

3
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

**MUESTREO DE ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO EN UNA POBLACION CON
DOLOR DE CABEZA CRONICO**
(Estudio Exploratorio)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

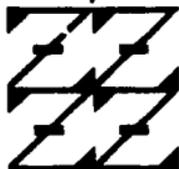
P R E S E N T A N :

**BETANCOURT REYES LETICIA
FIGUEROA RUBIO MARIA ENRIQUETA**

A S E S O R :
LIC. PATRICIA PALACIOS CASTARON

México, D. F.

Enero, 1994



LO HUMANO ES
DE NUESTRA REFLEXION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres y hermanas...

Por su amor y apoyo incondicional en todos estos años.

A mi hijo...

Tú lo sabes bien, este trabajo es tan tuyo como mío...
gracias por compartir tu tiempo en el logro de mis anhelos...
te amo.

A Queta...

Amiga, no es fácil llegar a donde hemos llegado,
pero llegamos...
gracias por tu paciencia y comprensión y sobre todo por tu compañía,
no solamente en el trabajo académico,
sino en todas las vivencias que lo han acompañado.

Leticia Betancourt Reyes

A mis hijas...

Por su gran amor, comprensión y apoyo que me han tenido para
lograr esta meta que deseo compartamos juntas.

A Lety...

Por toda tu comprensión, paciencia y compañía que me has proporcionado
así como, el tiempo tan largo que compartimos
para lograr nuestro anhelo y que por fin se realiza.

A Victor...

Por estar a mi lado y brindarme tu amor y confianza.

A mis padres...

Por haberme dado la vida.

María Enriqueta Figueroa Rubio

Agradecimientos:

A nuestra asesora y amiga Lic. Patricia Palacios C. por su paciencia y tenacidad, que trascendió el nivel académico brindándonos apoyo emocional y afecto incondicional.

A nuestros sinodales por sus aportaciones que enriquecieron nuestro trabajo, Lic. Mirna García M., Lic. Lidia Beltrán R., Lic. Sergio Mandujano V. y Lic. Vicente Cruz S.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Queta y Leti

A mis Jefes por su apoyo afectivo y las facilidades otorgadas para la culminación de este trabajo, Lic. Alejandro Gómez García y Lic. Alejandro Cruz Melgoza.

Leticia Betancourt Reyes

Un agradecimiento especial a la Lic. Margarita Carpio Hernández y a la Lic. Laura Alvarez por su disposición y apoyo para la conclusión del presente trabajo.

Ma. Enriqueta Figueroa Rubio

A todos aquellos que siempre nos brindaron apoyo y confianza.

Acéptate. Nada te falta. La quietud y la inteligencia primordial están dentro de ti. Deja de crear conflicto contigo mismo. Si creas fricción con tus fantasmas internos, no haces otra cosa que fortalecerlos. Empieza a echar abajo las barreras. En la psique o en el mente las cosas pueden marchar mal, como en el mundo exterior. Pero en lo profundo de ti todo marcha bien. Nada vas a conseguir que ya no seas. Pero lo importante es que sientas que eres lo que eres. Tú eres tu propio maestro y terapeuta (si no puedes ayudarte solo, solicita la cooperación de otro, pero sin dependencias y sin dejar el trabajo por entero en sus manos). Eres libre de imponerte la disciplina que creas adecuada. En la personalidad hay agitación, pero en lo profundo sólo hay paz. Lo que tienes que hacer es poner los medios para ir a lo profundo. No es fácil. No esperes ni ansíes resultados rápidos. Simplemente trabaja en mirar dentro de ti. Sigue trabajando. Deprimido o eufórico triste o contento, animado o desanimado, trabaja sobre ti. Lo que tenga que llegar te llegará.

Ramiro A. Calle

INDICE

	Pág.
Introducción _____	9
CAPITULO I	
El Proceso Salud-Enfermedad _____	15
CAPITULO II	
Psicología de la Salud _____	23
2.1 Estrés y Enfermedad _____	29
CAPITULO III	
Afrontamiento y Estrés	
3.1 Modelo Procesal (Transaccional) para el Estudio del Estrés Propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman _____	43
3.2 Evaluación Cognitiva de los Eventos _____	46
3.3 Estrategias de Afrontamiento _____	53
CAPITULO IV	
Cefalea y Afrontamiento _____	69
CAPITULO V	
Investigación	
5.1 Planteamiento del Problema _____	79
5.2 Objetivo General _____	79
5.3 Objetivos Particulares _____	79
5.4 Hipótesis de Trabajo _____	80
5.5 Variables _____	80
5.6 Método _____	80
CAPITULO VI	
Resultados _____	85

	Pág.
CAPITULO VII	
Discusión y Conclusiones _____	98
Bibliografía _____	108
Anexo _____	121
Tabla 1 _____	122
Tabla 2 _____	123
Tabla 3 _____	124
Tabla 4 _____	125
Inventario Modos de Afrontamiento _____	126
Criterios de Selección Propuestos en el Programa "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza" _____	131

**MUESTREO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN UNA POBLACION CON DOLOR DE
CABEZA CRONICO
(ESTUDIO EXPLORATORIO)**

Betancourt Reyes Leticia y Figueroa Rubio Marfa Enriqueta

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

Asesora: Lic. Patricia Palacios Castañón

RESUMEN

Se realizó el presente estudio exploratorio, dentro del marco procesal, con la finalidad de muestrear las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de cefaléicos, dado que investigaciones previas han sugerido que este tipo de pacientes tiene un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento y que además las utilizan estereotipadamente. Con tal propósito se aplicó el cuestionario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, a 11 sujetos cefaléicos con un promedio de edad de 33 años, 82% femeninos, con escolaridad y nivel socioeconómico bajos, en su mayoría dedicadas al hogar. El diseño utilizado fué no experimental y de acuerdo al paradigma $(X) Y_1 Y_2 Y_3$, siendo la VD afrontamiento y la VI atributiva cefalea. Los resultados indican que las estrategias de afrontamiento utilizadas por esta muestra se dirigen principalmente al control emocional en forma estereotipada, con pocos esfuerzos conductuales para modificar la fuente de estrés, contribuyendo de esta manera al mantenimiento del dolor de cabeza, las implicaciones de estos resultados son consideradas en la discusión. Se sugiere continuar esta línea de investigación.

Descriptores: Estrategias de afrontamiento, cefalea.

Dada la carencia de investigación en nuestro país sobre el tema, el presente estudio constituye un proyecto de investigación a nivel exploratorio para determinar las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas cefaléicas. Lo anterior se llevó a cabo aplicando los lineamientos de la investigación a un diseño de tipo no experimental (Kerlinger, 1990) y bajo el Modelo Procesal (Transaccional) de Lazarus y Folkman (1986). La muestra se seleccionó empleando un método no probabilístico de tipo intencional (Kerlinger, 1990), ésta se conformó con 11 sujetos que cubrieron los requisitos señalados en el proyecto "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1986).

En esta investigación se pretende explorar los modos de afrontamiento que utilizan los cefaléicos en tres situaciones evaluadas por ellos como estresantes. La medición de la variable dependiente "afrontamiento" se realizó aplicando el cuestionario Modos de Afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1986). Para el tratamiento estadístico de los datos se emplearon las pruebas Análisis de la Varianza de Dos Clasificaciones por Rangos de Friedman, Correlación de Spearman, Moda y Mediana (Levin, 1979; Siegel, 1986).

La aportación principal de este trabajo radica en generar datos que permitan valorar la pertinencia para llevar a cabo estudios de mayor extensión y profundidad sobre el afrontamiento y su relación con el dolor de cabeza, que a su vez incrementen el acervo teórico y promuevan el desarrollo de técnicas de intervención a nivel preventivo.

La inquietud por realizar esta investigación inició al observar que a pesar del acelerado desarrollo de las ciencias Médicas y Bioquímicas

no ha sido posible dar una respuesta satisfactoria a los problemas de salud mundial; tal vez debido a que el objetivo de estas ciencias se ha centrado en el "alivio" de la "enfermedad", dejando a un lado el aspecto "preventivo". La Medicina Convencional se ha dirigido exclusivamente a restaurar las funciones biológicas del hombre, perdiendo de vista la interacción del individuo con su medio ambiente, esta simplificación del proceso "salud-enfermedad" ha conducido al fracaso en lo que respecta al control de la "enfermedad".

El aporte de la Psicología para solucionar los problemas antes mencionados, se deriva de varias líneas de investigación que la conforman. Una de ellas es la Medicina Psicosomática, cuyo interés se centra en el estrés como agente etiopatogénico (Valdés, Flores, Tobeña y Massana, 1983), tal relación se basa en el hecho de que el estrés es considerado biológicamente como un "estado de activación autónoma y neuroendocrina (córtico-suprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo (con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual" (Valdés y de Flores, 1985, p.120); de este modo la presencia recurrente de estrés promueve alteraciones importantes en el organismo deteriorando el nivel de salud. Sin embargo, este modelo comparte con la Medicina Convencional el punto de vista unicausal de la enfermedad, en donde se considera una relación unidireccional (causa-efecto), reduciendo la explicación del proceso. Es importante señalar al respecto, que este tratamiento del problema ha demostrado ser ineficaz e insuficiente por lo que ha sido necesario buscar nuevas opciones para abordar el problema.

Otra línea de investigación de la Psicología se encuentra encaminada a enfatizar la aplicación de los principios psicológicos para la promoción,

el cuidado, el mantenimiento y la rehabilitación de la salud en general de los individuos y al mismo tiempo para la prevención de la enfermedad, considerando este último como su objetivo principal. Dicho enfoque pertenece al marco de la Psicología de la Salud, que con su punto de vista pretende ir más allá del análisis causa-efecto, al incluir no solamente las variables directamente involucradas, sino también, las relaciones existentes entre éstas. Tales relaciones son consideradas bidireccionales lo cual implica la calidad de "proceso", que como tal incluye movimiento, cambio.

Es necesario aclarar que un "proceso" se refiere al desarrollo o curso de los acontecimientos, de este modo es fácil comprender que si el entorno se halla en constante cambio, de igual modo varía la relación del individuo con éste.

Ahora bien, un enfoque teórico metodológico para el estudio de dichos procesos es el Modelo Procesal (Transaccional), que plantea la existencia de una relación bidireccional, dinámica y recíproca entre el individuo y el entorno. De este modo, el nivel de salud será directamente proporcional al tipo de relación del individuo con su medio, siendo ésta, algunas veces, estresante.

Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés psicológico como "una 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" (p. 43). Es necesario enfatizar que este tipo de estrés implica una serie de alteraciones en las funciones corporales como se plantea en el modelo fisiológico, anteriormente descritas. Entre los "problemas de salud" más comúnmente asociados al estrés están el dolor

de cabeza, desórdenes gastrointestinales, diversas reacciones de la piel, alergias, hipertensión arterial esencial, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, etc.

Focalizando la atención en lo que se refiere al dolor de cabeza y su relación con el estrés, se cuenta con un amplio "vagage" experimental que reúne evidencia que apoya el supuesto de que el dolor de cabeza ocurre como una respuesta del individuo ante su medio ambiente estresante (Bakal, 1975; Beaty y Haynes, 1979; Budzynski, 1978; Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, 1973; Holm, Holroyd, Hursey y Penzien, 1986; Holroyd y Andrasik, 1978; Holroyd, Andrasik y Westbrook, 1977; Williamson, 1981). Sin embargo, la relación encontrada suele ser débil, en algunas ocasiones los procedimientos metodológicos son poco confiables o bien, los datos son contradictorios, por lo que se puede decir que la relación propuesta no se encuentra empíricamente demostrada.

Otros trabajos experimentales han intentado relacionar algunas características o rasgos de personalidad como factores predisponentes o que mantienen el dolor de cabeza (Arena, Andrasik y Blanchard, 1985; Carroble, Cardona y Santacreu, 1981; Diamond, Diamond-Falk y DeVeno, 1978; Jones y Page, 1986; Williamson, 1981). Tal relación adolece de las mismas deficiencias y contradicciones experimentales y metodológicas planteadas para la relación del dolor de cabeza con el estrés (Thompson y Figueroa, 1983).

Sin embargo y retomando el Modelo Procesal, no debe olvidarse que en los estudios anteriormente citados se busca una relación unidireccional y además se han separado los aspectos fisiológicos de los de personalidad, lo cual puede ser, en parte, la razón del fracaso en cuanto

a la explicación del fenómeno de dolor de cabeza.

Otro aspecto descuidado se refiere a que el individuo no se encuentra indefenso frente a los eventos estresantes, el individuo responde a estas situaciones con emociones, pensamientos y acciones que pueden modificar de manera drástica la valoración de una situación como estresante (estrategias de afrontamiento), esto es, el modo en que cada persona afronta el estrés también contribuye en el proceso, modulando el impacto que el evento estresante tendrá en el individuo (Holm et al., 1986) y por lo tanto en su fisiología, esto es, en su estado de salud.

Así, bajo la línea de investigación del Modelo Procesal (Lazarus y Folkman, 1986), se pretende aquí observar el modo en que personas con dolor de cabeza crónico afrontan los eventos estresantes de su vida; con el supuesto de que tal población tiene un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento y que, además las utiliza de manera "rígida" (estereotipada), esto es, que hace generalmente lo mismo sin discriminar una situación de otra. Tal suposición surge a partir de las investigaciones de la relación del estrés con el dolor de cabeza y de la personalidad con el dolor de cabeza, antes citadas.

Con tal propósito se expone en el capítulo I la conceptualización de "salud-enfermedad" como un proceso multicausado que como tal requerirá para su atención de un equipo multidisciplinario; en el capítulo II se se presenta una breve reseña sobre el desarrollo de la Psicología de la Salud resaltando la importancia de la participación del psicólogo en el sector salud, planteando también la relación existente entre el estrés y la enfermedad; el capítulo III abarca los conceptos de evaluación, afrontamiento y estrés a la luz del Modelo Procesal, que sustenta los

supuestos metodológicos de la investigación que aquí nos ocupa; dado que la población utilizada en ésta son personas con dolor de cabeza crónico, se presenta en el capítulo IV la evidencia experimental sobre las características psicológicas y afrontativas de los cefaléicos; finalmente se desarrollan los aspectos metodológicos de la investigación (capítulo V), la exposición de los resultados (capítulo VI) y la discusión y conclusiones (capítulo VII).

C A P I T U L O I

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

De acuerdo al objetivo del presente trabajo, que consiste en explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por una muestra de cefaléicos, se hace necesario delimitar el concepto "salud-enfermedad". Este asunto se vuelve relevante dado que la conceptualización tradicional de la enfermedad implica que la cefalea es un problema de interés únicamente médico y no psicológico. Es así que se presenta, en este capítulo, una breve reseña en relación a las diferentes concepciones sobre la "salud" y la "enfermedad" con el propósito de llegar a presentar la visión actual, donde dichas condiciones se incluyen en un proceso binomial, esto es, de interacción del individuo con su medio ambiente social, con lo que resulta evidente y necesaria la intervención del psicólogo con la finalidad de considerar las múltiples variables que lo conforman, consiguiendo de esta manera, una mayor comprensión y por ende la posibilidad de proponer varias opciones de tratamiento para algunos "trastornos", que han sido considerados exclusivos del dominio médico. Esto no implica la sustitución de un profesionalista por otro, sino más bien, se propone el trabajo multidisciplinario para abarcar un mayor número de las variables involucradas en el proceso "salud-enfermedad".

