte

Cuenta con 78 Kms. de carreteras. El transporte de pasajeros se realiza a través de autobuses urbanos, automóviles colectivos, taxis, permitiendo así, la conexión con los puntos céntricos de la ciudad.

Datos demográficos

Los municipios de Ecatepec, Nezahualcoyotl, Naucalpan, Tlalnepantla y Toluca, albergan a más del 50 % de la población del Estado.

Durante la última década, el Municipio de Ecatepec se convirtió en una vía de acceso a otros municipios, lo que sumado al

incremento en la actividad industrial generó un incremento poblacional del 15.52 % anual.

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

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

La concentración de la población de Ecatepec es junto con la del Municipio de Nezahualcoyotl, la más alta del Estado de México; siendo característica de la zona urbana. Pero al mismo tiempo, se presenta dispersión poblacional en las zonas rurales del Municipio. La población está formada principalmente por niños y jóvenes.

De acuerdo a los datos municipales, el 25 % de la población económicamente activa se dedica a la industria de transformación (Agricultura, ganadería, explotación de minas y canteras, comercio); sin embargo, un 27 % de la población que no tiene una actividad laboral definida, se considera como subempleado y manifiesta el desarrollo de actividades de índole marginal y eventual.

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

Tipo de vivienda

| | |
|--------------|--------|
| Casa | 42.84% |
| Departamento | 45.68% |
| Vecindad | 11.48% |

Este porcentaje es calculado a partir de una muestra de 131,338 viviendas.

Educación

A nivel educativo cuenta con las siguientes escuelas:

| Nivel | No. |
|--------------------------|-----|
| Preescolar | 61 |
| Primaria | 255 |
| Educación Media | 43 |
| Educación Media Superior | 6 |
| Normal | 2 |
| Educación Superior | 1 |

Sector Salud

El sector salud en el Municipio de Ecatepec está constituido por 4 Clínicas del IMSS, 1 Hospital del ISSSTE, 1 Clínica del ISSSTE, 1 Clínica ISSEMYM, 2 Clínicas del D.I.F., 8 Consultorios periféricos del D.I.F., 1 Albergue infantil del D.I.F., 22 Clínicas particulares, 113 consultorios dentales privados, 198 Consultorios generales privados, 1 Hospital de la Cruz Roja, 16 Clínicas de S.S.A., 30 Consultorios generales de Salud pública municipal y 7 consultorios dentales de salud pública municipal.

Los datos sobre las principales 20 causas de mortalidad durante 1985 en la Jurisdicción sanitaria de Ecatepec fueron las siguientes:

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Politraumatismo | 10. Shock séptico |
| 2. Bronconeumonía | 11. Hipertensión arterial |
| 3. Interrupción de circulación materno fetal | 12. Deshidratación |
| 4. Diabetes Mellitus | 13. Traum. cráneo-encefálico |
| 5. Insuficiencia hepática | 14. Prematurez |
| 6. Hemorragia aguda por arma de fuego | 15. Septicemia |
| 7. Insuficiencia Renal | 16. Cirrosis hepática |
| 8. Neumonía | 17. Shock hipovolémico |
| 9. Infarto al miocardio | 18. Hemorragia cerebral |
| | 19. Gastroenteritis |
| | 20. Acidosis |

El análisis de los datos muestra que los accidentes y la violencia causan la mayor parte de las defunciones y que otra causa importante la forman padecimientos crónicos y enfermedades prevenibles o controlables en sus primeras etapas, lo que pone de manifiesto no sólo deficientes condiciones de vida y baja escolaridad, sino también, subutilización de los recursos del primer nivel de atención médica.

HOSPITAL GENERAL DE ECATEPEC DR. JOSE MA. RODRIGUEZ.

Antecedentes

A causa de los sismos ocurridos en Septiembre de 1985 y con la pérdida humana y de infraestructura de servicios de salud, se emprendió el Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud, propuesto por el Dr. Guillermo Soberón, Secretario de Salud.

Para el día 27 de Abril de 1987, el Presidente de la República pone en servicio 4 de los Hospitales Generales comprendidos en el Programa de Reconstrucción, dentro de los cuales se encuentra el Hospital General de Ecatepec.

Funciones

Atención preventiva, curativa y rehabilitación, investigación clínica y de servicios de salud, así como de adiestramiento y capacitación. Reducir la morbilidad y mortalidad. El Hospital funge como centro de referencia para las unidades de primer nivel que están ubicadas dentro del área de influencia.

Servicios que presta a la comunidad

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

Medicina Interna. Hospitalización, Consulta externa, Terapia Intensiva, Urgencias, Hematología, Dermatología, Psiquiatría y Psicología.

Cirugía General. Hospitalización, Consulta externa, Quirófano, Endoscopia, Oftalmología, Odontología, Cirugía maxilofacial, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología.

Gineco-Obstetricia. Hospitalización, consulta externa y Unidad tocoquirúrgica.

Pediatría. Hospitalización, Consulta externa y Neonatología. Medicina Preventiva. Epidemiología.

Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Anestesiología, Anatomía patológica, Laboratorio clínico, Laboratorio bacteriológico, Radio-diagnóstico, Ultrasonografía y Banco de sangre.

Servicios paramédicos. Registros hospitalarios, Farmacia, Trabajo social, Dietología y Farmacología.

Especialidades. Para brindar atención y servicio de consulta externa, interna, de procedimientos quirúrgicos, de tratamiento y hospitalización, el Hospital General cuenta con las siguientes especialidades: Cirugía general, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Hematología, Ortopedia, Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología, Cirugía maxilo-facial, Cirugía plástica, Dermatología, Psiquiatría, Psicología, Terapia intensiva y Clínica del Dolor.

Estructura Orgánica

Por ser un Hospital que se encuentra ubicado dentro del Estado de México, depende jerárquicamente de Jefatura del Sistema Estatal, Oficina Responsable del Segundo Nivel de atención, Región y Jefatura de Jurisdicción.

Su estructura interna está integrada por el siguiente cuerpo de gobierno:

- * Dirección
- * Consejos de Administración
- * Consejo Técnico
- * Subdirección médica
 - Recursos Financieros
 - Recursos Humanos
 - Recursos Materiales
 - Servicios Generales
 - Ingeniería y Mantenimiento
 - Control y Sistematización
- * Subdirección Administrativa
- * Jefatura de Servicios Médicos
- * Jefatura de Servicios Paramédicos
- * Jefatura de Enfermería
- * Jefatura de Departamento
- * Jefatura de Enseñanza
- * Departamento de Información y Quejas

IV. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SERVICIO SOCIAL

Programa Psicología de la Salud

Este programa surge inicialmente como un proyecto de investigación realizado por Palacios y Rojas (1986) quienes son responsables del Programa Psicología de la Salud en la FES Zaragoza, U.N.A.M. La labor fundamental se centró en el trabajo con pacientes cefaléicos crónicos con los objetivos siguientes:

- Desarrollar y perfeccionar una metodología evaluativa ad hoc para los pacientes cefaléicos.

- Determinar el perfil psicológico del paciente con dolor de cabeza crónico.

- Explorar la efectividad de otro enfoque psicoterapéutico en el tratamiento del dolor de cabeza crónico adicional al entrenamiento en biofeedback.

- Con base en las características de los pacientes, evaluar la respuesta al entrenamiento asertivo.

Con el fin de alcanzar los objetivos arriba mencionados, el programa general se conformó en tres etapas principales: Evaluación, Tratamiento y Seguimiento de los pacientes cefaléicos.

Evaluación

Esta etapa incluía tres aspectos: a) Evaluación médica, b) Evaluación conductual de la cefalea y c) Evaluación psicológica.

La valoración médica tenía como finalidad fundamental la selección de los pacientes, poniendo sumo cuidado en que se tratara

de un padecimiento crónico, con ausencia de trastornos psiquiátricos u orgánicos que fuesen causa de la cefalea.

La evaluación conductual se realizaba a través del registro de automonitoreo del dolor de cabeza, siguiendo el procedimiento propuesto por Budzynski et al. (1977).

La cantidad y variedad de factores psicológicos asociados al dolor de cabeza habla de una compleja red de factores biopsicosociales que era necesario identificar por lo que la evaluación psicológica comprendía la aplicación de los siguientes instrumentos:

- * Historia Clínica Multimodal de Lazarus.
- * Inventario de Depresión de Beck.
- * Inventario de Temores de Wolpe y Lang.
- * Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey.
- * Matriz de aserción de Cotler y Guerra.
- * Inventario de Ideas Irracionales de Jones.
- * Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota.