Es importante recordar que tradicionalmente el estudio de la "salud" y principalmente de la "enfermedad", pertenecen al campo de la Medicina, en donde estas entidades no han permanecido estáticas, sino que su explicación ha variado; por una parte, en función del desarrollo

tecnológico de los instrumentos que han permitido la observación de las funciones biológicas en general y, por otra, se han visto influenciadas por la ideología propia de cada época.

Hay que recordar que antes del siglo XVII no se separaban la "mente" y el "cuerpo" para su estudio y tratamiento (Capra, 1985; Epstein, 1992; Yalom, 1984). Las explicaciones más antiguas del fenómeno "salud-enfermedad" se relacionan con las ideas religiosas, sin hacer una división entre el comportamiento y la salud, ya que se atribuían las manifestaciones de la enfermedad como castigo por los actos incorrectos, las maldiciones, rituales o la posesión por parte de los espíritus, este tipo de visión mantenía implícitas las emociones del individuo con su estado de bienestar corporal, por supuesto se incluían comportamientos tales como el sacrificio, la oración y el poder de sugestión formando parte integral de la salud. La intervención médica, en esa época enfatizaba los aspectos filosóficos y religiosos.

Sin embargo, el brote del pensamiento lógico científico en el siglo XVII, cambia radicalmente esta visión con la dicotomía propuesta por Descartes (Capra, 1985; Epstein, 1992), así durante los últimos 300 años la Medicina Occidental ha separado para su estudio la "mente" del "cuerpo".

Para comprender lo anterior es importante señalar que las diferentes conceptualizaciones de la "salud" y la "enfermedad" se han modificado a la par del desarrollo de la Medicina; para su estudio, dicho desarrollo se ha dividido en tres etapas: 1) era premicrobiana, 2) era microbiana y 3) era postmicrobiana (Hersch y Mora, 1984).

La era premicrobiana se caracterizó por considerar a la salud

como un asunto de interés social, en donde las condiciones socio-económicas estaban en relación con el proceso salud-enfermedad y, además, se consideraba muy importante promover la salud. Debido a la falta de desarrollo de la ciencia biológica, la explicación del proceso salud-enfermedad se hacía basándose en ideas mágicas o religiosas. Esta era corresponde a la etapa de producción agrícola y termina al iniciar la etapa industrial.

La era microbiana se inicia con Pasteur, Koch y Behring. Esta era se caracteriza por un gran avance científico-médico, en especial, porque se identifica a los microbios como la causa principal de las enfermedades. Es esta concepción biologicista unicausal la que promueve que el interés del médico se centre en la "enfermedad" y no en el "enfermo", siguiendo la creencia de que una vez identificado el agente causal de la enfermedad solamente es necesario eliminarlo para así suprimir la enfermedad.

La era postmicrobiana inicia aproximadamente a mediados del siglo XX, cuando se observa que a pesar del constante incremento en las medidas higiénico-preventivas (antimicrobios) no disminuyen los índices de enfermedad. Es entonces cuando se intenta retomar la explicación multicausal de la enfermedad. Se consideran entonces, los factores socioeconómicos de la población que pueden favorecer el desarrollo de algunos procesos infecciosos, como por ejemplo el desempleo y la pobreza. Bajo esta última perspectiva, autores como Hersch y Mora (1984) enfatizan que al realizar un diagnóstico social a éste corresponde una terapéutica social, lo cual viene a configurar la "Medicina Social".

Apoyando el anterior punto de vista, el trabajo de Cristina Laurell (1982), incluye algunos hechos básicos que ponen en entredicho la concepción

del modelo puramente biologicista del proceso salud-enfermedad, observando que existen diferentes "enfermedades" según la clase social a que el individuo pertenece; tal es el caso de las llamadas "enfermedades de ejecutivos" (vgr. cardiovasculares, úlceras, alergias, etc.), así como las "infecciones gastrointestinales y desnutrición" que se dan principalmente en la clase baja.

Otro punto importante a considerar es el hecho de que la Medicina Clásica (convencional) no ha sido capaz de resolver los problemas de salud colectiva, ya que a pesar del desarrollo económico no se ha logrado la erradicación de ciertos tipos de enfermedades que en muchos casos se restituyen o bien se generan nuevas. Dadas las limitaciones, antes expuestas, del modelo unicausal, Laurell (1982) propone que es necesario rebasar las explicaciones a nivel biologicista y ubicarnos en un nivel social de explicación, en donde se define la salud-enfermedad como un problema social y por tanto colectivo.

A manera de concretar, los planteamientos de Laurell (1982) se pueden resumir en "que la salud-enfermedad es el resultado de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esta es la forma bajo la cual se apropia de ella y cómo en ese proceso la transforma. Esta apropiación de la naturaleza es ante todo social, dado que es la producción de vida material, y por eso, determinado por el modo de producción, o bien, la articulación de los diferentes modos de producción bajo los cuales se lleva a cabo" (p. 232).

Se considera aquí que si bien la concepción de Laurell (1982), sobre salud-enfermedad es muy amplia, dado su enfoque histórico-social, su postura, deja muy lejos la posibilidad de intervención terapéutica

dado que ésta consistiría en un cambio radical del modo de producción de la época; sin embargo, no se debe descuidar como punto importante a retomar en este trabajo la relevancia que entraña la relación del individuo con su medio, como una de las variables que participan en el proceso "salud-enfermedad".

Siguiendo la misma línea de pensamiento Torres y Beltrán (1986), afirman que "durante las últimas décadas han surgido criterios que, en forma casi unánime, han coincidido en el hecho de que existe un nexo interdependiente entre el desarrollo económico de un país y su bienestar social, incluido en este último el nivel de salud de la población" (p. 15). Concluyendo que "...los niveles de salud de la población están determinados en última instancia por el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y por el tipo de relaciones de producción determinantes en cada época" (p.15).

Se puede observar que al igual que Laurell (1982), Torres y Beltrán (1986), reestructuran el concepto de "enfermedad", al no considerarlo como un fenómeno unicausado, sino como un proceso multicausado en donde el contexto social juega un papel muy importante.

En esta reestructuración del concepto "salud-enfermedad" no sólo se hace énfasis en la intervención del medio ambiente sobre el individuo y viceversa, sino que además se considera la influencia de los factores genéticos y muy especialmente se marca la importancia de la conducta como evento predisponente de enfermedad como por ejemplo hábitos como el fumar, comer en exceso, etc. (McKeown, 1982).

La inclusión de estos factores en el proceso "salud-enfermedad", favorece que investigadores como McKeown (1982) ubiquen la conducta como

factor predisponente de enfermedad, vislumbrando la posibilidad de controlar este fenómeno modificando conductas. Más aún, Singer y Krantz (1982, citado por Bayés, 1985), sugieren que es posible y necesario relacionar el comportamiento con la salud y la enfermedad y proponen tres posibles modos en que se puede efectuar dicha relación: 1) los hábitos y los estilos de vida que afectan negativamente a la salud, tales como el consumo de tabaco, alcohol, etc. (modos de afrontamiento), 2) los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales tales como situaciones de estrés, y 3) el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, siendo éstas algunas categorías de comportamiento donde el psicólogo puede incidir.

Es así que se puede concluir que el concepto "salud-enfermedad", enfocado convencionalmente resulta insuficiente para explicar el proceso del continuum "salud-enfermedad", ya que esta visión biologicista deja sin considerar el factor social y de ahí se deriva la principal falla de este enfoque unicasal. Esta falla se ha manifestado en que los servicios médicos resultan insuficientes, a pesar de que se incrementan continuamente y, más aún, no se consigue erradicar a las enfermedades, sino que son sustituidas por otras, como se mencionó anteriormente.

Dada esta problemática, en el enfoque médico occidental, ha sido necesario retomar la visión holista antigua de la humanidad; en la actualidad, dos claros ejemplos son la Psiconeuroinmunología y la Psicología de la Salud. Esta última plantea que la interrelación que existe entre el individuo con su medio ambiente es determinante en el proceso salud-enfermedad.

En resumen, el "retorno" a la concepción multicausal de la enfer-

medad es el motor que ha promovido la intersección de varias disciplinas, entre ellas se puede mencionar a la Medicina, la Psicología, la Odontología, Trabajo Social, Enfermería, etc., con lo cual se abren nuevas posibilidades de acciones terapéuticas que incluyen tanto elementos biomédicos como comportamentales, así como una gran cantidad de áreas a investigar.

Acorde a esta perspectiva, es conveniente mencionar que la cefalea será tratada aquí como un fenómeno de etiología multicausada, en donde participan aspectos fisiológicos, psicológicos, culturales y medioambientales, los cuales se encuentran en continua interacción y cambio. Además, la importancia de tratar este fenómeno radica en su alta incidencia, ya que se acude por este problema en un 80% del total de las consultas para atención médica, observándose que la cefalea llega a ser causa de ausentismo laboral y que el consumo de fármacos para su atención además de costoso, tiende a generar otros trastornos de salud, efecto denominado yatrogenia (Fordyce, 1976; Keefe, 1982).

La investigación fisiológica ha demostrado que en la cefalea convergen tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, tales como la ansiedad, asertividad, locus de control, modos de afrontamiento, estrés, etc. (Jones y Page, 1986).

Prosiguiendo con el objetivo del presente capítulo, es necesario enfatizar que para efectos de este trabajo se retomará el concepto de "salud-enfermedad" propuesto por la Psicología de la Salud (área que será descrita en el siguiente capítulo), en donde se considera la interrelación del individuo con su medio ambiente como determinante en dicho proceso. Tal concepto se ha considerado, debido a que bajo este enfoque el sujeto participa, no es un receptor pasivo e indefenso ante la presencia

de agentes patógenos y cambios ambientales, sino que es un ser activo y que puede efectuar cambios (modificaciones) en esta interrelación, logrando una buena adaptación a su medio ambiente.

C A P I T U L O I I

PSICOLOGIA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud es relativamente nueva dentro del campo de la Psicología, ésta pretende realizar actividades interdisciplinarias orientadas hacia la atención integral del paciente, dando especial importancia a las influencias socioeconómicas y culturales que circundan al individuo para determinar su estado de salud,

En gran medida, la Psicología de la Salud se desarrolla a partir de los trabajos realizados en el área de la Fisiología y la Psicología Experimental, prueba de ello son los trabajos de Pavlov, quien a principios de este siglo contribuyó con su concepto de "reflejo condicionado" dando pie a la Teoría Clásica del Aprendizaje. En 1906 el fisiólogo Sherrington demostró con sus trabajos que las cogniciones pueden modificar el arco reflejo, ya en los años 20s Cannon influye en el vocabulario científico con los conceptos de "homeostásis" y "lucha o huida". En las décadas de los 40s y los 50s Dollard y Miller adaptaron algunos conceptos del psicoanálisis a la Teoría del Aprendizaje.

De manera muy importante, Selye (30s) con sus observaciones de las disfunciones orgánicas promovió las primeras teorías al respecto, explicando la intervención del estrés sobre la fisiología del organismo. Paulatinamente en el desarrollo de la Teoría General de los Sistemas, este modelo cobra auge en su mayor esplendor en los 50s, aplicándose principalmente en Psicología y Medicina.

También como parte de la Teoría General de los Sistemas y en

función de observaciones realizadas en diversas disciplinas, se desarrolla la idea de un modelo biopsicosocial en donde la enfermedad no es vista como resultado de una invasión microbiana o de alguna alteración psicológica exclusivamente, sino que es considerada como la interacción de un huésped susceptible con un medio ambiente particular.

En la década de los 60s y a partir de toda esta serie de observaciones se generan los estudios pioneros de la Psicología en el campo de la salud, con trabajos empíricos en la República de Cuba, extendiéndose posteriormente a la América Latina y Estados Unidos, así como a algunos países de Europa del bloque soviético.

En Estados Unidos, los trabajos de Miller (1969) marcan el inicio de intervenciones para padecimientos como la cefalea, tortícolis, hipertensión arterial esencial, etc., por medio de la biorretroalimentación, que consiste en adiestrar a los individuos en el control de funciones como el tono muscular, la presión arterial, la temperatura, etc.

La inclusión de estas técnicas en el campo de la salud es relevante si se toma en cuenta el excesivo incremento en el gasto de servicios de salud, la evidente incapacidad de la tecnología médica en la erradicación de enfermedades y trastornos de nuestra época, el incremento de las enfermedades colaterales debidas al uso de fármacos (yatrogenia) (Bayés, 1985), además la imperiosa necesidad de contrarrestar la indiferencia de los ciudadanos para asumir un papel activo y responsable en el cuidado de su salud.

Originalmente la solución de estos problemas fué planteada por la Medicina Comportamental la cual es definida por Pormelau y Brady (1979) como: "a) la utilización clínica de técnicas derivadas del Análisis

Experimental de la Conducta -terapia y modificación de conducta- en la evaluación, prevención y manejo o tratamiento de la enfermedad física o de los trastornos fisiológicos, y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y la comprensión de la conducta relacionada con los trastornos médicos y problemas del cuidado de la salud" (Bayés, 1985; p. 42).

Otro acontecimiento es que en 1978 la American Psychological Association crea la División 38 denominada Health Psychology (Psicología de la Salud) que tiene como objetivo principal fomentar y difundir las actividades profesionales del psicólogo para ampliar y optimizar el conocimiento en cuanto al proceso "salud-enfermedad" (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988).

Para el año de 1982 se inicia la publicación de la revista Health Psychology siendo importante mencionar que en su contenido no puede establecerse una clara diferencia en relación a los trabajos publicados en la revista Behavioral Medicine. Al respecto Bayés (1985) enfatiza que tanto la Psicología de la Salud como la Medicina Comportamental se ocupan de las relaciones entre el comportamiento y los estados de salud y enfermedad, plantean la necesidad de un cambio en la actitud del enfermo (pasivo, maleable) ante la autoridad del médico; asimismo también convergen en señalar la importancia de la planeación de actividades encaminadas a la prevención y el tratamiento, generando programas en pro de hábitos sanos que fomenten la interdisciplinariedad sistemática.

En este trabajo se asume que la diferencia entre Medicina Comportamental y la Psicología de la Salud es que la primera está restringida a la aplicación de las técnicas del Análisis Experimental de la Conducta

mientras que, la segunda incluye todas aquellas técnicas de la Psicología que se utilicen en el campo de la salud.

Así, Torres Fermat (1986) define a la Psicología de la Salud como "La actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc.) que faciliten la vinculación estrecha equipo de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afectan a la población" (p. 20).

En la actualidad la Psicología de la Salud se desarrolla en diversos países tales como Reino Unido, algunos países africanos, Australia, Israel, Japón, México y Alemania, aplicando sus conocimientos y técnicas, generando programas que no sólo se limitan a la educación en salud sino que promueven cambios en el estilo de vida, intervenciones para modificar estilos de afrontamiento y además pretende contribuir en el abatimiento de los costos de atención de salud pública (Holtzman et al., 1988). También se realizan pruebas para comprobar la efectividad de tratamientos combinados de terapia farmacológica y no farmacológica con la intención de que sean propagadas en otras culturas y sociedades diferentes a las occidentales industrializadas.

La observación de la importancia que tiene el comportamiento en la salud llevó, desde los 60s, al establecimiento de varias instituciones que reconocen la valiosa contribución que tiene el psicólogo en la prevención de las enfermedades. En estas instituciones se generaron una serie de programas con los que la Psicología de la Salud puede abordar dichos problemas.