La evaluación, así como el tratamiento y seguimiento de cada uno de los pacientes se realizó desde un enfoque multimodal. Este enfoque cognoscitivo presupone y enfatiza la multideterminación de cualquier fenómeno psicológico, requiriendo de un abordaje holístico. En este enfoque Multimodal se consideran siete modalidades: Conducta, Afecto, Sensaciones, Imaginación, Cogniciones, Relaciones Interpersonales y Equipo Biológico. Conociendo las interrelaciones de estas modalidades es posible detectar caracte-

rísticas sobresalientes que permitan la comprensión integral de los problemas estudiados y una intervención adecuada para cada paciente.

Tratamiento

Tratamiento con Retroalimentación Biológica (RAB). La RAB es un procedimiento diseñado para captar la información relativa al estado de una función orgánica (usualmente por sus variaciones eléctricas), amplificarla, traducirla analógicamente a una modalidad sensorial particular y retransmitirla de una manera simultánea al organismo del cual se registra dicha actividad.

Para el tratamiento de la migraña se utilizan el entrenamiento para incrementar la temperatura de las manos y el entrenamiento para reducir la variabilidad y/o la magnitud de la respuesta vasomotora de las arterias craneales.

En el caso del dolor de cabeza por contracción muscular, el paciente recibe información respecto a la actividad eléctrica de sus músculos frontales o cervicales, bajo el supuesto de que este tipo de cefalea es causado por contracción muscular sostenida y, por lo tanto, el objetivo es decrementarla.

Este tratamiento tenía una duración de 12 sesiones por paciente, cada sesión de tratamiento consistía de cuatro periodos consecutivos:

1. Un periodo de habituación de 5 mins.
2. Una línea base inicial con una duración de 7 mins.
3. La fase de Tratamiento de 20 mins.

4. Línea base final de 7 mins.

Entrenamiento Asertivo

Este tratamiento está encaminado a promover la adquisición o modificación de formas de interacción personal tendientes a expresar de una manera directa y honesta los pensamientos y sentimientos de los pacientes, así como hacer valer sus derechos asertivamente. Se acepta que el entrenamiento asertivo se basa en un descondicionamiento de las respuestas inadecuadas de ansiedad ante las relaciones interpersonales del paciente con otras personas.

Para llevar a cabo dicho tratamiento se hacía uso de técnicas como el ensayo conductual, modelamiento, ejercicios gestaltistas. Para el manejo de aspecto cognitivo, se empleaba la Terapia Racional Emotiva con la finalidad de eliminar las ideas irracionales que sustentan el comportamiento no asertivo.

Se trabajó con grupos integrados por un mínimo de 3 pacientes y un máximo de 8. La duración de este tratamiento era de 12 sesiones, una por semana de dos horas cada una.

Los pacientes eran incluidos sólo en uno de los dos tratamientos arriba mencionados. Es importante mencionar que con algunos pacientes se hacía uso del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson o alguna otra modalidad de relajación.

Seguimiento

Esta fase se llevaba a cabo a los tres y seis meses de haber finalizado el tratamiento, solicitándole al paciente llevar a su cita dos semanas de automonitoreo del dolor. (Para aclaración y

otros conocimientos acerca de este programa remitirse a Palacios y Rojas, 1986).

Número de casos atendidos.

Se atendieron un total de 19 pacientes cefaléicos: 18 Mujeres y 1 Hombre.

Otras funciones.

Se proporcionó orientación, información y supervisión a alumnos de octavo semestre de la carrera de Psicología, inscritos al Programa de Psicología de la Salud, en el manejo del paciente con dolor de cabeza crónico y en el adiestramiento en el uso adecuado del entrenamiento en RAB.

Durante el periodo del Servicio Social también se proporcionó atención a pacientes que requerían de algún tipo de apoyo psicológico canalizados de otras divisiones médicas del Hospital General de Ecatepec a la Clínica del Dolor. El número y tipo de los casos atendidos fue la siguiente:

4 casos (Mujeres) que referían problemática en la relación de pareja; 3 casos (Mujeres) que eran canalizadas al servicio por presentar una depresión de importancia, sobretodo por alteraciones en la dinámica familiar; 1 Hombre con dificultades para estudiar, se detectó malos hábitos de estudio.

Educación

Se asistió a las Jornadas Médicas y a 4 sesiones clínicas sobre dolor y acupuntura.

INVESTIGACION

Como parte de las actividades realizadas en el Servicio Social se realizó un proyecto de investigación con la finalidad de conocer las diferencias entre las estrategias de afrontamiento de los pacientes cefaléicos que acudían al Hospital a solicitar atención para su dolor y un grupo de sujetos con dolor de cabeza crónico que nunca habían solicitado atención.

Planteamiento del Problema

La presente investigación plantea los siguientes cuestionamientos:

1) ¿Existen diferencias en las formas de afrontar el dolor entre los individuos que solicitan ayuda profesional para el tratamiento de su cefalea crónica y los que nunca la han solicitado?

2) ¿Las estrategias de afrontamiento (evaluadas por el cuestionario de afrontamiento de Rosenstiel y Keefe, 1983) en los cefaléicos crónicos varían conforme la cronicidad, severidad del dolor (frecuencia, duración e intensidad) y con las variables sociodemográficas?

Objetivo general

Conocer si existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de sujetos que padecen dolor de cabeza crónico que nunca ha solicitado atención profesional para el tratamiento de su dolor y un grupo de individuos con el mismo padecimiento que si la ha solicitado.

Objetivos particulares

- 1) Identificar los tipos de estrategias de afrontamiento que utilizan los individuos con dolor de cabeza crónico que solicitan ayuda profesional para el tratamiento de su dolor.
- 2) Identificar los tipos de estrategias de afrontamiento de los pacientes con dolor de cabeza crónico quienes no han solicitado ayuda profesional para controlar su dolor.
- 3) Conocer que relación guarda la severidad del dolor (frecuencia, duración e intensidad) con el tipo de estrategia de afrontamiento utilizadas por los individuos con dolor de cabeza crónico.
- 4) Averiguar si existe una relación entre la cronicidad del dolor (periodo de evolución) y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos con dolor de cabeza crónico.
- 5) Conocer que relación guardan algunas variables sociodemográficas como edad, sexo y escolaridad, con el tipo de estrategias utilizadas por los pacientes con dolor de cabeza crónico.

Hipótesis

i) Existirá una diferencia significativa en la forma de afrontar el dolor entre los sujetos que han recibido atención y tratamiento para su cefalea y los individuos que nunca la han recibido.

ii) El utilizar autodeclaraciones de afrontamiento, dirigir la atención hacia pensamientos agradables, ignorar el dolor e incrementar el nivel de actividad se relacionarán a menor periodo de evolución y severidad de la cefalea.

iii) La categoría de catastrofización será utilizada con mayor frecuencia por los sujetos que perciben su dolor como más severo.

METODO

Sujetos

Participaron 30 sujetos de ambos sexos con un rango de edad entre 15 a 60 años que padecen dolor de cabeza crónico con un periodo de evolución mayor a seis meses, de los cuales se conformaron dos grupos: G1) 14 sujetos residentes del D.F. quienes nunca hayan solicitado ayuda profesional para el tratamiento de su dolor. Este grupo de individuos se obtuvo a través de referencias de gente conocida del autor, se solicitaba que de conocer a alguna persona con dolor de cabeza se le notificara, obteniendo así, los datos del domicilio. Al presentarse el investigador al domicilio, se corroboraba si se trataba de un individuo cefaléico y si nunca había solicitado ayuda profesional para su padecimiento, se le explicaba al sujeto el motivo de la visita y se le pedía si podía colaborar en la investigación. G2) 16 sujetos que asistían a la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" en el municipio de Ecatepec, Edo. de México para solicitar ayuda profesional para el tratamiento de su dolor de cabeza.

Diseño

El tipo de estudio realizado es una investigación ex post facto y de campo. Es ex post facto debido a que en ésta, el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes porque ya

acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables; y es de campo debido a que se realizó en un escenario natural, es decir, en el domicilio de los sujetos (G1) y en un hospital (G2).

Instrumentos

1. Un Cuestionario de Dolor que contiene preguntas acerca del dolor de cabeza crónico contemplando las características básicas de éste, incluyendo la localización, periodo de evolución, frecuencia, duración, intensidad, tratamientos recibidos (Rojas, 1989) (v. anexo 1)

2. Un Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento para el dolor (Rosenstiel y Keefe, 1983) integrado por 48 estrategias categorizadas en seis diferentes tipos de estrategias cognitivas: 1) Cambiar el foco de atención hacia pensamientos agradables, 2) Reinterpretar las sensaciones de dolor, 3) Autodeclaraciones de afrontamiento, 4) Ignorar las sensaciones de dolor, 5) Orar y tener esperanza, 6) Catastrofizar; y 7) Una estrategia conductual: Incrementar el nivel de actividad. En el cuestionario se presentan 6 estrategias que no corresponden a ninguna de las categorías arriba mencionadas, éstas son: Ingesta de medicamento, sentirse decaído, relajarse, darse un baño, ponerse o hacerse algo en la cabeza y caminar. Los sujetos dieron su respuesta de acuerdo a una escala que va de 0 (nunca hago esto), 3 (algunas veces hago esto) hasta 6 (siempre hago esto); si la respuesta del sujeto no era 0 pero tampoco 3 tenía como alternativa elegir entre 1 y 2; de la

misma manera, si su respuesta era más que 3 pero menos que 6 elegían entre 4 y 5. La instrucción que se le proporcionó al sujeto es que diera sus respuestas pensando en las situaciones cuando el dolor está presente.

El cuestionario también evalúa cuánto control cree tener el individuo sobre su dolor, así como también, qué tan hábil se cree para decrementarlo de acuerdo a una escala que va de 0 (no tengo control/no puedo decrementarlo), 3 (tengo algún control/ puedo decrementarlo en alguna medida) hasta 6 (tengo un completo control/puedo decrementarlo completamente). El sujeto podía elegir, como se mencionó anteriormente, 1, 2, 4 o 5. Datos de validez en Lawsow, Reesor, Keefe, y Turner, 1990; Turner, y Clancy, 1986; Spinhoven, Terkuile, Linssen, y Gazendam, 1989) (v. anexo II).

3. Hojas de Automonitoreo del Dolor de Cabeza (Budzynski, Stoyva, Adler, y Mullaney, 1973) que permitió obtener los diferentes parámetros de éste, como son intensidad, duración y frecuencia. En esta hoja, el sujeto registró su dolor cada hora con base en una escala que va de 0 y que significa ausencia total de dolor hasta 5 que se refiere a dolor incapacitante (datos de validez en Blanchard, Andrasik, Neff, Jurish y O'Keefe, 1981) (v. anexo III).

Escenario

La aplicación de los cuestionarios (de dolor y de estrategias de afrontamiento) para los sujetos que sí habían solicitado ayuda profesional para el tratamiento de su dolor se realizó en un

cuábulo del Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" en el municipio de Ecatepec, Edo. de México. La aplicación de los cuestionarios para los sujetos que no han solicitado ayuda se llevó a cabo en el domicilio de cada uno de los sujetos.

Procedimiento

La aplicación de los 3 instrumentos se realizó para cada uno de los individuos de ambos grupos.

El estudio se realizó en tres sesiones para cada uno de los sujetos en ambos grupos. El intervalo de tiempo entre la primera y segunda sesión fue de una semana, la tercera sesión se llevó a cabo tres semanas después de la primera sesión.

Durante la primera, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de dolor con el fin de determinar si se trataba de un dolor de cabeza crónico; procediendo a la aplicación del cuestionario de estrategias de afrontamiento; al término de la aplicación de éste, se le proporcionaron hojas de automonitoreo con el propósito de que registrase su dolor de cabeza durante tres semanas y así obtener los datos de frecuencia, duración e intensidad del dolor de cabeza.

La segunda sesión se realizó con el objetivo de conocer si el sujeto estaba registrando su dolor adecuadamente, finalmente en la tercera, se solicitaron las hojas de automonitoreo.

RESULTADOS

Datos demográficos. La descripción de las variables edad, sexo y escolaridad para los sujetos de ambos grupos (G1: sujetos que nunca han solicitado atención para su dolor; G2: sujetos que alguna vez solicitaron atención) se muestran en la Tabla 1. No se apreciaron diferencias significativas de estas variables entre ambos grupos.

Tabla 1 Datos demográficos de la muestra

| | GRUPO 1 | GRUPO 2 |
|--------------------|------------------|-----------------|
| N | 14 | 16 |
| SEXO | | |
| MUJERES | 11 | 15 |
| HOMBRES | 3 | 1 |
| EDAD | | |
| MEDIA (D.S.) | 31.71 (10.83) | 34.18 (9.32) |
| ESCOLARIDAD | | |
| PRIMARIA | 2 | 6 |
| SECUNDARIA | 6 | 6 |
| BACHILLERATO | 4 | 3 |
| LICENCIATURA | 2 | 1 |

Parámetros de dolor. En la tabla 2 se presentan las medias y las desviaciones estándar de los parámetros de dolor: período de evolución, frecuencia, duración e intensidad para cada uno de los grupos. La comparación estadística, mediante la prueba U de Mann-Whitney, entre los rangos de estas variables tampoco mostró diferencias significativas entre ellas.

Tabla 2. Medias, desviaciones estándar, máximos y mínimos de los parámetros de dolor de cabeza.

| | GRUPO 1 | | | | GRUPO 2 | | | |
|-------|---------|-------|------|------|---------|-------|------|-----|
| | MED | D.S. | MAX | MIN | MED | D.S. | MAX | MIN |
| PEVOL | 14 | 13.52 | 41 | 0.5 | 15 | 12.43 | 32 | 1 |
| FREC | 6.43 | 3.74 | 15.3 | 0.66 | 4.79 | 3.05 | 11 | .33 |
| DUR | 30.3 | 24.09 | 94 | 3.66 | 39.72 | 36.85 | 114 | 3.3 |
| INIMX | 2.58 | 1.19 | 4.5 | 0.66 | 2.5 | 1.09 | 4.6 | 1 |
| INTPR | 1.6 | 0.7 | 3.43 | 0.66 | 1.55 | 0.57 | 2.85 | 0.6 |

Estrategias de afrontamiento. Para establecer las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre el G1 y el G2 se llevó a cabo una comparación de las dos muestras a través de la prueba de Kolgomorov-Smirnov (Siegel, 1988).

También se realizó un análisis de correlación de Spearman con el fin de establecer la existencia de una relación entre las estrategias de afrontamiento y los distintos parámetros del dolor. Es importante mencionar que para este análisis se utilizaron los datos de los 30 sujetos sin dividirlos por grupo.

La comparación de las dos muestras reveló que existen diferencias significativas en el uso de algunas estrategias para afrontar el dolor. Los sujetos del G2 ingieren más medicamento (DN= 0.5892,

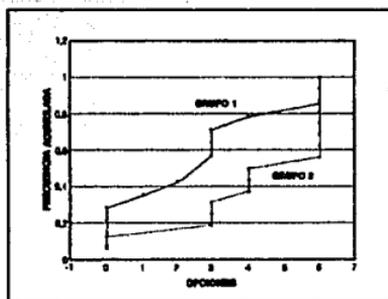


Figura 3. Distribución de frecuencias acumuladas del factor medicamento.

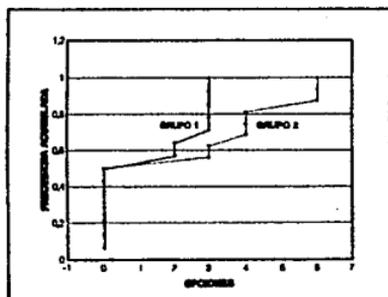


Figura 4. Distribución de frecuencias acumuladas de la conducta de darse un baño.

$p=0.01$) (Fig. 3) y exhiben un uso más frecuente de la conducta de darse un baño como estrategia para afrontar el dolor (DN= 0.5, $p=0.04$) (Fig. 4), además reportan sentirse decaídos mayor número de veces cuando se presenta el dolor (DN= 0,66, $p= 0.003$) (Fig. 5) y tienden a mostrar un pobre control sobre éste (DN= 0.5, $p= 0.04$) (Fig. 6).