La situación general en los países industrializados genera una serie de estresores ambientales por lo que inevitablemente se está expuesto a múltiples formas de estrés, además este modo de producción se caracteriza por una deshumanización, en donde lo que importa es la producción y no el estado o condiciones de quien produce; así la restauración de la salud ha estado dirigida a reincorporar al individuo a sus labores a la mayor brevedad posible.

Uno de los problemas más estudiado por la Psicología de la Salud es el "estrés", debido a la frecuencia con que éste se presenta en las ciudades industrializadas (Holtzman et al., 1988); sabido es que los cambios fisiológicos que lo acompañan normalmente cumplen una función adaptativa, sin embargo, la presencia continua de estrés puede potenciar algún trastorno o enfermedad, o bien, lentificar el sistema inmunológico y la función de recuperación natural del organismo (Miller, 1985). Dada la importancia del tema, éste se expondrá de manera especial al final de este capítulo.

Con respecto a esta situación Holtzman et al. (1988) mencionan que "El estrés es una experiencia compleja, individual, de características objetivas y subjetivas que se revelan en una reacción específica del cuerpo ante una situación amenazante o nociva que, si se prolonga puede conducir al agotamiento o a la enfermedad" (p. 265).

Holtzman et al. (1988) manifiestan que "el efecto del estrés no solamente está ligado a las características físicas del medio ambiente, sino también a la percepción y evaluación de la fuente de estrés, las reacciones de la conducta y emocionales hacia el mismo y el éxito o fracaso de las reacciones de adaptación" (p. 266).

La complejidad multifactorial de este problema ha requerido para su abordaje de la conformación especializada de un equipo interdisciplinario en donde el psicólogo juega un importante papel.

Además, es necesario señalar que la participación del psicólogo en el ámbito de la salud, hace algunos años se daba solamente en actividades tales como, elaborar programas educativos y de información para la población y en su defecto en selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas, o aún ejerciendo como ayudante de terapia o psicómetra en el área de salud mental como subordinado del psiquiatra.

Ahora bien, una vez superado el enfoque biologicista del proceso salud-enfermedad, como ya se mencionó, se dá paso a una actividad interdisciplinaria orientada a una visión integral del hombre y de los factores que intervienen en dicho proceso, considerando el hecho de que los estados psicológicos de una persona guardan una estrecha relación con su estado orgánico y físico, es así como la inclusión del psicólogo en las actividades de salud se ha hecho necesaria, con la finalidad de favorecer el bienestar de los habitantes de una comunidad promoviendo la integración de equipos de salud, en donde el psicólogo funge un papel activo en el sector salud.

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, los psicólogos tienen como objetivos específicos a cumplir, según Torres y Beltrán (1986):

- "1. Sensibilizar y capacitar al equipo del área salud en el empleo de algunos elementos técnicos y metodológicos de la Psicología, necesarios para lograr y mantener una comunicación efectiva con los grupos de la comunidad.
2. Motivar la participación de la población de acuerdo a sus posibilidades en los programas de salud, contribuyendo de

esta manera a la toma de conciencia de la misma, de la importancia de su participación a través de reuniones con la comunidad o entrevistas con grupos representativos.

3. Orientar las tareas encaminadas a transmitir conocimiento específico de la salud a los representantes de la comunidad.
4. Asesorar el trabajo de educación para la salud que realizan los diversos equipos del sector salud." (p. 21).

Como puede verse, un cambio importante en la actualidad es que se otorga mayor énfasis a los aspectos preventivos y promocionales que a los curativos, un ejemplo son los hábitos de higiene cuyo desconocimiento promueve enfermedades parasitarias que pueden evitarse proporcionando educación en salud. Y como señalan Holtzman et al. (1988) "los psicólogos pueden desempeñar un papel importante en estos esfuerzos dado su adiestramiento especial científico sociales y sus conocimientos sobre comunicación y tecnología de cambios conductuales, tanto a nivel individual como comunitario." (p. 269).

De este modo, la Psicología de la Salud hace énfasis en la relación del individuo con su entorno y en la participación del estrés como agente etiopatogénico, tema que por su importancia se desarrolla a continuación.

2.1 ESTRES Y ENFERMEDAD

Como ya se ha mencionado anteriormente, en el enfoque de la Psicología de la Salud se marca la importancia de la relación que el individuo mantiene con el entorno, enfatizando la participación del estrés como un factor intrínseco de la modernidad, promotor de varios trastornos

de salud. Dada la complejidad e importancia del estrés como agente etiopatogénico es necesario dedicar este espacio para exponer aspectos tales como su conceptualización teórico-experimental y, muy especialmente, presentar algunos trabajos que apoyan la existencia de un vínculo entre el estrés y el estado de salud de los individuos.

El primer problema a considerar es que así como ha ocurrido con otros, el concepto de "estrés" se puso en boga de tal manera que ha llegado a formar parte del lenguaje coloquial, aplicándose indistintamente a cualquier situación o estado anímico, con lo que se convierte en un término especialmente confuso. Este problema no es de ninguna forma novedoso, ya que este concepto tiene una larga historia de significados y sinónimos tales como ansiedad, conflictos, frustraciones, trastornos emocionales, traumas, alienación, anomalías, etc., que como puede observarse están asociados invariablemente con algo "malo", "perturbador" o "desagradable".

Actualmente, el "estrés" se asocia con el agitado estilo de vida que genera malestares (Pollok, 1988), pero suponer que suprimir los sobresaltos y tensiones propios de nuestra época, llevaría a un estado agradable y de confort que inclusive resolvería los problemas de salud, sería un craso error, ya que para algunas personas este "estilo de vida pleno de tranquilidad" resultaría monótono y aburrido y por ende "estresante".

Más aún, otro problema que se ha enfrentado al tratar de definir "estrés", es que ha sido utilizado en diferentes campos de la ciencia tales como Psicología, Endocrinología, Física, Biología, Sociología, Medicina, Fisiología, etc. (Fleming, Baum y Singer, 1984), otorgándosele en cada uno de ellos un contenido especial y diferente; por si esto fuera

poco, específicamente dentro del campo de la investigación psicofisiológica del estrés también hay confusión debido a que suele ser visto como estímulo y como respuesta; por ejemplo Miller (1953) define al estrés como "cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que al representar una amenaza cause algún cambio significativo en la conducta" (citado por Lazarus y Folkman, 1986, p. 39); en cambio, para Hans Selye (1956) el estrés constituye una respuesta ante diversos estímulos externos o internos que tiene como finalidad la adaptación del organismo (Síndrome General de Adaptación). De este modo, es fácil observar que el estrés es un fenómeno muy complejo que ha sido estudiado desde varios enfoques, pero que no han logrado explicarlo por completo.

Ahora bien, el problema se acentúa con los intentos por establecer alguna relación entre la enfermedad y la sobreactivación fisiológica, en donde se encuentran como ejemplos conocidos las investigaciones realizadas por Brady (1958) y Weiss (1968) en las cuales se relacionan los niveles de ansiedad con la aparición de úlceras. Es pertinente aclarar que en estos primeros estudios se acude al término de ansiedad para referirse a la activación fisiológica que ocurre como respuesta a determinados estímulos, sin embargo, será la posterior inclusión de los aspectos genéticos, emocionales y medio ambientales los que propician el desarrollo del concepto "estrés" propiamente dicho.

En esta misma línea Valdés et al. (1983) caracterizan la conducta ansiosa como una activación fisiológica y conducta anticipadora de miedo condicionado, siendo importante subrayar que en ocasiones esta activación fisiológica mantiene un nivel "normal", esto es, cuando la situación real de miedo amerita una activación útil y adaptativa como función de

supervivencia, pero no siempre es así, en otras ocasiones se encuentra la conducta ansiosa "patológica", cuando ésta va más allá de estas situaciones y de esta manera se vuelve continua y excesiva, provocando "desgaste fisiológico". Dicha conducta, generalmente, se acompaña de sintomatología física, la cual puede llegar a ser un trastorno fisiológico persistente (vgr. taquicardia, desórdenes gastrointestinales, dolores musculares, diabetes, cefalea, etc.) (Frenzel, McCaul, Glasgow y Schafer, 1988). Estas manifestaciones pueden ir más allá de la simple acentuación de los signos fisiológicos que genera la conducta ansiosa, finalmente promoviendo los trastornos psicofisiológicos o funcionales, además el desgaste ocurrido debilita la acción de los sistemas naturales de defensa del organismo haciéndolo más vulnerable al ataque de los organismos patógenos.

Por otro lado, es necesario considerar la observación de Levin (1978, citado por Valdés et al., 1983), según la cual se dispone de algunas pruebas fisiológicas y conductuales que demuestran que en función del control que los animales pueden adquirir ante una situación de conflicto en donde existe la posibilidad de recibir estímulos aversivos, se reduce la activación fisiológica y motora de respuesta a dichos estímulos; es decir, a mayor control de la situación menor ansiedad. Asimismo, se ha observado que es posible que los animales sobrevivan en ambientes plagados de estímulos aversivos sin estar continuamente ansiosos, ni presentar necesariamente trastornos psicofisiológicos; esto es, cuando los animales tienen la posibilidad de adquirir control de la situación se espera la ausencia de anomalías conductuales y fisiológicas.

Un aspecto importante en estas investigaciones es la evidente

dificultad para utilizar seres humanos en este tipo de experimentación por lo que se recurre al empleo de organismos infrahumanos, aclarando que no se trata de hacer una extrapolación reduccionista y lineal de los resultados obtenidos al sistema humano, sino más bien se pretende buscar una explicación parsimoniosa a procesos altamente complejos. Tomando como base el conocimiento de que como seres vivos el ser humano comparte muchas estructuras y procesos ancestrales con otros organismos (Koestler, 1986), así cada individuo constituye un sistema abierto, dado que mantiene una constante interacción con el macrosistema fomentando una retroalimentación continua (Bertalanffy, 1968).

En el mismo sentido, es conveniente recordar que la dificultad en la explicación del estrés no solamente ocurre al investigar en animales procesos humanos, sino que además cuando es posible experimentar con humanos aparecen considerables "diferencias individuales" tanto en los umbrales de activación como en los de recuperación, al respecto pueden consultarse los trabajos de las tipologías pavlovianas y también las teorías psicofisiológicas de la personalidad propuestas por Eysenck (1970).

Un intento pionero para explicar estas "diferencias individuales" fue la propuesta según la cual ocurría una mediación hipotalámico-hormonal entre la estimulación y la respuesta (Mason, 1968), señalando a la actividad emocional como causa de la activación hipotálamo-hormonal ocurrida; esta hipótesis sirve de base para el desarrollo de la teoría neuroendocrina del estrés, cuya expansión ocurre paralelamente al desarrollo de las teorías de la emoción (Valdés y de Flores, 1985).

Es así que se señala como responsable de las "diferencias individuales" a la emoción que también cuenta con múltiples explicaciones,

por ejemplo entre los exponentes de la teoría psicoanalítica se ha abordado a la emoción como una psicodinamia adaptativa, prefiriendo usar el término "afecto" para referirse a la emoción, definiéndola como una señal de alerta para el organismo para prepararse a la emergencia, con el objetivo de restaurar la seguridad (Rado, 1969), en el enfoque conductual (Watson, 1924) se plantea a la emoción como un "patrón-reacción" de respuestas no condicionadas que incluye cambios en los mecanismos corporales que generan especialmente síntomas viscerales y glandulares (citados por Plutchik 1987). Es importante mencionar que en este punto de vista se enfatiza la búsqueda de patrones, de hábitos y comportamientos y la relación de la emoción con éstos, no concediendo mayor importancia al análisis neurofisiológico de las emociones; asimismo, Tolman (1923, citado por Plutchik, 1987) profundiza la explicación de la teoría de la emoción como respuesta y la considera no como el comportamiento de una persona, sino más bien, como el "impulso" que genera tal conducta, así en la emoción para Tolman se integran las relaciones entre estímulo y respuesta estando estas reacciones del organismo encaminadas a modificar la situación estimulante. De tal modo, por ejemplo en el caso del miedo se genera una conducta de protección contra el estímulo, o bien, en el caso de la ira se generan conductas encaminadas a la destrucción del estímulo.

Posteriormente Holland y Skinner (1961, citados por Plutchik, 1987) definen a la emoción como un "síndrome de activación" que produce cambios notables en las vísceras y músculos; éstos cambios son importantes desde el punto de vista biológico si se requiere de un gran esfuerzo físico. Además, le conceden a las emociones el papel de "predisponentes", por ejemplo, en el caso de una persona enojada aumenta la posibilidad

de golpear y disminuye la probabilidad de recompensar. De aquí que se deduce que los estados emocionales (enojo, temor, etc.) no son observados por los cambios autónomos sino más bien por el comportamiento del individuo que al mismo tiempo afecta al medio. Por lo tanto se considera a la emoción como una experiencia subjetiva.

Otro enfoque en que se ha estudiado este tema es la "Teoría de la Estimulación de la Emoción" en la cual Wenger, Jones y Jones (1956) la definen como la "actividad y reactividad de los tejidos y órganos con inervación del sistema nervioso autónomo" (citados por Plutchik, 1987, p. 62) puede incluir, aunque no necesariamente, una respuesta de los músculos esqueléticos o una actividad mental.

Otra contribución para la formación de la teoría de la emoción es la de Young, en la década de los 60s, al considerar a la emoción como procesos afectivos altamente desorganizados, que se originan en algunos estados psicológicos y que se manifiestan en marcados cambios corporales en las glándulas y músculos lisos.

Ahora bien, enfatizando la importancia de los cambios fisiológicos que ocurren durante la experiencia emocional, algunos autores como Papez (en la década de los 30s), en la línea de la neurofisiología, ha propuesto que en la experiencia emocional intervienen una serie de estructuras y circuitos integrados cerebrales, los cuales promueven un modo de sentir a través de la experiencia subjetiva (Plutchik, 1987).

Complementando este tema, es relevante citar a Delgado (1966) que atribuye un peso importante a la comprensión que tiene el sujeto de la situación para que se efectúe una expresión emocional, esto es, la emoción no se considera solamente un sentimiento subjetivo, ya que

ésta puede manifestarse en una infinidad de comportamientos; las reacciones emocionales en algunos casos dependen de estímulos sensoriales mientras que otros no y la interpretación a nivel consciente es necesaria en algunas emociones particulares, pero no en todas. Además, los estudios han mostrado que los estímulos emocionales pueden ser originados en el ambiente, en la memoria y aún dentro de circuitos neurales activados por desencadenadores químicos o eléctricos (citados por Plutchik, 1987). De este modo, la obra de Delgado es una muestra sobresaliente como un intento para integrar mente-cuerpo-ambiente.

Es importante mencionar que en los enfoques antes expuestos se enfatizan las implicaciones que tiene la emoción en los niveles fisiológico y conductual, sentando la pauta para el estudio integral de estas variables que forman parte de la teoría del estrés. Sin embargo, los estudios ya mencionados omiten la participación de los procesos cognitivos en la experiencia emocional.

Profundizando en este punto, las teorías cognitivas de la emoción se encuentran encabezadas por Richard Lazarus (1975), quien plantea a la emoción como una respuesta adaptativa y como un 'trastorno complejo que incluye tres componentes: afecto subjetivo, cambios fisiológicos e impulsos de acción. Este autor considera que los cambios corporales están en función de una emoción particular y por ende de un determinado impulso a actuar. Es necesario resaltar que la parte medular del enfoque de Lazarus (1975) radica en señalar que tanto el aspecto cualitativo como el cuantitativo de la emoción, así como el impulso a la acción se centran en la "evaluación cognitiva" que realiza el sujeto en cuanto al significado presente o anticipado de la situación, en la búsqueda

de su bienestar (adaptación).