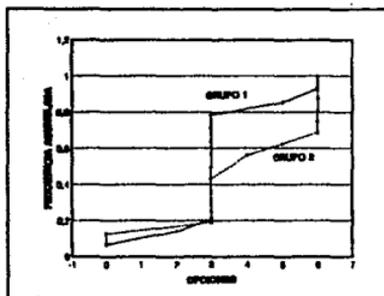


Figura 5. Distribución de frecuencias acumuladas del factor decisivo.

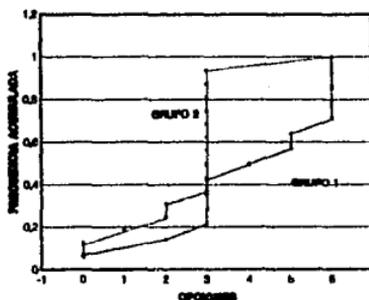


Figura 6. Distribución de frecuencias acumuladas en el factor percepción de control.

El análisis de correlación de Spearman mostró una relación positiva entre la duración del dolor y la conducta de darse un baño como estrategia para afrontarlo ($0.4169, p=0.03$). El periodo de evolución correlacionó negativamente con la percepción de control ($-0.3800, p=0.048$) y con la habilidad para decrementar el dolor ($-0.4501, p=0.02$). También se observa una relación negativa entre la

edad de los sujetos y la frecuencia (-0.3831 , $p=0.046$) e intensidad del dolor (-0.4504 , $p=0.02$) (Tabla 3a).

| | EDAD | BARO | CONTROL | DECREM |
|---------|---------|--------|---------|--------|
| PEVOL | 0,729** | -0,063 | -0,280* | -0,45* |
| FREC | -0,383* | 0,26 | 0,293 | 0,067 |
| DUR | -0,060 | 0,417* | 0,288 | 0,285 |
| INTPROM | -0,45* | 0,044 | 0,186 | -0,067 |

PEVOL=EVOLUCIÓN; FREQ=FRECUENCIA; DUR=DURACION; INTPROM=INTENSIDAD PROMEDIO;
 EDAD=EDAD; BARO=BAROMETRO
 * p < 0,05

Tabla 3a. Matriz de correlación de las estrategias de afrontamiento.

| | PEVOL | MED | REL. | DEC | CONTROL |
|----|---------|---------|--------|---------|----------|
| A1 | -0,162 | -0,218 | 0,306 | -0,231 | -0,113 |
| A2 | -0,826 | -0,250 | 0,153 | -0,303 | 0,172 |
| A3 | -0,396* | -0,198 | 0,295 | 0,118 | 0,167 |
| A4 | -0,098 | -0,449* | 0,364* | -0,246 | 0,203 |
| A5 | -0,070 | 0,121 | 0,107 | 0,076 | -0,446* |
| A6 | 0,158 | 0,653** | -0,163 | 0,561** | -0,624** |
| A7 | -0,036 | -0,484* | 0,298 | -0,382* | 0,287 |

A1=EVOLUCIÓN; A2=EVOLUCIÓN; A3=EVOLUCIÓN; A4=EVOLUCIÓN; A5=EVOLUCIÓN;
 A6=EVOLUCIÓN; A7=EVOLUCIÓN
 MED=MEDICACIÓN; REL=RELACIONAR; DEC=DECREPITAR
 * p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 3b. Matriz de correlación de las estrategias de afrontamiento.

| | CONTROL | DEOPREM | MED | DEC | CM |
|---------|---------|----------|----------|---------|----------|
| EDAD | -0.088 | -0.032 | 0.450* | 0.179 | -0.088 |
| CONTROL | | 0.009*** | -0.015** | -0.088* | 0.272 |
| DEOPREM | | | -0.409* | -0.275 | 0.480* |
| MED | | | | 0.519** | -0.088 |
| DEC | | | | | -0.087** |
| CM | | | | | |

CONTROL=CONTROL; DEOPREM=DEOPREM; MED=MEDICAMENTO; DEC=DECAIMIENTO; CM=CAM
 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabla 30. Matriz de correlación de las estrategias de afrontamiento.

El periodo de evolución también se correlacionó negativamente con la categoría de autodeclaraciones de afrontamiento (-0.3960 , $p=0.039$). La ingesta de medicamento se relacionó negativamente a las estrategias dirigidas a ignorar el dolor (-0.4487 , $p=0.019$), y al incremento en el nivel de actividad (-0.4642 , $p=0.015$); sin embargo, correlacionó positivamente con la categoría de catastrofizar (0.5531 , $p=0.004$). El incremento en el nivel de actividad se relacionó negativamente al sentir decaimiento (-0.3624 , $p=0.059$). Los datos reportan la existencia de una relación positiva entre la categoría de catastrofizar y el sentir decaimiento (0.5614 , $p=0.003$), mientras que correlacionó negativamente con la percepción de control sobre el dolor (-0.6239 , $p=0.001$); se observa una relación negativa entre la percepción de control y la categoría de orar (-0.4456 , $p=0.025$). Las estrategias de afrontamiento encamina-

das a ignorar el dolor mostraron una relación directa con la relajación (0.3840, $p=0.046$) (v. Tabla 3b). Además de las relaciones significativas entre la ingesta de medicamento y las categorías de catastrofización e ignorar el dolor, se observa una relación directa entre la edad y la ingesta de medicamento (0.4332, $p=0.02$); entre la ingesta de medicamento y el sentir decaimiento (0.5189, $p=0.007$); los datos arrojan correlaciones negativas entre la toma de medicamento y la percepción de control (-0.6148, $p=0.001$); y entre el medicamento y la percepción de habilidad para decrementar el dolor (-0.4035, $p=0.036$); la percepción de control y el sentir decaimiento se relacionan negativamente (-0.3987, $p=0.038$); se observa una relación directa entre la percepción de control y la percepción de habilidad para disminuir el dolor (0.6894, $p=0.003$). El caminar como forma de afrontar el dolor correlacionó negativamente con el sentir decaimiento (-0.5666, $p=0.003$) y correlacionó positivamente con la percepción de habilidad para decrementar el dolor (0.4290, $p=0.025$) (v. Tabla 3c).

La categoría de afrontamiento que se refiere a dirigir la atención hacia pensamientos agradables muestra una relación directa con las estrategias encaminadas a reinterpretar las sensaciones de dolor (0.5949, $p=0.002$), a ignorarlo (0.5916, $p=0.002$) y a incrementar el nivel de actividad (0.5455, $p=0.004$). Las estrategias relacionadas con ignorar el dolor se correlacionan positivamente, además de la categoría de dirigir la atención hacia pensamientos agradables ya antes mencionada, con la reinterpreta-

| | A2 | A3 | A4 | A5 | A6 | A7 |
|----|---------|-------|---------|--------|---------|----------|
| A1 | 0,884** | 0,38 | 0,891** | 0,167 | -0,168 | 0,545** |
| A2 | | 0,814 | 0,482* | 0,23 | -0,18 | 0,380 |
| A3 | | | 0,467* | 0,01 | -0,338 | 0,329 |
| A4 | | | | -0,115 | -0,60** | 0,633** |
| A5 | | | | | 0,428* | -0,148 |
| A6 | | | | | | -0,522** |

A1=CONFIANZA, A2=PERSEVERANCIA, A3=ALIBELACIONES
 A4=ESPERANZA, A5=ORAR, A6=CONSERVACION, A7=ACTIVIDAD
 *p<0,05 ** p<0,001

Tabla. 3d Matriz de correlación de las estrategias de afrontamiento

ción de las sensaciones de dolor (0.4618, $p=0.016$), con autodeclaraciones de afrontamiento (0.4868, $p=0.01$) y con un incremento en el nivel de actividad (0.6336, $p=0.001$); mientras que existe una relación negativa con la categoría de catastrofizar (-0.6004, $p=0.001$). Existe una relación directa entre la categoría de catastrofizar y la de orar (0.4288, $p=0.025$) se observa también una correlación negativa entre catastrofizar y el incremento en el nivel de actividad (-0.5228, $p=0.006$) (v. Tabla 3d).