Al respecto, Folkman y Lazarus (1988) plantean que los estudios realizados sobre la emoción han sido incompletos, ya que subestiman su complejidad, al tratarla en forma unidimensional, esto es, como un impulso o activación, sin considerar que en las emociones también intervienen evaluaciones cognitivas que el sujeto elabora en función de la significancia de su relación con el medio y de los recursos que puede utilizar en pro de su adaptación.

Un claro ejemplo, ya mencionado, de esta simplificación es ofrecido por el modelo animal del estrés, en donde la emoción es vista como un activador de conductas; en este modelo únicamente se señalan dos emociones básicas: a) el miedo que promueve respuestas conductuales de evitación-escape y, b) el enojo que motiva enfrentamiento o ataque.

Haciendo un poco de historia, se tiene que las teorías cognitivas de la emoción derivan de los planteamientos de la Psicología del Yo, la cual señala el "drive" como un impulso que genera conductas encaminadas a la satisfacción de una necesidad, de este modo, el objetivo de la conducta es, básicamente, reducir la tensión que se genera cuando existe alguna necesidad. Al concepto clásico de "drive", se han añadido los "drives instintivos" que incluyen el pensamiento, el razonamiento y la curiosidad, con lo que se integran componentes cognitivos como factores promotores de conductas. En el auge que tomó la explicación cognitiva, el concepto de "cognición" reemplazó al de "drive" como causa principal de la conducta. Es así que los primeros planteamientos propiamente cognitivos de la emoción incluían el concepto de "drive", pero se explicaba en términos de arousal (activación fisiológica).

La emoción, desde el punto de vista cognitivo es tratada primeramente por Schahter (1966) y Mandler (1975) quienes consideran que la emoción es experimentada cuando se combina la percepción de activación a nivel autónomo y la interacción con la actividad cognitiva (citados por Lazarus y Folkman, 1986). De este modo, la emoción incluye tanto los factores fisiológicos como los cognitivos, estos últimos, encargados de realizar la traducción del estado fisiológico e integrarlo a la comprensión de la situación (evaluación) para retroalimentar el ciclo.

Desde el punto de vista de Lazarus y Folkman (1986) cuando se habla de emoción deben incluirse los procesos cognitivos, como la evaluación y algunos modos de afrontamiento (reestructuración cognitiva, distanciamiento), ya que estos modulan y son modulados por la emoción. Según estos autores, la emoción constituye un proceso y no puede decirse que una cause a la otra, sino que depende del momento en que éste se observe.

Así como las teorías fisiológicas y de la emoción contribuyen al desarrollo del estudio del estrés, los actuales modelos cognitivos de éste se encuentran formando parte de la Psicología Experimental y fueron desarrollados a partir de la teoría de la indefensión aprendida propuesta por Seligman (1975, citado en Spence, Carson y Thibaut, 1976), en donde se propone la participación de las variables psicológicas como determinantes de la conducta, entre estas variables deben considerarse aquéllas que se relacionan con la evaluación que el individuo realiza sobre sus posibilidades de controlar el medio con su comportamiento. Los experimentos de Seligman hacen evidentes los efectos del fracaso adaptativo al reproducir en el laboratorio estados de ansiedad, algunas formas de depresión, alteraciones del aprendizaje y síntomas

psicosomáticos, todos ellos como muestra de la presencia de una importante alteración biológica.

Ahora bien, una explicación biológica del estrés es la propuesta por Valdés y de Flores (1985) quienes lo definen como "una cognición de amenaza que activa al organismo por encima de sus recursos adaptativos, entonces el estrés es un estado antihomeostático que fuerza parámetros biológicos a un alto costo energético -que consiste biológicamente hablando de un estado de activación autónoma y neuroendocrina (córtico-suprarrenal) de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo (con cognición de indefensión e inhibición inmunológica y conductual)" (p.20).

Así el estrés tiene lugar en el momento en que alguna estimulación que resulta amenazadora provoca una activación del organismo tan rápidamente que éste no es capaz de adaptarse y atenuar sus consecuencias.

Según Valdés y de Flores (1985) "las consecuencias biológicas de la activación se concretan en el aumento de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la glucogenolisis y la lipolisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento de la secreción de ACTH, de hormona del crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales. Además hay un decremento en la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular; luego entonces, se trata de un estado biológico de predisposición al consumo de energía, desde la presunción de que será necesaria para la confrontación con el ambiente" (pp. 58-59).

En función de estas observaciones es lógico pensar que la prolongación de este estado generará problemas de salud que, curiosamente, no son los mismos para cada individuo a pesar de encontrarse en situaciones

similares; como es de suponerse existen varias teorías que tratan de explicar estas "diferencias individuales", una de ellas hipotetiza que un determinado trastorno fisiológico ocurre cuando existe un leve deterioro congénito en algún órgano o sistema (teoría del órgano vulnerable) que se acentuará o no dependiendo de la interrelación con el medio, esto es, que se presenten o no situaciones que involucren la reafirmación de la vulnerabilidad del órgano; además se ha observado que como es una característica constitucional, algunos individuos tienden a canalizar la excitación a un sistema u órgano particular, el cual puede tener algún significado para el individuo y por tanto, al replicarse situaciones similares se promueve una automatización de la respuesta fisiológica de dicho órgano o sistema (Fahrenberg, 1986; Evans y Gall, 1988).

Bajo este enfoque, Miller (1985) afirma que el estrés emocional promueve vía hormonal-hipofiso-suprarrenal una depresión en la acción del sistema inmunitario al reducir la división celular de linfocitos. Según este autor, la emoción positiva disminuye la probabilidad de enfermedad, en comparación con las emociones negativas que promueven un desgaste fisiológico al mantener altos niveles de activación; la dificultad inherente a este enfoque consiste, desde luego, en establecer el criterio para clasificar a las emociones en positivas y negativas, cuando como ya se ha señalado estas son una experiencia subjetiva. Sin embargo, los planteamientos de Miller son apoyados por Stone, Reed y Neale (1987), quienes aseguran que existe una relación entre la ocurrencia de eventos estresantes y episodios de enfermedad infecciosa. Asimismo y apoyando estas observaciones Frost, Morgenthau, Riessman y Whalen (1986), reportan una correlación entre el grado de estrés, síntomas físicos y

visitas al servicio médico tanto para problemas físicos como emocionales.

Es pertinente aclarar que el estrés no es el único factor que influye en el establecimiento de la "enfermedad", al respecto Maes y Schlosser (1987) proponen tres vías por las cuales el estrés puede favorecer el establecimiento de algún desorden "a) el estrés puede tener efectos psicofisiológicos directos los cuales pueden afectar la salud, b) el estrés puede conducir a hábitos y conductas incompatibles con la salud y, c) el estrés por enfermedad puede causar conductas patógenas las cuales influyen en el curso del desorden" (p. 569).

Sin embargo es importante aclarar que no ha sido posible encasillar los niveles de activación en parámetros generales de "normalidad" o "adaptabilidad", ya que se ha encontrado que cada sujeto tiene niveles particulares de respuesta o estilos diferentes de relacionarse con el medio ambiente, como se ha observado en sujetos caracterizados por patrón de conducta tipo "A" (Valdés y de Flores, 1985) o bien los llamados personalidad "hardiness" (Allred y Smith, 1989; Kobasa, 1979, 1981, 1982; Nowack, 1989).

Estas "diferencias individuales" pueden entenderse al considerar las experiencias pasadas, el modo de evaluar la situación y los recursos, las estrategias de afrontamiento, las relaciones interpersonales y afectivas, etc.

Por último hay que subrayar que para decir que una persona está en una situación de estrés es necesario considerar una gran cantidad de variables, las cuales generan una evaluación diferente de los eventos y de aquí que lo que resulta "estresante" para un individuo no lo es para otro. Estas variables han sido incluidas en el enfoque cognitivo

propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman (1986), donde queda definido el estrés psicológico "como una 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" (p. 43).

Es importante enfatizar que en el transcurso del presente trabajo, cada vez que se mencione el término "estrés" se hará referencia a esta última definición.

En concreto, tomando en cuenta estas referencias, se puede hablar de la existencia de la relación entre estrés y enfermedad, aunque no de un modo lineal y causal. La investigación en esta área ha sido compleja y los hallazgos contradictorios, principalmente debido a la gran cantidad de problemas metodológicos implicados en su estudio, por ejemplo la fijación de los límites para el inicio y el establecimiento de la enfermedad, de la determinación de la severidad del desorden, la evaluación del impacto de los eventos estresantes por parte del sujeto, la medición de las variables implicadas, etc. (De Longis y Folkman, 1988; Kobasa, 1979, 1981, 1982; Litt, 1988; Nowack, 1990).

C A P I T U L O I I I

AFRONTAMIENTO Y ESTRÉS

3.1 MODELO PROCESAL (TRANSACCIONAL) PARA EL ESTUDIO DEL ESTRÉS PROPUESTO POR RICHARD LAZARUS Y SUSAN FOLKMAN

Como se ha demostrado en las investigaciones expuestas en el capítulo anterior, el estrés es un fenómeno extremadamente complejo y multicausado, una de las dificultades para su comprensión ha sido la falta de metodología adecuada para abarcarlo en toda su magnitud y versatilidad. Es así que en éste capítulo se expone el Modelo Procesal o Transaccional propuesto por Richard Lazarus y Susan Folkman (1986), que plantea básicamente la necesidad de considerar al estrés como un proceso dinámico.

Como todo modelo, éste establece los supuestos metodológicos generales sobre cómo se debe estudiar el fenómeno en cuestión.

Haciendo referencia particularmente al estudio del estrés se puede observar que éste ha sido analizado en tres diferentes niveles de abstracción: fisiológico, psicológico y social.

En el nivel fisiológico se centra la atención en los aspectos bioquímicos celulares (moleculares), en el psicológico se tiene como unidad de análisis al individuo mismo y, por último el nivel social se concreta en la comprensión del comportamiento de los sistemas colectivos, todo ello obviamente, en situaciones estresantes.

De acuerdo al planteamiento anterior, es lógico deducir que en las aproximaciones para la comprensión del fenómeno estrés es necesaria

una perspectiva multidisciplinaria que facilite la interacción de los tres niveles de análisis a que puede someterse este fenómeno.

Ahora bien, dicha integración no constituye una empresa fácil debido a que la conceptualización del estrés en cada uno de los niveles es diferente, así cada uno de ellos es parcialmente independiente y al mismo tiempo son interdependientes. Esta visión contrasta claramente con el modelo de antecedentes y consecuentes, unidireccional y estático que favorece la parcialización del fenómeno perdiendo la participación de otros elementos que contribuyen a la ocurrencia de algún evento. Dando un giro, el Modelo Procesal considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca, en otras palabras, lo que en un momento es consecuencia, en otro momento puede ser antecedente y la causa bien puede ser el individuo o el entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

Es así que el Modelo Procesal constituye la base teórica que respalda el enfoque del estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986), siendo este modelo del fundamento metodológico de la presente investigación. Este modelo es una aplicación de la teoría de la dialéctica y de la teoría general de los sistemas (Lazarus y Folkman, 1986).

En forma particular, el fenómeno de estrés está formado por otros procesos también complejos como es la evaluación y el afrontamiento, por lo que para observarlos se requiere instrumentar un diseño experimental acorde a estas necesidades.

El diseño propuesto por Lazarus y Folkman (1986) es llamado "ipsativo-normativo" en donde se tiene como finalidad observar al individuo en sucesivas ocasiones en una constante comparación con él mismo, esto

se refiere a un análisis intraindividual (ipsativo) e interindividual (normativo), sin omitir el contexto en que se realizan las observaciones (Lazarus y Folkman, 1986).

A pesar de que el planteamiento teórico del diseño es claro, su aplicación práctica resulta altamente complicada debido a que al tratar de explorar al estrés, afrontamiento y adaptación en el laboratorio se presentan limitaciones tales como: a) el alto costo que implica el uso de este diseño, b) los estímulos estresantes utilizados en el laboratorio son solamente lejanas imitaciones de lo que ocurre en la vida cotidiana y, c) práctica y éticamente no es conveniente exponer a los seres humanos en el laboratorio a estrés continuo e intenso, como suele ocurrir en la realidad.

Es importante considerar que un estímulo estresante en el laboratorio no tendrá para el sujeto la importancia que tienen los eventos estresantes en su vida cotidiana y que además, independientemente de lo estresante de la situación en el laboratorio, el sujeto sabe que terminará y tiene conciencia de que está seguro, esto es, que el evento no puede considerarse realmente amenazante. A diferencia de lo que ocurre en el laboratorio, los eventos estresantes de la vida cotidiana generalmente tienen como características: la incertidumbre de su duración y/o de su control.

Cuando se trata de evaluar los resultados adaptativos debe considerarse que muchos de éstos toman su tiempo de "incubación", cuyo periodo varía de días, semanas, meses e incluso años. Luego entonces, los cortos periodos de experimentación no pueden compararse a los procesos de evaluación y afrontamiento que acontecen a corto y a largo plazo.

Otra limitación es que los estudios de laboratorio no proporcionan suficiente información sobre las variables en las situaciones estresantes que van apareciendo a lo largo de la vida de las personas.

Así, al parecer, el control preciso que se supone se tiene en las mediciones de laboratorio, no permite obtener datos que puedan ser aplicables a la vida cotidiana. La propuesta es, por lo tanto, observar el proceso en los contextos naturales, intentando considerar todas las variables implicadas. Por lo que al estrés se refiere, son especialmente importantes procesos como la evaluación y el afrontamiento que por su relevancia y complejidad requieren ser expuestos en forma particular.

3.2 EVALUACION COGNITIVA DE LOS EVENTOS

Al abordar el tema del estrés, es imprescindible considerar la función de la evaluación cognitiva, como un "proceso" modulador del impacto que producen los eventos estresantes que cotidianamente experimentan los individuos en la interacción con su medio ambiente. Más aún, debe considerarse la relevancia de las repercusiones y consecuencias adaptativas (fisiología, psicológicas y sociales) relacionadas con la evaluación cognitiva.

Sin embargo, en los inicios de la investigación del estrés, el interés principal se dirigió a la medición de las respuestas fisiológicas producidas por éste, con el objetivo de encontrar conductas observables, dada la ideología positivista que imperaba en esa época. Como ejemplos se pueden citar los modelos del reforzamiento del "drive" y el del síndrome general de adaptación, etc., en los que se excluía la participación de los procesos cognitivos, tal vez debido a la dificultad para cuantificar

las variables privadas implicadas en este proceso.

De manera incipiente, en la década de los 50s se consideró la participación de la emoción, al igualarla al concepto de "arousal" o "activación", pero reduciéndola a un fenómeno unidimensional (que implicaba manifestaciones conductuales y fisiológicas (Brown y Farber, 1951; Lazarus y Folkman, 1986; Malmo, 1959).

En estos estudios se pretendía establecer patrones de respuesta hormonal y autónoma para cada tipo de emoción, sin embargo, los resultados no mostraron consistencia en las respuestas (Fahrenberg, 1986; Lazarus y Folkman, 1986; Shapiro, Tursky y Schwartz, 1970).

Estos primeros estudios de la emoción como variable mediadora entre el estímulo estresante y la respuesta, generaron la inquietud por el estudio de la participación de la cognición en dicho proceso, dado que se observó una gran variabilidad en cuanto al modo en que las personas respondían ante eventos semejantes, promoviendo la necesidad de sistematizar el estudio de la participación de la cognición.