V. DISCUSION.

El objetivo del presente estudio consistió en conocer si existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento entre un grupo de sujetos con cefalea crónica que nunca ha solicitado ayuda profesional para el tratamiento de su dolor y un grupo de sujetos con el mismo padecimiento pero que sin embargo si han solicitado ayuda. El análisis en ambos grupos en relación a la severidad y cronicidad del dolor (periodo de evolución), así como en los datos demográficos de edad, sexo y escolaridad resultaron similares, lo que permite sugerir que ninguna de estas variables tuvo una intervención determinante en la decisión de requerir ayuda profesional por los sujetos. Además, los resultados demostraron que no existen diferencias significativas en las categorías de afrontamiento utilizadas por los sujetos en ambos grupos. Lo anterior, descarta la posibilidad de pensar que las categorías de afrontamiento planteadas en el cuestionario de Rosenstiel y Keefe (1983) determinen que unos individuos busquen ayuda para su dolor mientras que otros no.

Estos hallazgos no esclarecen qué es lo que los hace diferentes, por qué algunos individuos determinan que necesitan atención y llevan a cabo algún tipo de tratamiento y otros no. Una explicación puede radicar en el análisis de las creencias de control, ya que aunque no se encontraron diferencias entre el uso de las categorías de afrontamiento entre ambos grupos, los sujetos del grupo que si solicitaron ayuda, manifestaron menor grado de percepción de control, mayor ingesta de medicamentos y sentirse decaídos más a

menudo cuando el dolor se presenta. El hecho de percibir que tienen poco control sobre su dolor, puede hacerlos pensar en la posibilidad de solicitar apoyo externo, como el uso de fármacos o la atención de un profesionalista.

Estos resultados plantean, sin lugar a dudas, la importancia del aspecto cognitivo. Los grupos son muy similares respecto a severidad, cronicidad del dolor y estrategias de afrontamiento, sin embargo, el grupo que nunca ha solicitado ayuda cree tener más control sobre su dolor, ésto permite afirmar que al parecer es más funcional para los individuos lo que creen que están haciendo por disminuir su dolor, el control que creen tener sobre él, independientemente de lo que realmente están haciendo y la efectividad de ello para disminuir el dolor; lo anterior, se ve apoyado también por las diferencias observadas en los grupos en cuanto a la conducta de darse un baño, el grupo que ha solicitado ayuda presenta esta conducta más frecuentemente como estrategia para afrontar el dolor, no obstante que el análisis de correlación demostró que existe una relación positiva entre esta conducta y la duración del dolor. Esto permite afirmar la relevancia del papel del individuo, el que éste experimente una situación como estresante no se deba a la situación por sí sola, sino a como está percibiendo tal evento, al cómo evalúa y trata con éste.

La hipótesis de que algunas estrategias de afrontamiento se relacionarían con el período de evolución y la severidad del dolor fué aceptada. Se observó que a mayor cronicidad del dolor, los

sujetos utilizan con menos frecuencia autodeclaraciones de afrontamiento (p.e. "me digo a mí mismo que puedo superar el dolor"), además, presentaron una pobre percepción de control sobre el dolor y se consideraron menos hábiles para disminuirlo. Una explicación alternativa de estos datos sería que los sujetos adquieren una inhabilidad aprendida, es posible que la frecuencia de autodeclaraciones de afrontamiento, la percepción de control y la creencia de habilidad para disminuir el dolor era mayor en los estados iniciales de la cefalea, sin embargo, a medida que el tiempo transcurría y los sujetos percibían que estas estrategias parecían no ser funcionales, empezaron a perderse. Estos resultados se ven respaldados por estudios como el de Keefe y Brown (1980) quienes concluyen que cuando el dolor pasa de agudo a crónico las percepciones de habilidad para controlar el dolor y las formas de afrontarlo cambian.

Los datos reportados en esta investigación sugieren la existencia de estrategias que podrían ser denominadas como maladaptativas en el caso de los individuos cefaléicos: Se encontró una relación positiva entre la categoría de afrontamiento de catastrofización y la ingesta de medicamento, es decir, a medida que se catastrofiza más, la ingesta de medicamento es mayor, también la catastrofización se relaciona con un decremento en el nivel de actividad, los sujetos se sienten más decaídos, la creencia de control disminuye y se observa un uso más frecuente de la oración y el mantenimiento de la fe como recursos de afrontamiento. Aquí, habría que conside-

rar una relación entre la catastrofización y lo que se denomina locus de control externo; es decir, el creer que el control del dolor de cabeza no lo tiene el sujeto sino la suerte, Dios u otros: p.e. el medicamento, un profesional de la salud (Respaldan estos resultados estudios como el Crisson y Keefe, 1988; Keefe y Williams, 1990; Mizener, Thomas y Billings, 1988; Philips, 1989; Turner y Clancy, 1986).

Además de la catastrofización, se observan otras estrategias poco funcionales para el individuo, el sentirse decaído se relaciona con un incremento en la ingesta de medicamento; entre mayor es la ingesta de medicamento el nivel de actividad disminuye, a medida que la percepción de control es menor, la ingesta de medicamento es mayor y los sujetos se sienten decaídos. También se observa que entre más atención se le presta al dolor, existe una tendencia a tomar más medicamento y a catastrofizar.

Así como estos resultados han sugerido estrategias maladaptativas, de la misma forma se observan estrategias de afrontamiento más positivas para el individuo cefaléico. Por ejemplo, estrategias de afrontamiento dirigidas a ignorar el dolor, el dirigir la atención hacia la diversión, reinterpretar las sensaciones de dolor, realizar autodeclaraciones de afrontamiento, incrementar el nivel de actividad y los intentos de relajación, así como un incremento en la percepción de control y en la percepción de habilidad para disminuir el dolor.

Estos datos son útiles en la medida que permiten instruir a los pacientes cefaléicos en la importancia del papel que desempeñan en el manejo de su dolor, pudiendo incrementar la percepción de habilidad para disminuir su dolor y con ello incrementando su percepción de control. Además de instruirle en la identificación de las formas de afrontar el dolor, erradicando las que parezcan ser maladaptativas o que guarden una relación con éste y proveeyéndole de estrategias de afrontamiento más adaptativas. La relevancia de estos hallazgos permite continuar con esta línea de investigación con la finalidad de apoyar, o en su defecto, rechazar lo que aquí se encontró. El presente estudio no clasifica a los sufridores en cefaléicos tensionales, migrañosos o mixtos, lo que sugiere como alternativa de investigación el conocer si existen diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre cefaléicos en cada una de estas clasificaciones.

Por otra parte, es importante mencionar algunas limitaciones metodológicas del presente estudio: Primero. El tamaño de la muestra plantea dudas sobre la validez externa de los resultados. Segunda. Debido a la naturaleza del análisis de correlación no es posible determinar, por ejemplo, que la catastrofización como forma de afrontar con el dolor cause un decremento en la percepción de control, es pertinente recordar que el análisis de correlación describe una relación entre dos variables y no indica una relación causa-efecto entre éstas. Tercera. Aunque se observaron resultados similares entre esta población y otras con características

idiosincráticas diferentes, el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Rosenstiel y Keefe (1983) se creó a partir de estudios realizados con sujetos norteamericanos. Cuarta. Es factible que a medida que el tiempo transcurre entre un episodio de dolor y el momento en que se solicita la información por parte del investigador, los datos podrían no ser los reales, estar distorsionados por la percepción actual del sujeto. Esto de una u otra forma tiene implicaciones que podrían minar la validez de los resultados aquí encontrados.

Una sugerencia para investigaciones futuras es reconsiderar el procedimiento para identificar las estrategias de afrontamiento que emplean los pacientes ante el dolor. Por ejemplo, pedir a los sufridores de dolor de cabeza un registro personal de las estrategias (acciones o pensamientos) que emprenden ante la amenaza o la presencia del dolor, en lugar de ofrecerles un inventario de estrategias pre-definidas que en un momento dado podrían sesgar las respuestas, además, permitiría crear y validar un cuestionario de estrategias de afrontamiento de sujetos mexicanos con cefalea crónica.

Los hallazgos de la presente investigación permiten concluir que el que algunos individuos con cefalea crónica soliciten o no de un tratamiento profesional para su padecimiento parece relacionarse con la percepción de control del dolor, más que de las categorías de afrontamiento aquí evaluadas. Se observó una relación entre las estrategias de afrontamiento y la cronicidad y severidad de la

cefalea, es decir, entre mayor es la severidad y cronicidad del dolor, las estrategias de afrontamiento utilizadas por el individuo cambian, tendiendo a ser menos adaptativas. Es posible afirmar la existencia de estrategias de afrontamiento al dolor adaptativas y maladaptativas en individuos cefaléicos crónicos.

REFERENCIAS

- Ad Hoc Committee on the Classification of headache (1962). Classification of headache. Journal of the American Medical Association, 3, 717-718.
- Adams, H.E., Feuerstein, M. y Fowler, J.L. (1980). Migraine headache: Review of parameters, etiology and intervention. En: Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. (Eds.). (1983). Perspectives in research on headache. Lewiston, New York: Hogrefe.
- Alonso Garcia, P. (1992). Familiar migraine in a Mexican population. Neuroepidemiology, 11, 46-49.
- 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, 12, 219-223.
- Archer, C.L. (1974). The spectrum of suffering. American Journal of Nursing, 3, 491-495.
- Bakal, D. (1982). The psychology of chronic headache. New York: Springer.
- Bakal, D.A. y Kaganov, J. y Demjen, S. (1983). Headache assessment from a severity perspective. En Holroyd, K. A., Schlote, B. y Zenz, H. (Eds.). (1983). Perspectives in research on headache, (pp. 45-55). Lewiston, New York: C.O.D. Hogrefe.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1982). Stressful life events and symptoms: A longitudinal model. Health Psychology, 1, 99-118.
- Blanchard, E.B., Andrasik, F. (1985). Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanchard, E.B., Andrasik, F., Meff, D.F., Jurish, S.E. y O'Keefe D.M. (1981). Social validation of the headache diary. Behavior Therapy, 12, 711-715.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.H. (1987). Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. Pain, 31, 53-64.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, C.S. y Mullaney, D. (1973). EMG biofeedback and tension headache patients. Behavior Therapy, 8, 37-47.
- Cofar, C.H. y Appley, M.H. (1964). Motivation: Theory and research. Nueva York: Wiley.
- Collin, J. y Stewart, P. (1986). Locus of control, assertiveness and anxiety as personality variables in stress-related headaches. Headache, 8, 368-373.
- Copp, L.A. (1974). The spectrum of suffering. American Journal of Nursing, 74, 491-495.
- Crissan, J.E. y Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. Pain, 35, 147-164.
- De La Fuente, J.R., Pucheu, C. y Medina, M.E. (1985). La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar de prospectiva. En: A. Valázquez Arellano (Comp.). La salud en México y la investigación clínica: Desafíos y oportunidades para el año 2000. México, D.F.: U.N.A.M.

- Elliot, G.R. y Eisendorfer, C. (1982). Stress and human health. Nueva York: Springer.
- Eatlander, A.M. (1989). Coping strategies in low back pain: Effects of severity of pain, situation, gender and duration of pain. Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 18, 21-29.
- Eatlander, A.M. y Harkkapa, K. (1989) Relationship between coping strategies, disability and pain levels in with chronic lowback pain. Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 18(2), 59-69.
- Fernández, E.A. (1986). Classification system of cognitive coping strategies for pain. Pain, 28, 141-151.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 468-475.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel, Ch., De Longis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.
- García, P. (1992). Prevalence survey of headache in rural Mexican Village. Neuroepidemiology, 10, 85-92.
- Geist, H. (1981). Aspectos emocionales de la migraña. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Gil, K.M., Williams, D.A., Keefe, F.J. y Beckham, J. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. Behavior Therapy, 21, (3) 349-362.
- Granados, D.A. (1987). Depresión en pacientes con dolor crónico benigno. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina: U.N.A.M., México, D.F.
- Gross, A.R. (1988). The effect of coping on the relief of pain following surgical interventions for lower back pain. Psychosomatic Medicine, 48, 229-241.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988). Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders. Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia, 8, 1-96.
- Holmes, J. A. y Stevenson, C.A. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. Health Psychology, 9, (5), 577-584.
- Holtzman, W.H., Evans, R.I., Kennedy, S. e Isaac, I. (1988). Psicología y Salud. Contribuciones de la psicología de la salud al mejoramiento de la salud y de la atención a la salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 105 (3), 245-282.

- Keefe, F.J. y Dolan, E. (1986). Pain behavior and pain coping strategies in low back pain and myofascial pain dysfunction syndrome patients. *Pain*, 24, 49-56.
- Keefe, F.J. y Brown, G.K. (1980). Behavioral treatment of chronic pain syndromes. En: Orisson, J.E. y Keefe, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 25, 147-154.
- Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A. y Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37, 51-56.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Queen, K.T., Gil, K.H., Martinez, S., Orisson, J.E. y Hunley, J. (1987). Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 208-212.
- Keefe, F.J., Orisson, J., Urban, B. y Williams, D. (1990). Analyzing chronic low back pain: The relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.
- Keefe, F.J. y Williams, D.A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *Journals of Gerontology*, 45(4), 161-165.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Investigación del comportamiento*. México, D.F.: Nueva editorial Interamericana. 268-278.
- Klinger, E. (1977). Meaning and void. Minneapolis: University of Minnesota Press. En: Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985). Health psychology *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.
- Kudrow, L. y Sulkus, B.J. (1979). MMPI pattern specificity in primary headache disorders. *Headache*, 19, 18-24.
- Labrador, F.J. y De la Puente, M.L. (1988). Tratamiento de las cefaleas funcionales: Consideraciones actuales y propuestas de intervención. *Anuario de Psicología*, 38, (1), 87-85.
- Larson, L.M., Pierse, W.C., Immo, R.A. y Allen, S.J. (1990). *Journal of Counseling Psychology*, 37, 482-490.
- Larson, K., Reesor, K., Keefe, F.J. y Turner, J. (En prensa). Dimensions of pain-related cognitive coping: Cross-validation of the factor structure of the coping strategy questionnaire. En: Keefe, F.J., Orisson, J., Urban, B. y Williams, D. (1990). Analyzing chronic low back pain: The relative contribution of pain coping strategies. *Pain*, 40, 293-301.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. En: Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: Mc Graw-Hill.

- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. Journal Personality Assessment, 38, 377-383.
- Leviton, A. (1978). Epidemiology of headache. En: Blanchard, E. y Andrasik, F. (1989). Tratamiento del dolor de cabeza crónico. Barcelona: Martínez Roca.
- Litt, M. (1988). Cognitive mediators of stressful experience: Self-efficacy and perceived control. Cognitive Therapy and Research, 12, 241-261.
- Mees, S., Vingerhoets, A. y Van G. (1987). The study of stress and disease: Some developments and requirements. Social Sciences and Medicine, 25, 567-578.
- Marks, G., Richardson, J., Graham, J.W. y Levine, A. (1980). Role of locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 443-450.
- Mattlin, J.A., Wethington, E. y Kessler, R. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. Journal of Health and Social Behavior, 31, 103-122.
- McCras, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 919-928.
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C. y Moos, R. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. Journal of Abnormal Psychology, 92, 433-448.
- Mizener, D., Thomas, H. y Billing, R. (1988). Cognitive changes of migraineurs receiving biofeedback training. Headache, 28, 339-343.
- Murphy, L.B. y Moriarty, A.E. (1976). Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence. En: Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos de afrontamiento. Barcelona: Martínez Roca.
- Palacios, P. y Rojas, M.E. (1986). Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico. Proyecto de investigación. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M., México, D.F.
- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- Phillips, C. (1976). Headache in general practice. Headache, 16, 322-329.
- Phillips, H. C. (1988). Thoughts provoked by pain. Behavior Research and Therapy, 27, (4), 469-473.
- Rappaport, H.B., McNulty, D.P., Wegener, C.D. y Brantley, P.J. (1987). Cluster analysis of Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI).
- Rojas, M.E. y Figueroa, L.C. (1991). Descripción clínica de la consulta por dolor de cabeza en la clínica del dolor del Hospital General de Ecatepec. E.N.E.P. Zaragoza U.N.A.M.