Curiosamente, estas observaciones no son de ninguna manera novedosas ya que, por ejemplo, el filósofo Epicteto decía "No son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opiniones que tenemos acerca de ellas" (Watzlawick, 1989, p. 20).

Ahora bien, la definición de evaluación cognitiva que se maneja en este trabajo es la propuesta por el Modelo Procesal de Lazarus y Folkman (1986), en donde "la evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse... este proceso deter-

mina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo, especialmente en relación a sus repercusiones y consecuencias... Este proceso tiene lugar en forma continua durante todo el estado de vigilia" (Lazarus y Folkman, 1986, pp. 49 y 56).

Según la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) existen dos formas básicas de evaluación: primaria y secundaria. Al respecto enfatizan que ninguna de estas debe considerarse más importante ni tampoco que una ocurra antes que la otra, la designación primaria y secundaria es el modo en que se conocen en la literatura y tal distinción se hace con la finalidad de favorecer la comprensión del fenómeno.

A su vez, la evaluación primaria puede representarse en tres formas diferentes: irrelevante, benigna-positiva y estresante.

En la evaluación irrelevante no existe necesidad o compromiso, carece de valor para el sujeto ya que no se pierde ni se gana nada; mientras que, en las evaluaciones benigno-positivas las consecuencias del evento son valoradas como benéficas generando sensación de bienestar y promoviendo emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, tranquilidad, etc. Estos tipos de evaluación no se retomarán en este estudio en donde se enfoca la atención en las evaluaciones primarias de tipo estresante.

Las evaluaciones estresantes implican significados de daño-pérdida, amenaza y desaffo. La valoración de daño-pérdida ocurre cuando el individuo resulta perjudicado físicamente, en su estima propia o social, o bien, al haber perdido un ser querido.

Por su parte, la amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas anticipadas que como tales implican consecuencias negativas, acompañadas de emociones tales como miedo, ansiedad y mal humor; es importante señalar

aquí que mientras más predecible es el futuro, las personas, tienen la oportunidad de planeación al tratar por anticipado algunas de las complicaciones que pueden encontrar en su vida, reduciendo así la perspectiva de amenaza.

Asimismo, en el desafío se realiza una valoración de la energía requerida para afrontar exitosamente una situación, incluye emociones placenteras como impaciencia, excitación y regocijo.

Tanto la amenaza como el desafío implican movilización de estrategias de afrontamiento que modifican estas evaluaciones, que no deben considerarse excluyentes entre sí, ni tampoco como fuerzas opuestas, sino más bien, estos dos tipos de evaluaciones coexisten y deben observarse por separado aunque estén estrechamente relacionadas. Esto se confirma al analizar algunas situaciones en donde las evaluaciones de amenaza y de desafío cambian, esto es, que un evento que inicialmente se califica más amenazante que desafiante en un momento dado puede, en función del afrontamiento realizado, valorarse a la inversa (Pearlin y Schooler, 1978).

Es necesario enfatizar que a pesar de esta interrelación, el desafío comparado con la amenaza genera ventajas en cuanto al proceso de adaptación se refiere, ya que promueve un mejor funcionamiento físico y moral del organismo. Tal vez debido al tipo de emociones que acompañan la evaluación de desafío, antes citadas, así el individuo se siente más confiado, emocionalmente menos abrumado y por lo tanto tiene mayor oportunidad de desarrollar recursos adecuados de afrontamiento, que aquellas personas que se perciben amenazadas y por ende inhibidos o bloqueados (Folkman y Lazarus, 1988). Al respecto se especula sobre si la respuesta

psicológica al estrés es distinta en la evaluación de amenaza o en la de desafío, suponiendo que las enfermedades típicas de la adaptación se presentan con menor frecuencia en situaciones de desafío, aunque realmente se cuenta con poca información experimental que apoye tal supuesto (Lazarus y Folkman, 1986; Schlegel, Welwood, Copps, Grochow y Sharrat, 1980).

En situaciones evaluadas como estresantes es necesario tomar decisiones de acción, éste proceso es llamado "evaluación secundaria" y está dirigido a la valoración de los recursos que posee el sujeto para afrontar la situación. En este complejo proceso se consideran las opciones de afrontamiento con el fin de lograr la seguridad para aplicar efectivamente una estrategia particular ante una situación específica.

Como es de suponerse durante esta interacción ocurren simultáneamente varios estados emocionales; al respecto Lazarus y Folkman (1986) señalan que, "las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre sí, determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional" (p. 60).

Otros componentes que intervienen en la evaluación de la situación son la expectativa de resultado y eficacia así como la percepción de control (Litt, 1988).

En conjunto, los procesos de evaluación son mediadores cognitivos tanto en la reacción de estrés como en el proceso de afrontamiento. A su vez, la reacción emocional está en función de un determinado proceso cognitivo evaluador; esto se puede ejemplificar con el trabajo de Coyne y Downey (1991) al mostrar que la gente que evalúa disponer

de apoyo social percibe los eventos estresantes como menos aversivos que aquéllas personas que no cuentan con este recurso, modulando la respuesta emocional y facilitando el proceso de afrontamiento.

Por lo tanto, en un solo encuentro estresante ocurren múltiples evaluaciones cognitivas cambiantes (reevaluación) que, implícitamente, promueven sucesivos cambios emocionales (Folkman y Lazarus, 1985, 1988; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986).

Como se ha mencionado con anterioridad, la evaluación cognitiva es un evento subjetivo, pero es evidente que tal evaluación está determinada por la constante interacción física y social del individuo con el entorno, esto es, su experiencia personal. Esta última se relaciona con el nivel de vulnerabilidad que un individuo sufre a determinadas situaciones. La vulnerabilidad, entonces, se determina en función de la gama de recursos que posee el individuo, así como por el nivel de compromiso y por el sistema de creencias, obviamente, desarrollado a lo largo de su vida.

Por lo anterior, es necesario aclarar que el compromiso es todo aquello importante para el individuo y que regula las decisiones en cuanto a lo que está en juego y de las opciones a elegir para el logro de los objetivos. La importancia de identificar el modelo de compromiso que posee un individuo radica en la posibilidad de determinar sus áreas de vulnerabilidad. Así, el sistema de creencias se refiere a aquello que se piensa es la verdad, son nociones de la realidad que funcionan como lente perceptual y que por lo tanto determinan el significado de la situación. Además, se observa que el compromiso implica cuestiones de valores teniendo una gran carga emocional a diferencia de las creencias que por

si mismas generan una respuesta emocional prácticamente neutra.

Al respecto debe señalarse que cuanto mayor compromiso existe en relación a una creencia aumenta la vulnerabilidad del individuo, cuando se enfrenta a situaciones que evalúa estresantes (Lazarus y Folkman, 1986; MacLeod y Hagan, 1992).

También es importante mencionar que hay factores situacionales que influyen en el proceso de evaluación, entre estos se cuentan las situaciones novedosas en las que, relativamente, el sujeto carece de experiencia para afrontarlas; las situaciones que tienen algún indicio de predictibilidad con lo que pueden hecharse a andar mecanismos de afrontamiento anticipativo; la incertidumbre de la ocurrencia de un acontecimiento tiene un alto potencial generador de estrés psicológico ya que provoca un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio, esto es, el hecho de no tener la seguridad de la ocurrencia o no de un evento determinado prolonga el proceso de evaluación y reevaluación generando pensamientos, sentimientos y conductas conflictivas que llevan a sentimientos de desesperanza y confusión (Lazarus y Folkman, 1986).

En la evaluación también influyen factores temporales tales como la inminencia y duración de un evento, que se refieren al tiempo previo a la ocurrencia de un evento y al tiempo en que se desarrolla tal evento, respectivamente. Además, la incertidumbre de la presencia o no de un acontecimiento estresante en función de las señales de amenaza, participa de modo importante en la evaluación.

Este conjunto de factores determina el nivel de ambigüedad en la percepción del entorno. En los eventos estresantes de la vida diaria

se presenta en mayor o menor grado la percepción de ambigüedad, que como ya se indicó, se refiere a la falta de claridad o deficiencia en las señales del entorno que permitan el afrontamiento anticipativo.

La determinación del significado de una situación también se ve influida por los factores personales (sistema de creencias, experiencias, compromisos, etc.) en forma proporcional al grado de ambigüedad de una situación dada.

Finalmente hay que mencionar que los procesos de evaluación cognitiva no necesariamente ocurren en forma consciente, racional y voluntaria.

En resumen, la evaluación cognitiva aún siendo un evento subjetivo depende de la relación del individuo con su medio ambiente; así, se determina el grado en que afecta al individuo una situación específica y los recursos que posee, resultando de esta transacción la forma en que afrontará la situación, como se expone a continuación.

3.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Una vez que se ha expuesto lo referente a la evaluación cognitiva, en donde el individuo valora el grado en que una situación le afecta así como los recursos de que dispone para hacer frente al problema, no queda más que explorar las formas en que ésto se puede llevar a cabo, así como las variables internas y externas que influyen en este proceso de afrontamiento. De esta manera puede entenderse que la función principal del afrontamiento es la reducción del estrés promoviendo así la adaptación al medio. Otro punto importante a tratar es precisamente la relación que guarda el afrontamiento con el nivel de salud de los organismos, particularmente con la cefalea.

Si se entiende por afrontamiento todo aquello que el individuo hace para enfrentar el estrés y recuperar su homeostásis, es fácil deducir que en la evolución de la Psicología esta variable ha sido tratada desde varios enfoques y utilizada en diversas escuelas terapéuticas, siendo su finalidad desarrollar recursos adaptativos en los sujetos, en la búsqueda de una óptima interrelación con su medio (Meichenbaum, 1977).

En la tradición psicológica se ha estudiado al afrontamiento desde dos vertientes teórico-empíricas: una es la experimentación tradicional con animales y otra es la teoría psicoanalítica del ego.

Hay que recordar que la experimentación tradicional con animales está influida por las teorías de Darwin, quien explica que para sobrevivir, los organismos tuvieron que adquirir habilidades para discriminar estímulos nocivos y acciones para enfrentarlos, ya sea del tipo escape-huida o bien confrontación con el evento; así, en esta postura se enfatiza la participación del sistema nervioso en la actuación del organismo frente al estrés. En este modelo se cuentan los trabajos de Miller (1980), Ursin (1980), Obrist (1981) en donde, de manera general se entiende frecuentemente el afrontamiento como los actos que regulan las condiciones aversivas del entorno, reduciendo así el grado de alteración psicofisiológica que éstos generan (citados en Lazarus y Folkman, 1986); por lo tanto, es conveniente resaltar que este enfoque adolece de cierta limitación por su visión unidimensional centrado en la conducta excluyendo los factores cognitivos.

Por otro lado, en el modelo psicoanalítico del ego, aunque se otorga mayor relevancia a las variables cognitivas incluyendo varios procesos orientados a la manipulación del entorno y define al afrontamiento

"como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por lo tanto reducen el estrés" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 141); no obstante, las formas de afrontamiento son consideradas un "rasgo" estructural de la personalidad, siendo esto una limitación al hacer una clasificación de los individuos, olvidándose de la versatilidad del proceso.

Como puede verse ambos modelos carecen de una visión global del fenómeno, por lo que se presenta como una alternativa para salvar estas deficiencias el punto de vista multidimensional de Lazarus y Folkman (1986) en donde se concibe el afrontamiento como un esfuerzo deliberado para recuperar la homeostásis; sin embargo, hay que aclarar que éste no debe confundirse con las conductas adaptativas automatizadas, esto es, conductas que forman parte del repertorio conductual de respuesta y que emergen como un reflejo, cabe señalar que no siempre puede hacerse una clara distinción entre éstas, pero se considera que cuando una situación es novedosa la probabilidad de que ocurra una respuesta automatizada es mínima, pero si la situación se presenta recurrentemente las respuestas se volverán automáticas a medida que son aprendidas (Lazarus y Folkman, 1986). Así pues, el afrontamiento se conforma de una gama de recursos cognitivos y conductuales que se adquieren a través de la experiencia de aprendizaje del sujeto a lo largo de su vida, algunas veces se considera como un índice de adaptabilidad la rapidez con que un organismo automatiza una respuesta dejando atrás los esfuerzos realizados en la adquisición de ésta.

Ahora bien, en el lenguaje coloquial se confunde el afrontamiento con los resultados de éste, siendo importante establecer una clara diferen-

cia entre ellos. El afrontamiento incluye todo aquello que se hace con la finalidad de reducir el estrés, independientemente del resultado. Así, no puede hablarse de una estrategia "buena o mala", "eficaz o ineficaz", ya que el resultado está determinado por la evaluación personal de la situación específica dentro de un contexto particular, y no por la estrategia de afrontamiento en sí misma. De este modo, independientemente de la estrategia que se utilice, se supone que el mejor afrontamiento es aquél que promueve cambios en la relación del individuo con su entorno en el sentido de mejorarla, enfatizando que esta evaluación es totalmente subjetiva. Además, de suma importancia es no pensar que el afrontamiento es únicamente lograr dominio sobre el entorno, sino que se pretende una saludable convivencia con el ambiente externo del sujeto (adaptación) (Pearlin y Schooler, 1978).

Concretando, Lazarus y Folkman (1986) proponen la siguiente definición de afrontamiento: "...aquellos 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" (p. 164).

Como puede observarse esta definición supera a las anteriores al otorgar al afrontamiento la cualidad de proceso (constantemente cambiante), así también enfatiza que el afrontamiento se limita a ciertas situaciones que desbordan los recursos adaptativos del sujeto y requieren de un esfuerzo para su movilización, con lo que se diferencia de forma clara de las conductas adaptativas automatizadas. Además, en el proceso de afrontamiento visto a la luz de esta definición, se incluye cualquier cosa que el individuo haga o piense sin importar el resultado obtenido

y, por último el uso de la palabra "manejar" implica minimizar, evitar, tolerar y aceptar las situaciones evaluadas como estresantes sin que esto se refiera exclusivamente al logro del dominio del entorno.

Ahora bien, profundizando en la particularidad del afrontamiento como proceso hay que tomar en cuenta que la evaluación inicial del evento estresante genera una estrategia de afrontamiento determinada, que bien puede estar dirigida a modificar el entorno y/o promover cambios en los significados de la situación, a continuación ocurrirá una reevaluación que a su vez dictará las siguientes estrategias a utilizar y así sucesivamente hasta lograr la adaptación, sin olvidar que en ocasiones ocurren cambios en el entorno sin que participe el individuo. Es así que el afrontamiento es un proceso constantemente modificado por las reevaluaciones que realiza la persona del estresor. La investigación al respecto sustenta la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) sobre la existencia de dos formas básicas de afrontamiento; uno dirigido al problema y su objetivo es manipular o alterar directamente el problema y el otro está encaminado a regular la respuesta emocional que acompaña al problema y se define como afrontamiento dirigido a la emoción.

Así, en el afrontamiento dirigido al problema la atención se enfoca a la definición, a la búsqueda de soluciones y a la consideración sobre el costo, el beneficio y la probabilidad de ejecutar tales soluciones. Es necesario aclarar que este tipo de estrategias no solamente intervienen directamente en el entorno externo sino que también actúan sobre aspectos internos del individuo, por ejemplo la persona puede diseñar la forma de resolver paso a paso una situación difícil, siendo esta estrategia dirigida al problema, pero que ocurre a nivel cognitivo, obviamente,

acompañada de modificaciones en la percepción de la situación.