Referencias

- Rojas, M.E. (1989). Cuestionario de dolor de cabeza. E.N.E.P. Zaragoza-Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Romano, J.M., Turner, J.A., Syrjala, K.L. y Lerg, R.A. Coping strategies of chronic pain patients: Relationship to patient characteristics and functioning. En: Burish, T.G. y Bradley, L. (1983). Coping with chronic pain disease. New York: Academic Press.
- Rosas, M. E. y Otero, S.E. (1984). Migraña y atrofia cerebral. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 25, 35-42.
- Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain, 17, 593-601.
- Roskes, E. (1983). Stress management: A venting the evil eye. Contemporary Psychology, 28, 542-544.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 33-44.
- Selye, H. (1976). The stress of life. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Siegel, S. (1988). Estadística no paramétrica. México: Trillas.
- Silver, R.L. y Wortman, G.B. Coping with undesirable life events. En: Burish, T.G. y Bradley, L. (1983). Coping with chronic disease, research and application. New York: Academic Press
- Spirhovan, P., Terkuite, M.M., Linsen, A. y Gazendam, B. (1989). Pain coping strategies in a Dutch population of chronic lowback pain patients. Pain, 27, (1), 77-83.
- Sternbach, R.A. (1986). The psychology of pain. New York: Raven Press.
- Turner, J. A. y Ciancy, S. (1986). Strategies for coping with chronic low back pain: Relationship to pain and disability. Pain, 24, 355-364.
- Turner, J.A. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for chronic low back pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 757-765.
- Ursin, H. (1980). Personality, activation and somatic health. En: Levine, S. y Ursin, H. Coping and health. Nueva York: Plenum.
- Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. (1983). Influencia del tratamiento cognitivo y la bioalimentación ENA en la percepción subjetiva de dolor y el nivel de tensión muscular en la cefalea crónica: Una investigación experimental. Informes de Psicología, 2, (3), 275-294.
- Volger, I. (1983). Indications for client-centered psychotherapy with headache. En: Holroyd, K.A., Bohls, B. y Zans, H. eds. (1983). Perspectives in research on headache. 198-212. Lewiston Nueva York: Hogrefe Inc.
- Waters, W. E. (1970). Community studies of the prevalence of headache. Headache, 9, 178-186.

Referencias

- Westbrook, M. (1979). Socioeconomic differences in coping with child bearing. American Journal Community Psychology, 7, 397-412.
- Wolfgang, H. V. (1985). Coping, stress, stressors and health consequences. Neuropsychobiology, 13, 129-135.
- Wong, P. y Raker, G. Coping inventory. En: Burish, T.G. y Bradier, L. (1983). Coping with chronic disease, research and application. New York: Academic Press.
- Wortman, C. B. y Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. En: Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Zens, H. (1983). Social aspects of the management of headache patients. En: Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zens, H. eds. (1983). Perspectives in research on headache. .103-112. Levinston Nueva York: Hogrefe Inc.
- Zermeño, F., Otero, E., Arauz, A. y Castillo, V. (Trabajo no publicado). Cefaleas. Frecuencia relativa en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

ANEXOS

I. CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

II. CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

III. HOJA DE AUTOMONITOREO DEL DOLOR DE CABEZA

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

Cita:
Asignado a:

I. DATOS GENERALES.

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: (1) masculino (2) femenino
Edo. civil: (1) soltero (2) casado (3) u. libre (4) divorciado
(5) separado (6) divorciado (7) viudo
Ocupación: _____ Escolaridad: _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

A) Descripción general del problema: _____

B) ¿Por quién o cómo fue referido? _____
C) ¿Ha consultado antes a alguien por este problema? (si) (no)
¿A quién o dónde? _____

Diagnóstico(s) previos: _____
Tratamientos recibidos: _____

Resultados: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

A) Historia de la cefalea.

1. Período de evolución: _____
2. ¿Desde cuando considera al dolor de cabeza como un problema?
¿porqué? _____
3. Traumatismos (si) (no) ¿Cuándo? _____
Topografía: _____
Consecuencias (inmediatas y mediatas): _____

4. Patologías concomitantes:

Hipertensión Anemia Probs. visuales Amibiasis Sinusitis
Parasitosis Infecciones ginecológicas

Problemas neurológicos diversos: _____

Otras: _____

Método anticonceptivo: _____

B: Antecedentes Familiares: (si) (no)

Padre Madre Hermano(a)s Abuelo(a)s (mat) (pat)

Período de evolución: _____ Dx: _____

IV. ESPECIFICACIONES DEL DOLOR DE CABEZA.

Frecuencia: /semana /mes

Duración promedio de cada episodio:

Intensidad promedio de cada episodio: (1) dolor muy leve (2) dolor moderado (3) severo (4) muy severo (5) dolor incapacitante

¿Cómo inicia usualmente el dolor? (1) repentinamente (2) gradualmente (3) nunca se le quita (4) indistintamente

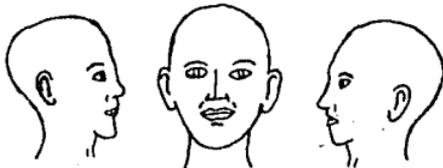
¿Qué aumenta el dolor? _____

¿Qué lo disminuye? _____

¿Qué lo desaparece? _____

¿Hay alguna hora o momento del día en el que habitualmente le duela la cabeza? (no) (si) ¿Cuándo? _____

Topografía (si el paciente reporta irradiación del dolor, señalarlo con una flecha)



Descripción del dolor.

Punzante o punzadas Pulsátil Pesadez Ardor Tirantez
Sensación de presión Como si fuera a explotar
Otra: _____

Prodromos (síntomas que invariablemente preceden al dolor):
(presentes) (ausentes)

Trastornos visuales (especifique):
Trastornos auditivos (especifique):
Tics oculares
Cambios inexplicables en el estado de ánimo
Sensaciones somáticas (especifique):
Otros: _____

V. ANALISIS FUNCIONAL DEL DOLOR

| Eventos | Antes | Durante | Después |
|--------------------------|-------|---------|---------|
| Situacionales | | | |
| Físicos/ fisiológicos | | | |
| Conductuales | | | |
| Afectivos | | | |
| Cognoscitivos | | | |

VI. TRATAMIENTOS ACTUALES CONTRA EL DOLOR

1. Analgésicos (narcóticos) (no narcóticos):
 2. Sedantes:
 3. Miorelajantes:
 4. Vitaminas:
 5. Vasoconstrictores:
 6. Acupuntura:
 7. Otros:
- Resultados:

Atribución del dolor: 1. "No se" 2. "Nervios" 3. "problemas"
4. Preocupaciones 5. Menstruación 6. Enfermedades 7. Herencia
8. Tener algo en la cabeza (especifique): _____
Otra(s): _____

Severidad del problema: 1. No es un problema 2. Levemente inquietante
3. Moderado 4. Severo 5. Incapacitante

Observaciones:

Entrevistador:

Elaborado por Mario E. Rojas Russell
ENEP Zaragoza. Fac. Psicología, junio 1989.

CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las personas que experimentan dolor de cabeza desarrollan maneras de afrontar o tratar con su dolor, éstas maneras incluyen, por ejemplo, decirse cosas así mismos cuando experimentan dolor u ocuparse en diferentes actividades. A continuación se presenta una lista de cosas que la gente que padece de dolor de cabeza ha reportado hacer cuando sienten dolor. Para cada una de las oraciones que se mencionan abajo, indique Ud. con que frecuencia se ocupa en tal actividad cuando siente dolor, de acuerdo a la siguiente escala: 0 indica que nunca hace eso cuando siente dolor, un 3 indica que algunas veces hace eso cuando tiene dolor y un 6 significa que siempre hace eso cuando siente dolor. Si su respuesta no es 0 pero tampoco es 3 tiene como alternativa elegir entre 1 o 2, de la misma forma, si su respuesta es más que 3 pero menos que 6 puede elegir entre 5 o 6.

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|-------------------------|---|---|-------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca hago esto | | | Algunas veces hago esto | | | Siempre hago esto |

CUANDO YO SIENTO DOLOR...

- _____ 1. Trato de distanciarme del dolor, casi como si lo tuviera otra persona.
- _____ 2. Me salgo de casa y hago cualquier otra cosa como el ir de compras o al cine.
- _____ 3. Trato de pensar en algo placentero.
- _____ 4. No pienso que es dolor sino una sensación de calor o cualquier otra sensación.
- _____ 5. Pienso que esto es terrible y que nunca mejoraré.
- _____ 6. Me digo a mí misma(o) que soy valiente y que puedo funcionar a pesar del dolor.
- _____ 7. Leo.
- _____ 8. Me digo a mí misma(o) que puedo superar el dolor.
- _____ 9. Tomo medicamento.