Ahora bien, en el afrontamiento dirigido a la emoción el objetivo es disminuir la alteración emocional por medio de acciones y pensamientos de evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y el otorgar valores positivos a las situaciones que fueron evaluadas como negativas. Todo esto promueve cambios en la reevaluación del acontecimiento sin que se haya modificado la situación objetiva. Un punto relevante al respecto es que no debe confundirse este tipo de afrontamiento con la reevaluación cognitiva, cuya función se limita a recibir la nueva información de lo que está ocurriendo en el entorno, de su importancia y de lo que puede hacerse, como ya se ha explicado anteriormente.

En general, el afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza con mayor frecuencia en aquellas situaciones lesivas, amenazantes o desafiantes que son evaluadas como imposibles de modificar; a diferencia del afrontamiento dirigido al problema que tiende a ocurrir en situaciones evaluadas como susceptibles al cambio.

De hecho, ambas formas de afrontamiento coexisten y pueden algunas veces interferirse entre sí, facilitando o dificultando la aparición de la otra. Lógicamente, la efectividad para afrontar una situación se ve potenciada por el uso combinado de ambas formas de afrontamiento, sin olvidar por supuesto que todo depende de la evaluación del contexto y la situación personal (Conway y Terry, 1992; Felton y Revenson, 1984; Pearlin y Schooler, 1978; Rosenbaum, 1989).

Como ya se ha mencionado el afrontamiento está asociado con la evaluación cognitiva y responde a la pregunta ¿qué puedo hacer? por lo

que es preciso mencionar que esto tiene relación con los recursos que posee el sujeto y más que nada con la utilización pertinente de éstos. Por lo tanto, lo adecuado o no del uso de alguna estrategia de afrontamiento se limita al contexto y a la situación en que ésta se utiliza (Aldwin y Revenson, 1987; Conway y Terry, 1992; Fleming, Baum y Singer, 1984; Meeks, Carstensen, Tamsky y Wright, 1989; Pearlin y Schooler, 1978).

Otro aspecto para valorar la eficacia de las estrategias de afrontamiento es tomar en cuenta dos niveles para examinarlas en diferentes situaciones y con los mismos individuos; el primer aspecto a considerar es la "complejidad" y hace referencia al grado en que se utilizan una (estilo único) o varias estrategias de afrontamiento (estilo complejo); el segundo nivel se refiere al grado en que la persona repite o modifica una estrategia o el mismo grupo de éstas en situaciones distintas. La anterior consideración es importante, ya que trabajos como el de Pearlin y Schooler (1978) indican que existe una relación entre la amplitud del repertorio de afrontamiento (complejidad) y la disminución del estrés; otras investigaciones favorecen la flexibilidad en el afrontamiento al asociarla con la adaptabilidad (Murphy y Moriarty, 1976 citado por Lazarus y Folkman, 1986); obviamente, un estilo rígido de afrontamiento conlleva la dificultad para la adaptación y en casos extremos a patología (Shapiro, 1965 citado por Lazarus y Folkman, 1986).

En relación a los recursos, debe aclararse que no es lo mismo contar con ciertos recursos que saber emplearlos (Satir, 1991), los recursos para el afrontamiento incluyen aspectos tales como el estado de salud de una persona, sus creencias, su locus de control, sus habilidades sociales, el apoyo social con que cuente, su modo de resolver los problemas,

sus recursos económicos, su estado de ánimo, su nivel de depresión, etc. (Anderson y Arnoult, 1989; Bierman y Montming, 1993; Billings y Moos, 1981; Blake y Vandiver, 1988; Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1986; Fondacaro y Moos, 1989; Hanson, Cigrang, Harris y Carle, 1989; Kolenc, Hartley y Murdock, 1990; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, Fenn y Billings, 1988; Nelson, 1990; Nowack, 1989; Parkes, 1984, 1986; Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Smith, Patterson y Grant, 1990).

Del mismo modo puede entenderse que disponer y aplicar los recursos para el afrontamiento incrementan la resistencia al estrés modulando el riesgo de "enfermedad" (Holahan y Moos, 1990).

Por otro lado también hay que señalar que factores tales como las condiciones personales (valores, creencias, déficits psicológicos, etc.), condiciones ambientales (laboral, familiar, económica, etc.), el grado de amenaza (evaluación primaria y secundaria), el compromiso con la situación, etc., pueden ser limitantes para el uso de los recursos para afrontar. Luego entonces, y como ya se mencionó, el afrontamiento se configura a lo largo de la vida modificándose y enriqueciéndose con las experiencias del sujeto, al mismo tiempo ocurre un moldeamiento a los valores y creencias culturales, que de alguna manera restringen el afrontamiento a formas normalizadas por una sociedad determinada (Dorland y Hattie, 1992).

Recapitulando, se puede concluir que no importa cómo se definan los procesos de evaluación y afrontamiento a fin de cuentas lo que importa es su participación en la adaptación social, moral y estado de salud del organismo, Lazarus y Folkman (1986) lo expresan así "...la calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física van ligadas a las

formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida" (p. 203).

También se ha mencionado que el estrés no puede calificarse como bueno o malo en sí mismo, sino que su cualidad depende de la cantidad, clase, momento en que acontece y en qué situación social y personal resulta perjudicial o benéfico para el sujeto.

Por lo tanto, puede deducirse que las consecuencias adaptativas a corto y largo plazo en el funcionamiento social, moral y de salud del organismo pueden comprenderse en términos de factores efectivos, afectivos y fisiológicos. De este modo, no puede decirse que un resultado, satisfactorio o no, a corto plazo lo siga siendo a largo plazo. Por lo que es elemental insistir en observar al individuo en varias ocasiones y contextos distintos antes de poder determinar las características propias de su moral y de sus recursos.

Sin restar importancia a los aspectos de adaptación moral y social, en este trabajo se ahondará exclusivamente en las consecuencias adaptativas del afrontamiento sobre la salud; ya que un déficit en éste no cumplirá con su función de adaptación al estrés, con lo que los cambios fisiológicos que ocurren durante éste se mantendrán y promoverán por ende trastornos en la salud, como ya se ha mencionado en el capítulo I.

Otras formas particulares en que el afrontamiento puede afectar negativamente a la salud del individuo son aquéllas que se refieren a la regulación de la frecuencia e intensidad de las reacciones neuroquímicas al estrés (Dienstbier, 1989); esto se da cuando se deja de prevenir el daño de algunas condiciones ambientales, al no regular la alteración emocional en situaciones amenazantes, o bien, en la rigidez perjudicial de algunos estilos de afrontamiento, un ejemplo común es el patrón de

conducta tipo "A"; otra forma es aquélla en que el afrontamiento incluye el consumo excesivo de sustancias nocivas tales como el alcohol o el tabaco (Abrams et al., 1992; Banaji y Steele, 1989; Nowack, 1989), o bien encaminarse a actividades que arriesgan su bienestar, por último, cuando el afrontamiento se dirige exclusivamente a la emoción no genera conductas adaptativas que favorezcan el estado de salud, para ejemplificar, en los procesos de enfermedad tanto la negación como la evitación son consideradas estrategias de afrontamiento inefectivas debido a que el individuo no desarrolla estrategias dirigidas al problema con lo que se favorece el deterioro en la salud (Blake y Vandiver, 1988; Crook, Tunks, Kalaher y Roberts, 1988; Felton y Revenson, 1984; Frenzel et al., 1988; Nakano, 1989; Smith et al., 1990; Srivastava y Singh, 1988).

Todo lo anterior hace evidente la participación que tiene el afrontamiento en el estado general de salud del organismo, más aún, la investigación de Zeidner y Hammer (1990) indica que la medición de las estrategias de afrontamiento en adolescentes puede fungir como índice predictivo de salud, siendo de especial importancia como un medio de intervención primaria.

De este modo, los déficits afrontativos se han relacionado con síntomas de estrés tales como hipertensión, asma, diabetes, cefalea, etc. (Frenzel et al., 1988; Hanson et al., 1989; Maes y Schlosser, 1988; Passchier, Goudswaard, Orlebeke y Verhage, 1988; Sorbi y Tellegen, 1988).

Particularizando, las investigaciones han mostrado que las personas que sufren de dolor de cabeza se caracterizan, psicológicamente, por su rigidez, marcada tendencia a la actividad cognitiva y deficiente utilización de su repertorio afrontativo (Blanchard et al., 1982; Holm et

al., 1986; Palacios, Figueroa y Rojas, 1987; Palacios, Rojas, Figueroa y Lopes, 1991; Ramos, 1989): tema que se desarrolla en el capítulo IV.

En esta investigación se realiza un muestreo de las estrategias de afrontamiento en cefaléicos, utilizando el cuestionario de Modos de Afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1986) que se presenta en el anexo.

Cabe aclarar que si se entiende el afrontamiento como un proceso complejo, que al igual que el estrés y la evaluación, se explica procesalmente (Lazarus y Folkman, 1986) recordando que con ello se hace referencia a un proceso de intercambio continuo de información entre el sujeto y su medio, entonces es lógico justificar la utilización de este instrumento, desarrollado por los autores que han estudiado el fenómeno desde esta perspectiva.

Más aún, se considera en este trabajo que la aplicación del modelo procesal es imprescindible para la comprensión del fenómeno si se toma en cuenta la multifactorialidad y dinámica de éste, aquí se evalúa como inadecuado el uso de las mediciones tradicionales ya que tienen una visión unidimensional, perdiendo la riqueza y complejidad que caracterizan, como ya se ha mencionado, a estos procesos (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986).

Muy particularmente, Lazarus y Folkman (1986) señalan la importancia de efectuar mediciones repetidas de estos procesos, que permitan captarlos en una mayor magnitud.

En cuanto a la medición del afrontamiento se han creado otros métodos e inventarios, por ejemplo Billings y Moos (1981), Fernández (1986), Menaghan (1982), Nowack (1989), Stone y Neale (1984), entre otros.

Ahora bien, el cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), que se utiliza en esta investigación, ha sido considerado adecuado para la medición del afrontamiento (Fleming et al., 1984) y utilizado en varios estudios, vgr. Bolger (1990), Felton y Revenson (1984), Folkman y Lazarus (1986, 1988), Folkman, Lazarus, Pimley y Nowack (1987), Parkes (1984), Turner, Clancy y Vitaliano (1987), Aldwin y Revenson (1987).

Este cuestionario fue diseñado originalmente por Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne y Lazarus en 1980 (Vitaliano, Russo, Carr, Maiura y Becker, 1985) y fue adaptado y utilizado por Folkman y Lazarus en 1980, estas dos versiones del cuestionario de afrontamiento se sometieron a pruebas de confiabilidad y validez (Vitaliano et al., 1985) quien concluye que la versión propuesta por Lazarus y Folkman es un instrumento con un nivel de confiabilidad de consistencia en un rango de .60 a .86 en las categorías y considera que éste cuenta con una validez "respetable" por lo que se perfila como una promesa para medir un amplio rango de estrategias de afrontamiento.

En el trabajo de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) el cuestionario de Modos de Afrontamiento, es sometido a una prueba multivariada de análisis de factor, dando como resultado la agrupación de los 68 reactivos en las 8 categorías que se describen a continuación.

1. Afrontamiento Confrontativo

Reactivos: 6, 7, 17, 28, 34 y 46

Aquí se describen esfuerzos agresivos para alterar la situación (por ejemplo: "Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión", "Me mantuve firme y peleé por lo que quería"); también sugiere

un grado de hostilidad (por ejemplo: "Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema") y correr el riesgo ("Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada", "Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado").

2. Distanciamiento

Reactivos: 12, 13, 15, 21, 41 y 44

Describe esfuerzos para adaptarse uno mismo de la situación ("Intenté olvidarme de todo", "No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo"). También se refiere a la creación de un punto de vista positivo ("Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno").

3. Autocontrol

Reactivos: 10, 14, 35, 43, 54, 62 y 63

Describe esfuerzos para regular los sentimientos propios ("Intenté guardar para mí mis sentimientos") y acciones ("Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso").

4. Búsqueda de Apoyo Social

Reactivos: 8, 18, 22, 31, 42 y 45

Describe esfuerzos para buscar apoyo informal ("Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación"), apoyo tangible ("Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema") y apoyo emocional ("Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona").

5. Aceptación de la Responsabilidad

Reactivos: 9, 25, 29 y 51

Se reconoce el papel personal en el problema ("Me criticqué o me sermoneé a mí mismo", "Me dí cuenta de que yo fui la causa del problema") tratando

de poner las cosas en su lugar ("Me disculpé o hice algo para compensar", "Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez").

6. Escape-Evitación

Reactivos: 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 y 59

Describe el pensamiento deseoso ("Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo") y esfuerzos conductuales para escapar o evitar ("Evité estar con la gente en general", "Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.", "Dormí más de lo habitual en mí").

7. Planeación para la Solución del Problema

Reactivos: 1, 26, 39, 48, 49 y 52

Describe esfuerzos deliberados enfocados al problema para alterar la situación ("Sabía lo que tenía que hacer así que redoblé mis esfuerzos para resolver el problema") aunado a una aproximación analítica para la solución ("Yo hice un plan de acción y lo seguí", "Pensé diferentes soluciones para el problema").

8. Reevaluación Positiva

Reactivos: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60

Describe esfuerzos para crear un significado más, enfocándolo a la superación personal ("Cambié, maduré como persona", "Salí de la experiencia mejor de lo que entré"), también tiene un tono religioso ("Tuve fé en algo nuevo", "Recé").

Como puede observarse la agrupación resultante del análisis de factor realizado por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) incluye solamente 50 reactivos, ahora bien, para el análisis estadístico de la presente investigación se consideraron solamente estos

50 ítems.

De este modo, la utilización de este inventario en población mexicana es un estudio pionero, enfatizando que esta investigación queda a nivel exploratorio debido al pobre número de casos al que se tuvo acceso (11 casos, 3 aplicaciones del cuestionario por sujeto); al respecto es pertinente señalar que se pretendía configurar una muestra que constara de 40 sujetos y el propósito inicial abarcaba 4 aplicaciones por sujeto del inventario, tratando de cumplir el requisito de mediciones repetidas, pero problemas como la altísima deserción (en el programa general) durante la evaluación psicológica, tal vez debido a: 1) el costo del servicio (considerando que aunque económico, representaba un gasto periódico y prolongado) y gastos extras (transporte); 2) falta de aceptación del servicio psicológico ofrecido y 3) indisposición por parte de la población atendida para acudir dos veces por semana a la clínica y, en algunas ocasiones la "prohibición" del cónyuge para la asistencia a las sesiones terapéuticas (Betancourt y Figueroa, 1992), no permitieron alcanzar dicho objetivo.

Más aún, conociendo la actitud de demanda inmediata de atención de la población cefaléica, se especula que la extensión y estructura del cuestionario contribuyeron a la deserción del programa, limitando drásticamente el número de la muestra.

A propósito de la extensión y estructura del cuestionario, investigadores como Stone y Neale (1984) intentaron salvar estas dificultades proponiendo un cuestionario de 55 reactivos, a decir de éstos autores, para mejorar metodológicamente el estudio del afrontamiento se requiere de aplicaciones diarias efectuando estudios longitudinales, evidentemente,

aunque esta propuesta es buena, en lo que a extensión se refiere es muy difícil reducir el número de reactivos dada la complejidad y variedad de opciones para afrontar los eventos estresantes.

En resumen, dada la complejidad y riqueza de los procesos de estrés, evaluación y afrontamiento, el modelo procesal de Lazarus y Folkman (1986) ofrece la posibilidad de comprender su dinámica otorgando simultáneamente bases estructurales para el diseño experimental, sin olvidar que para realizar investigaciones de este tipo se requiere de una adecuada infraestructura profesional, cultural y económica.

Enfatizando que el hecho de abordar en este estudio solamente la medición del afrontamiento no implica la consideración aislada de esta variable, hacerlo de esta manera ayuda a la obtención de datos que deben ser integrados al proceso global para su comprensión.

Es importante resaltar ahora que la evaluación cognitiva aún siendo un evento "subjetivo", depende de la relación del individuo con su medio ambiente, en la que se determina el grado en que le afecta una situación específica, realizando al mismo tiempo una valoración de los recursos que posee, a esta transacción sigue el afrontamiento que ejecutará el sujeto buscando adaptarse al menor costo posible. Como se ha mencionado, las consecuencias de la sobreactivación a nivel fisiológico, psicológico y social, son muy variadas tanto en su cualidad como en el grado de desorden que pueden generar. En forma particular y en lo que a problemas de salud se refiere, uno de los trastornos asociados con más frecuencia al estrés y que tiene una alta incidencia en la población es el dolor de cabeza, característica principal de las personas que participan en este estudio y al que se dedica el siguiente capítulo.

C A P I T U L O I V

CEFALEA Y AFRONTAMIENTO

Como se ha expuesto los capítulos anteriores el fracaso adaptativo suele promover problemas de salud de diversa índole y complejidad; uno de éstos es la cefalea, tema que se desarrolla en este capítulo con el propósito de presentar tanto aspectos fisiológicos como psicológicos que se involucran en el dolor de cabeza, se expondrán brevemente algunos datos epidemiológicos sobre el mismo, así como la reseña de algunos trabajos experimentales relacionados con la población cefaléica, especialmente aquéllos que hacen referencia al modo de afrontamiento utilizado por dicha población.

En la actualidad, uno de los problemas por los que con mayor frecuencia se acude al servicio médico es el "dolor de cabeza". La alta incidencia de este malestar puede atribuirse a que muchas veces se presenta no precisamente como una "enfermedad", sino más bien como un síntoma que como tal cuenta con una etiología compleja y muy variada, esto dificulta su diagnóstico y tratamiento en la práctica médica y psiquiátrica (Keefe, 1982).

Desde la perspectiva médica, básicamente, se señalan tres tipos de procesos como causa del dolor de cabeza:

- a) Mecánicos: bloqueo de los senos paranasales por infección, dilatación de de los vasos sanguíneos por pasajero exceso de suministro de sangre que puede ser producido por elevaciones en la presión. Algunas veces los

vasos se dilatan debido a la presencia de alguna enfermedad infecciosa que provoca un aflujo de fluido en el cuerpo. También debe tomarse en cuenta que un gran porcentaje de las cefalalgias ocurre debido a la tensión de los músculos de la cabeza y cuello y, otros por tensión emocional. resultado de la ingestión de demasiado alcohol o algún otro producto tóxico.

b) Tóxicos:

c) Funcionales:

las partes y fenómenos afectados no revelan ninguna enfermedad. Aquí, no se detecta causa física alguna ni se aprecian cambios tisulares, aún tras el exámen más riguroso. En cambio, puede remitirse a menudo a alteraciones mentales o emocionales. El dolor es tan intenso como si tuviera origen físico claramente definido. "El estudio y tratamiento de tales fenómenos corresponde a la medicina psicosomática que examina la interacción de la mente y el cuerpo" (Morris, 1967)

A partir de estos tres tipos se desprenden múltiples causas de cefalalgia. Aunque es importante mencionar que el tejido encefálico no es sensible al dolor, pero sí las membranas que lo recubren y las estructuras con él asociadas. Así, cuando aumenta el suministro sanguíneo se produce una distensión en la membrana y por consiguiente aparece el dolor. De este modo, se puede comprender que cualquier estimulación interna y/o externa que cause presión en dicha membrana producirá dolor.

Realmente, debe considerarse que cualquier perturbación registrada

en una pequeña parte aislada de la cabeza, especialmente los ojos, puede traducirse en dolor generalizado. El excesivo uso de la vista en la lectura o trabajo o con luz deslumbradora puede causar cefalalgia, al igual que el esfuerzo que se realiza cuando se tiene algún defecto visual. Al respecto, puede consultarse la clasificación propuesta por el Ad Hoc Committee (1962), en donde se proponen 16 tipos diferentes de dolor de cabeza.

Es pertinente aclarar que la presente investigación forma parte del programa general "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1986) en donde se ha trabajado con personas con cefalea tensional, mixta o migrañosa seleccionadas de acuerdo a los criterios establecidos en dicho programa (anexo); éste se generó como respuesta a la necesidad de ofrecer a la población quejosa una forma diferente de atención para su problema, recordando que en el modelo biomédico, dada su visión unidimensional, no se otorga suficiente importancia a los aspectos psicológicos participantes en el dolor de cabeza, como ya se ha expuesto ampliamente en el capítulo I.

Acorde al programa general se han desarrollado una serie de trabajos con el objetivo de esclarecer la participación de los factores psicológicos en dicho padecimiento (Arias, 1992; Beltrán, 1991; Benitez, 1992; Medina, 1993; Ramírez, 1991; Ramos, 1989; Rodríguez, 1992).

Particularmente esta investigación constituye un estudio exploratorio encaminado al muestreo de las formas de afrontamiento en la población cefaléica.

Ahora bien, es necesario enfatizar que la dificultad para establecer un diagnóstico y por ende un tratamiento adecuado para el dolor de cabeza,

se complica cuando resulta ser un problema de salud que cuenta en Estados Unidos, con una incidencia del 40% aprox. de la población con algún tipo de dolor crónico; tal situación ocasiona deterioros en los índices de salud poblacional y merma el nivel económico, debido a la inversión monetaria necesaria para proporcionar atención a la población afectada (Bonica, 1980; Kerrey y Hofschire, 1993; Mash y Hunsley, 1993). A lo anterior debe sumarse el ausentismo laboral y el deterioro en el rendimiento cotidiano de las personas, que se observa aún en las amas de casa, una propuesta para solucionar este problema se refiere a la inserción del psicólogo, como ya se mencionó en el capítulo 2, quien participaría tanto en la reducción de la incidencia del problema como para abatir los costos para la atención de la salud pública (Kerrey y Hofschire, 1993; Mash y Hunsley, 1993).

En función de lo anteriormente dicho, se puede suponer la importancia del estudio y desarrollo de nuevas opciones para el abordaje de este problema, especialmente en lo referente a aquellos dolores de cabeza que son clasificados como "funcionales" o "psicógenos", para los cuales el tratamiento farmacológico no puede ofrecer ninguna alternativa.

Siendo aquí el tema principal este tipo de dolor de cabeza que por carecer de asociación con aspectos orgánicos, invita a tomar en cuenta la participación de factores medioambientales, así como elementos de naturaleza psicológica, pero sin olvidar que la etiología del problema es multifactorial.

Bajo este enfoque, concretamente, la cefalea se entiende como "todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variable, de etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica, entendidos

éstos como la interacción del individuo con su medio ambiente" (Palacios y Rojas, 1986, p. 2). Al respecto, autores como Holm et al. (1986) han enfatizado la relevancia de los factores psicológicos en el origen y mantenimiento de las cefaleas crónicas.

Centrando la atención en estos elementos, se puede observar que desde hace varias décadas se ha manejado el hecho de que ciertas "características de personalidad" influyen en la presencia de cefalea tensional y migrañosa. Especialmente, desde el punto de vista psicodinámico, se señala como agente etiológico de la cefalea "un conflicto intrapsíquico" (Garma, 1969), y se ha observado que los migrañosos muestran una personalidad rígida, obsesivo-compulsiva, con niveles de aserción mínimos, su expresión de la emoción suele ser poco aceptable, especialmente, el enojo; además, muestran rasgos de inseguridad en todo lo que hacen (Williamson, 1981). También, se ha asociado la presencia de cefalea tensional con perfiles neuróticos, resaltando estados depresivos (Blummer y Heilbronn, 1982); sin embargo, no solamente se ha investigado bajo esta línea, también la Psicología experimental, conductual y cognitivo-conductual han trabajado sobre el problema. Entre los más importantes, se puede mencionar el estudio de Arena et al. (1985), en donde se resume que los rasgos de personalidad están involucrados en la etiología del dolor de cabeza, aunque hacen hincapié en que estos datos deben tomarse con cautela, especialmente por las dificultades metodológicas que se tienen para evaluar algunos rasgos como el enojo y las obsesiones, que se entrelazan en pacientes con dolor de cabeza.

Por otra parte, los hallazgos en estudios con población mexicana realizados por el grupo de Psicología de la Salud, se ha encontrado

asociación entre cefalea y depresión (Benitez, 1992; Ramos, 1989; Rodríguez, 1992), cefalea e ideas irracionales (Benitez, 1992; Medina, 1993; Rodríguez, 1992) y entre cefalea y aserción (Benitez, 1992). También se ha observado de manera general en una población de mujeres cefaléicas una gama de alteraciones afectivas, cognitivas y conductuales caracterizadas por inadecuado estado anímico y autocontrol emocional, ansiedad no manifiesta, dificultad para la expresión de molestias, enojos, afectos, opiniones y aún, negarse a experimentar situaciones injustas (golpes, injurias, etc.), mal humor, irritabilidad, ideas aprensivas hacia el futuro, con preocupación pero sin ningún intento conductual conductual para resolver la situación, tendencia al aislamiento social y a la pasividad, deficiencia en habilidades afirmativas, demanda indirecta de afecto y atención, muestran niveles significativos de dependencia, marcada tendencia al perfeccionismo y consecuentemente temor al fracaso, actitudes y concepciones rígidas, muy alta percepción de amenaza ambiental, dificultad de concentración, uso excesivo de mecanismos intelectualizadores y de negación, por lo tanto, se infiere un inadecuado manejo del estrés interpersonal, generado por la falta de habilidades y recursos psicológicos (Palacios, Rojas, Figueroa y Lopes, 1991).

Resaltando la participación del estrés en el dolor de cabeza crónico se cuentan las investigaciones realizadas por Bakal, 1975; Beaty y Haynes, 1979; Budzynski, 1978; Budzynski et al., 1973; Dermit y Friedman, 1987; Diamond et al., 1978; Holm et al., 1986; Holroyd y Andrasik, 1978; Holroyd et al., 1977; Jones y Page, 1986; Williamson, 1981.

Otra importante aportación para el estudio de este problema es la serie de investigaciones llevadas a cabo por Kobasa (1979, 1982),

en cuanto a la personalidad "hardiness" (dura) con el afrontamiento al estrés. Se ha observado que este tipo de personas presentan características como locus de control interno, compromiso, desafío al desarrollo futuro, lo cual puede favorecer la presencia de altos niveles de estrés pero no presentan problemas de salud.

Luego entonces, se piensa que no solamente es importante la presencia o no de situaciones estresantes sino que es de mayor relevancia la manera en que la gente afronta tales situaciones. Aunado a ello, existen características de las situaciones estresantes que modulan su efecto como por ejemplo la cronicidad o bien la incertidumbre (impredecibilidad).

Es importante indicar aquí, la relevancia de la cronicidad del dolor de cabeza cuando se estudian variables psicológicas, ya que autores como Phillips y Jahanshahi (1985) han observado una relación positiva entre historia del dolor de cabeza y el nivel de alteración conductual. Cabe mencionar que la duda al respecto radica en que no se ha podido precisar si las características psicológicas estaban como parte de la personalidad del sujeto desde antes del padecimiento o si estas surgen como consecuencia de la experiencia de dolor de cabeza crónico.

Al respecto, Cunninhan, Mc. Grath, D'astgus, Latter, Goodman y Firestone (1987) consideran muy probable que las características psicológicas afectivamente sean consecuencia de la cronicidad del dolor y no su causa; dado lo complicado del fenómeno no es de extrañar que Blanchard y Andrasik (1989) sugieran la relación inversa, con lo que nuevamente se cuenta con datos poco consistentes. Más aún, el estudio de Benitez (1992) realizado con población mexicana, mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en dos muestras de cefaléicos asociadas

al periodo de evolución del dolor de cabeza crónico.

Luego entonces, es evidente que no solamente es importante la presencia o no de situaciones estresantes sino que es de mayor relevancia la manera en que la gente afronta tales situaciones. Con respecto a la población cefaléica se ha observado deficiencia en las formas de afrontamiento (Diamond et al., 1978; Hart y Cichanski, 1981; Holm et al., 1986; Holroyd y Andrasik, 1978; Holroyd et al., 1977; Hudzinski y Levenson, 1985; Jones y Page, 1986; Williamson, 1981).

En la revisión realizada por Williamson (1981) se reporta que autores como Henry-Gutt and Rees (1973) encontraron que los pacientes migrañosos son más reactivos y suponen que lo adecuado o no de las estrategias de afrontamiento modulan el grado de respuesta fisiológica; de esta manera Williamson (1981) propone llevar a cabo investigaciones que indaguen la relación existente entre estas variables psicológicas y fisiológicas involucradas en el dolor de cabeza.

Por otro lado, Holroyd et al. (1977) en su trabajo de investigación enseñaron a un grupo de sujetos cefaléicos a identificar sus reacciones al estrés y a aplicar habilidades cognitivas de afrontamiento al estrés; mientras que Holroyd y Andrasik (1978) intentaron determinar la cantidad de estrategias de afrontamiento específicas que fueron enseñadas durante el tratamiento y que contribuyeron a los resultados del mismo.

En la investigación de Hudzinski y Levenson (1985) se encontró que tanto el tratamiento con retroalimentación biológica de la respuesta electromiográfica, relajación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento son efectivos.

Ahora bien, Jones y Page (1986) hipotetizan que, tomando en cuenta

que la población general está expuesta a eventos estresantes similares, la diferencia en la relación del estrés y la enfermedad puede radicar en la personalidad del individuo o bien en su estilo de afrontamiento.

Otros datos a considerar los aportan los trabajos de Mitchel (1969) y Mitchel y Mitchel (1978) (citados por Diamond et al., 1978), en los que se supone que la migraña puede ser el resultado de la inhibición de la expresión de las emociones o de la habilidad para afrontar exitosamente el estrés, atribuyéndole la mejoría con los tratamientos de relajación y aserción a que éstos proveen, a los sujetos de un nuevo modo de afrontar el estrés.

Ahora bien, Holm et al. (1986) al comparar una muestra de cefaléicos con otra sin dolor de cabeza reportan que los cefaléicos consideran enfrentarse a un mayor número de eventos estresantes, evaluándolos más negativamente y empleando estrategias de afrontamiento "menos efectivas" (evitación y autocrítica) que los sujetos controles; además, cuando se enfrentan a eventos estresantes ambiguos los cefaléicos los evalúan como menos controlables atribuyéndoles un impacto más negativo que los controles. Las diferencias observadas en las estrategias de afrontamiento resultan significativas dado que, los cefaléicos tienden a utilizar con mayor frecuencia la evitación y la autocrítica y en forma mínima buscan apoyo social, por lo tanto se hipotetiza que estas personas utilizan métodos de afrontamiento menos efectivos. Debe enfatizarse que los resultados expuestos no se presentan como concluyentes y que los autores sugieren ahondar en el estudio de la respuesta afrontativa en este tipo de personas.