- _____10. Cuento números o canto una canción en mi mente.
- _____11. Pienso que no es dolor sino alguna otra sensación, como por ejemplo, adormecimiento.
- _____12. Esto es terrible y siento que me domina.
- _____13. Realizo juegos mentales conmigo mismo para mantener mi mente alejada del dolor.
- _____14. Pienso que no vale la pena seguir viviendo.
- _____15. Sé que algún día alguien vendrá a ayudarme y mi dolor de desaparecerá por algún tiempo.
- _____16. Camino mucho.
- _____17. Le rezo a Dios para que esto no dure mucho.
- _____18. Trato de pensar que el dolor no está en mi cuerpo sino en algo separado de mí.
- _____19. Me relajo.
- _____20. No pienso en el dolor.
- _____21. Trato de pensar en los años por venir, en cómo serán las cosas cuando me deshaga del dolor.
- _____22. Me digo a mí misma(o) que el dolor no me daña.
- _____23. Me digo a mí misma(o) que no puedo dejar que el dolor permanezca en la forma en que lo he dejado.
- _____24. No le pongo atención al dolor.
- _____25. Tengo confianza en que los doctores algún día encuentren alguna cura para mi dolor.
- _____26. No importa que tan intenso sea mi dolor, yo sé que puedo manejarlo.
- _____27. Pienso que no tengo dolor, me imagino que no está ahí.
- _____28. Me preocupo todo el tiempo acerca de si mi dolor termina rá.
- _____29. Estoy decaída(o).
- _____30. Recuerdo experiencias placenteras del pasado.
- _____31. Pienso en la gente con la que me divierto.
- _____32. Rezo para que mi dolor se detenga.

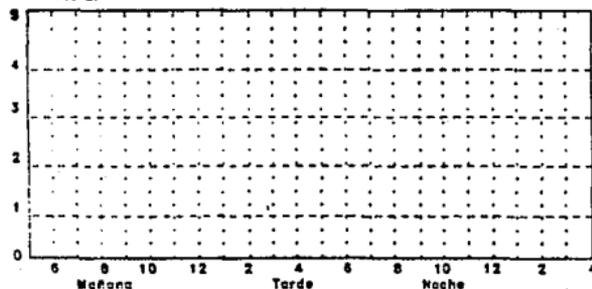
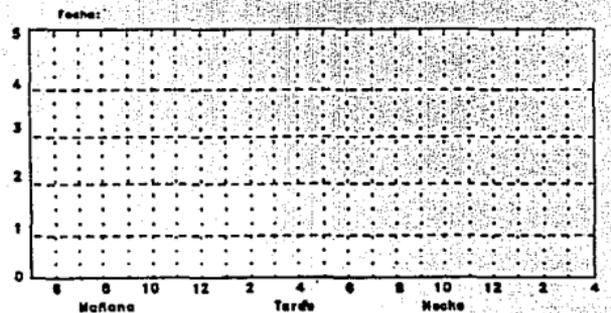
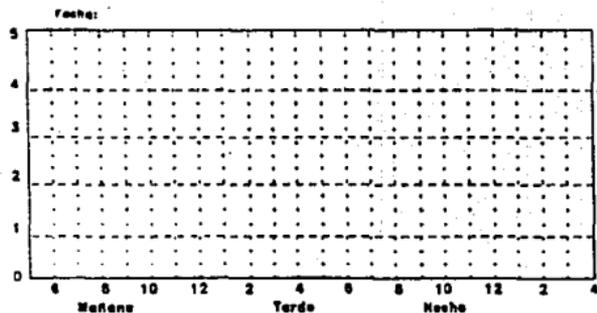
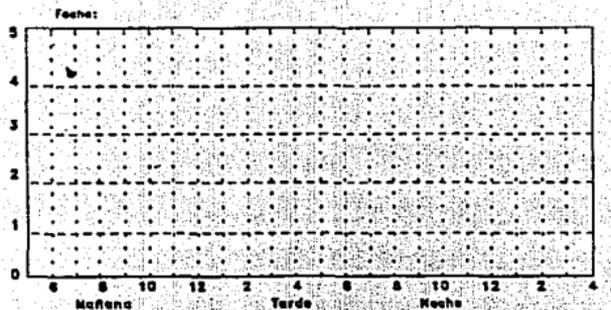
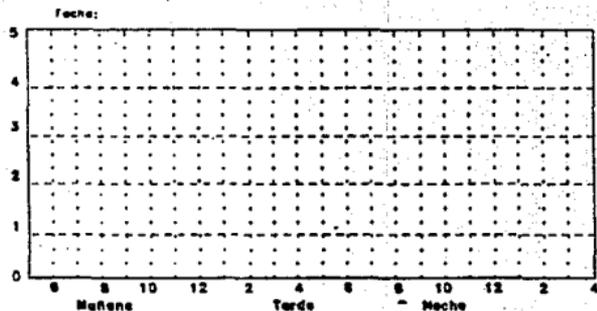
- ___ 10. Cuento números o canto una canción en mi mente.
- ___ 11. Pienso que no es dolor sino alguna otra sensación, como por ejemplo, adormecimiento.
- ___ 12. Esto es terrible y siento que me domina.
- ___ 13. Realizo juegos mentales conmigo mismo para mantener mi mente alejada del dolor.
- ___ 14. Pienso que no vale la pena seguir viviendo.
- ___ 15. Sé que algún día alguien vendrá a ayudarme y mi dolor de saparecerá por algún tiempo.
- ___ 16. Camino mucho.
- ___ 17. Le rezo a Dios para que esto no dure mucho.
- ___ 18. Trato de pensar que el dolor no está en mi cuerpo sino en algo separado de mí.
- ___ 19. Me relajo.
- ___ 20. No pienso en el dolor.
- ___ 21. Trato de pensar en los años por venir, en cómo serán las cosas cuando me deshaga del dolor.
- ___ 22. Me digo a mí misma(o) que el dolor no me daña.
- ___ 23. Me digo a mí misma(o) que no puedo dejar que el dolor permanezca en lo forma en que lo he dejado.
- ___ 24. No le pongo atención al dolor.
- ___ 25. Tengo confianza en que los doctores algún día encuentren alguna cura para mi dolor.
- ___ 26. No importa que tan intenso sea mi dolor, yo sé que puedo manejarlo.
- ___ 27. Pienso que no tengo dolor, me imagino que no está ahí.
- ___ 28. Me preocupo todo el tiempo acerca de si mi dolor terminará.
- ___ 29. Estoy decaída(o).
- ___ 30. Recuerdo experiencias placenteras del pasado.
- ___ 31. Pienso en la gente con la que me divierto.
- ___ 32. Rezo para que mi dolor se detenga.

- ___ 33. Tomo un baño.
- ___ 34. Imagino que el dolor está fuera de mi cuerpo.
- ___ 35. Hago como si no pasara nada.
- ___ 36. Veo al dolor como un reto y no dejo que éste me incomode.
- ___ 37. Aunque el dolor me daña, permanezco activa(o).
- ___ 38. Siento que no puedo soportar el dolor por más tiempo.
- ___ 39. Trato de estar con la gente.
- ___ 40. Ignoro el dolor.
- ___ 41. Confío en mi fe en Dios.
- ___ 42. Siento que ya no puedo seguir, que ya no puedo más.
- ___ 43. Pienso en las cosas que me gusta hacer.
- ___ 44. Hago cualquier cosa para mantener mi mente alejada del dolor.
- ___ 45. Hago algo que me gusta, como por ejemplo, ver televisión o escuchar música.
- ___ 46. Imagino que el dolor no es parte de mí.
- ___ 47. Hago cualquier cosa activa.
- ___ 48. Me pongo algo en la cabeza, como un trapo frío o caliente por ejemplo.
- ___ A. De acuerdo a las cosas que Ud, hace para afrontar o tratar con su dolor de cabeza, indique qué tanto control siente tener sobre éste:

| | | | | | | |
|------------------|---|---|---------------------|---|---|---------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No tengo control | | | Tengo algún control | | | Tengo un completo control |

_____ B. De acuerdo a las cosas que Ud. hace para afrontar o tratar con su dolor de cabeza, indique qué tan hábil es para decrementarlo:

| | | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| No puedo decrementarlo | | | Puedo decre- mentarlo en alguna medida | | | Puedo decrementarlo completamente |



GUIA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR

- 0 Ausencia total del dolor
- 1 Dolor **muy** leve que se siente sólo cuando se fija especialmente en él.
- 2 Dolor leve que por momentos se olvida
- 3 Dolor **moderado** que le permite realizar sus labores como de costumbre
- 4 Dolor **fuerte** que le dificulta concentrarse y realizar tareas difíciles pero le permite hacer cosas fáciles
- 5 Dolor **muy fuerte** e incapacitante que le obliga a abandonar sus actividades.