También es necesario aclarar, que si bien Holm et al. (1986) utilizan el término "efectivo" en referencia a las estrategias de afron-

tamiento, como ya se mencionó anteriormente, éstas no pueden ser clasificadas como "efectivas" o "inefectivas" sin considerar la situación estresante de que se trate.

De este modo, esta investigación pretende continuar con las propuestas planteadas por Holm et al. (1986) en relación a la participación del afrontamiento en el dolor de cabeza crónico.

En resumen, dado que las investigaciones expuestas hacen evidente la participación del afrontamiento en el dolor de cabeza al considerar que cuando se carece de estrategias de afrontamiento o bien se cuenta con éstas pero son utilizadas en forma rígida y estereotipada, entonces no se logra reducir los niveles de activación fisiológica que acompañan al estrés psicológico, lo cual contribuye al mantenimiento de la cefalea.

C A P I T U L O V

INVESTIGACION

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1) ¿Utilizan los sujetos con dolor de cabeza crónico menos del 40% de las 8 categorías propuestas en el inventario de Modos de Afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1986)?

2) ¿Los sujetos con dolor de cabeza utilizan los mismos modos de afrontamiento independientemente de las situaciones estresantes?

3) ¿Existe alguna correlación estadísticamente significativa entre los diferentes modos de afrontamiento utilizados por una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico?

5.2 OBJETIVO GENERAL

Explorar los modos de afrontamiento en una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico en relación a tres diferentes situaciones estresantes estableciendo sus interrelaciones.

5.3 OBJETIVOS PARTICULARES

1. Realizar tres aplicaciones del inventario Modos de Afrontamiento a 11 sujetos cefaléicos.

2. Calificar los cuestionarios.

3. Analizar estadísticamente los datos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5.4 HIPOTESIS DE TRABAJO

1) Las personas con dolor de cabeza crónico utilizan estadísticamente menos del 40% de las 8 categorías del inventario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

2) Las personas con dolor de cabeza crónico afrontan de forma estereotipada significativamente.

3) Existen correlaciones estadísticamente significativas entre los diferentes modos de afrontamiento de los sujetos cefaleicos.

5.5 VARIABLES

Variable Independiente: Dolor de cabeza crónico. Esta variable se considera atributiva debido a que no ha sido manipulada (Kerlinger, 1990). Se considera dolor de cabeza crónico "todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variable, de etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica, entendidos éstos como la interacción del individuo con su medio ambiente" (Palacios y Rojas, 1986).

Variable Dependiente: Estrategias de afrontamiento.

Se define Estrategias de Afrontamiento como lo que mide el inventario Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) (anexo) y que cuenta con 8 categorías de afrontamiento (descritas en el capítulo III).

5.6 METODO

Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, definido como "...una búsqueda sistemática empírica en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, por que ya acontecieron sus manifesta-

ciones o por ser intrínsecamente no manipulable. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente" (Kerlinger, 1990, p. 394) y con un paradigma $(X) Y_1 Y_2 Y_3$. De acuerdo al paradigma antes mencionado se tiene al dolor de cabeza crónico como variable independiente (X) y a las estrategias de afrontamiento Y (en tres mediciones) como variable dependiente.

Sujetos: la muestra está formada por 11 personas cefaléicas, seleccionadas de acuerdo con los criterios establecidos en el proyecto general titulado "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1986); estos criterios pueden consultarse en el anexo. La muestra consta de sujetos que acuden a solicitar atención para el dolor de cabeza, en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez" considerándose, por lo tanto, que el muestreo utilizado es no probabilístico y que por sus características es llamado muestreo intencional "caracterizado por el uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la población" (Kerlinger, 1990, p. 135).

Aparatos y Materiales: se utilizó el inventario Modos de Afrontamiento elaborado por Lazarus y Folkman (1986). Debe señalarse que de acuerdo al análisis de factor realizado por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al. (1986), los reactivos se agrupan en 8 categorías, excluyendo 17 reactivos, quedando un total final de 50 ítems, el análisis estadístico del presente estudio toma en cuenta esta consideración y se utilizan únicamente los 50 reactivos agrupados.

El trabajo de Vitaliano et al. (1985) muestra que el inventario

Modos de Afrontamiento es un instrumento con un nivel de confiabilidad de consistencia en un rango de .60 a .86 en las categorías y considera que éste cuenta con una validez "respetable".

Escenario: las sesiones de selección y evaluación se llevaron a cabo en los consultorios de la Clínica del Dolor en el Hospital General de Ecatepec.

Personal: los inventarios fueron aplicados por dos pasantes de Lic. en Psicología, quienes recibieron un año previo de entrenamiento en entrevista y manejo de personas con dolor de cabeza.

Procedimiento: la investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a) Evaluación Médica
- b) Evaluación Psicológica
- c) Aplicación del inventario Modos de Afrontamiento (incluido en el anexo)

La valoración médica tuvo como finalidad fundamental seleccionar a los sujetos según los criterios establecidos en el proyecto general (incluidos en el anexo).

Con la evaluación psicológica se pretendía observar algunos rasgos psicológicos de los pacientes (estos datos no fueron considerados dada la finalidad de la presente investigación).

La aplicación del inventario Modos de Afrontamiento se llevó a cabo durante tres semanas, se aplicó el cuestionario desde la valoración médica, cuando el sujeto fue aceptado para dicho proyecto.

Las instrucciones para la aplicación del cuestionario son las siguientes: se solicitó al paciente que identificara en la última semana,

el evento ocurrido que evaluaron como más estresante, se proporcionó una tarjeta con los 4 puntajes que pueden otorgarse a cada reactivo. La aplicación consistió en que el pasante leía cada reactivo y solicitaba al paciente que indicara la medida en que utilizó esa estrategia. El tiempo aproximado para contestar todo el cuestionario fue de 60 minutos. Del mismo modo se continuó aplicando el cuestionario semanalmente hasta completar tres aplicaciones.

Análisis de Datos: para evaluar la frecuencia en cuanto a la utilización de las 8 categorías de afrontamiento se emplearon las medidas de tendencia central "moda" y "mediana" (Levin, 1979). Para probar la hipótesis de que las personas cefaléicas afrontan estereotipadamente se utilizó la prueba de "análisis de la varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman" (Levin, 1979; Siegel, 1986). La correlación entre los diferentes modos de afrontamiento se probó con la correlación de Spearman" (Siegel, 1986), estas pruebas se definen como sigue:

Moda: simplemente se presenta "el puntaje o categoría que ocurre más frecuentemente en una distribución" (Levin, 1979, p. 39).

Mediana: es "el punto más cercano al medio en una distribución... medida de tendencia central que corta la distribución en dos partes iguales" (Levin, 1979, p. 40).

Análisis de la Varianza de Dos Clasificaciones por Rangos de Friedman: tiene como objetivo "probar la hipótesis de nulidad de que las k muestras han sido sacadas de la misma población... se emplean datos ordinales y muestras relacionadas" (Siegel, 1986, p. 195).

Correlación de Spearman: "es una medida de asociación que requiere que ambas variables sean medidas por lo menos en una escala ordinal de

manera que los objetos o individuos en estudio puedan colocarse en dos series ordenadas" (Siegel, 1986, p. 233).

C A P I T U L O VI

RESULTADOS

La muestra de 11 sujetos cefaléicos se conformó con 9 mujeres (82%) y 2 hombres (18%) (Fig. 1), el promedio de edad del grupo fue 33 años con un rango de 17 a 41 años, la distribución de frecuencia por edad se presenta en la Fig. 2. En cuanto a la ocupación de los sujetos se encontró que de los 11, el 73% (f=8) se dedican al hogar, 9% (f=1) trabaja como cajera, 9% (f=1) es estudiante y 9% (f=1) labora como artesano (Fig. 3). Referente al estado civil 64% reportaron estar casados (f=7), 18% (f=2) se dijeron solteros, 9% (f=1) vive en unión libre y 9% (f=1) manifestó "estar separado" (Fig. 4). La escolaridad de los sujetos se distribuyó, como se demuestra en la Fig. 5 de la siguiente manera: primaria incompleta 9% (f=1), primaria completa 45% (f=5), secundaria completa 18% (f=2), bachillerato incompleto 18% (f=2) y carrera técnica 9% (f=1). La distribución por diagnóstico fue 46% (f=5) cefalea mixta, 27% (f=3) cefalea vascular y 27% (f=3) cefalea tensional (Fig. 6). En la Fig. 7 se presenta el periodo de evolución por cada sujeto. El promedio del periodo de evolución por grupo diagnóstico se distribuyó de la siguiente manera: cefalea tensional $\bar{X}=8$ años, cefalea mixta $\bar{X}=12.6$ años y cefalea vascular $\bar{X}=6.53$ años (Fig. 8).

Por otra parte, en la muestra de las 33 situaciones estresantes registradas, destacaron por la frecuencia de su ocurrencia los problemas en las relaciones interpersonales, especialmente con la pareja (f=12), en menor medida con familiares (f=7) y con otras personas (f=4); se reportó

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

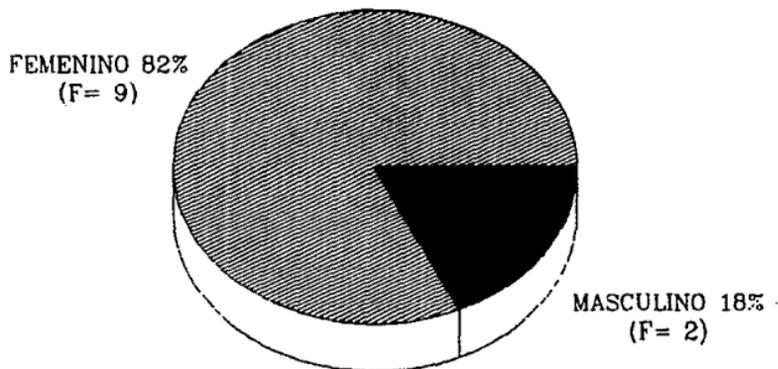


FIG. 1 Distribución por sexo

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

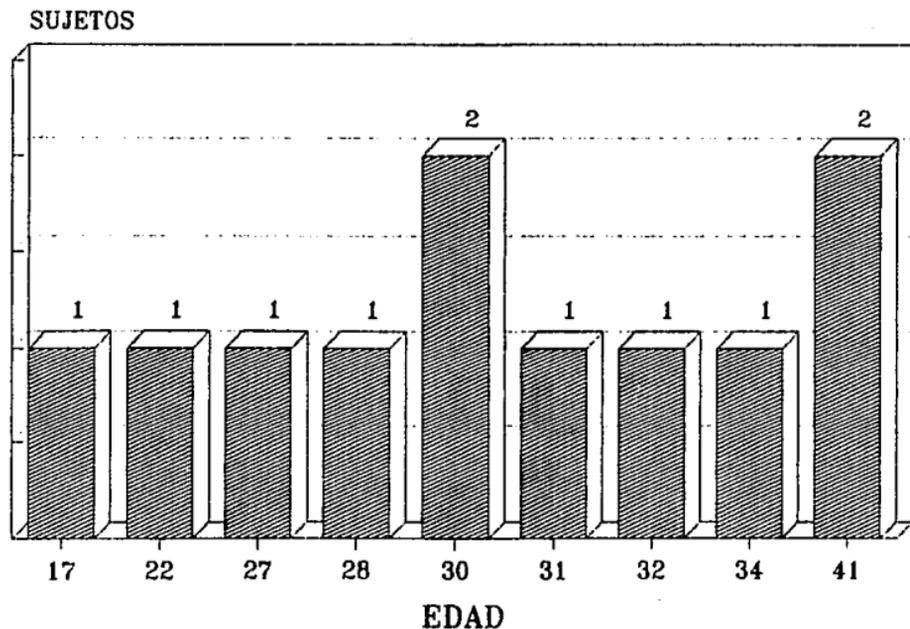


FIG. 2 Distribución de frecuencia por edad.
Prom. de edad: 33 años.

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

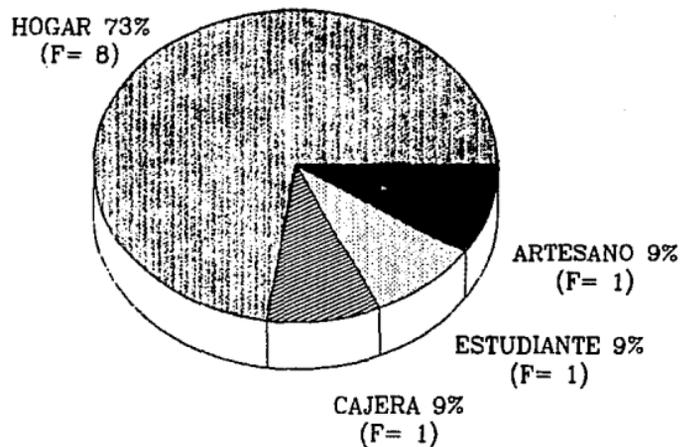


FIG. 3 Ocupación.

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

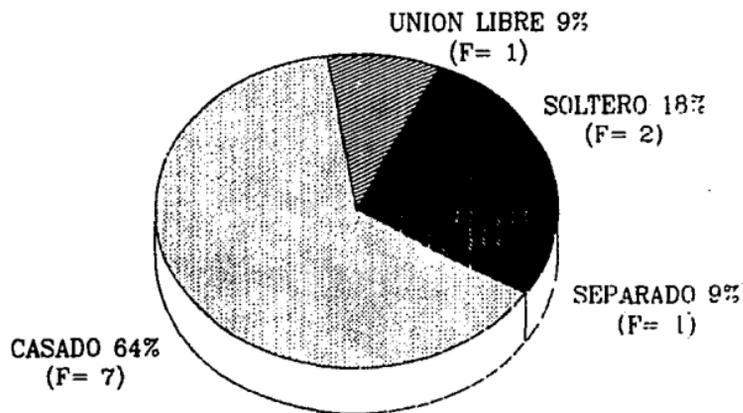


FIG. 4 Estado Civil.

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

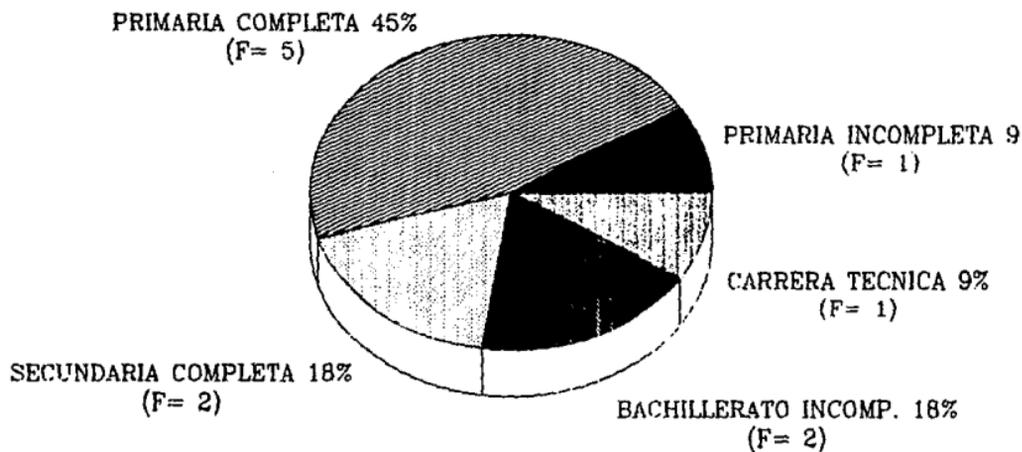


FIG. 5 Escolaridad

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

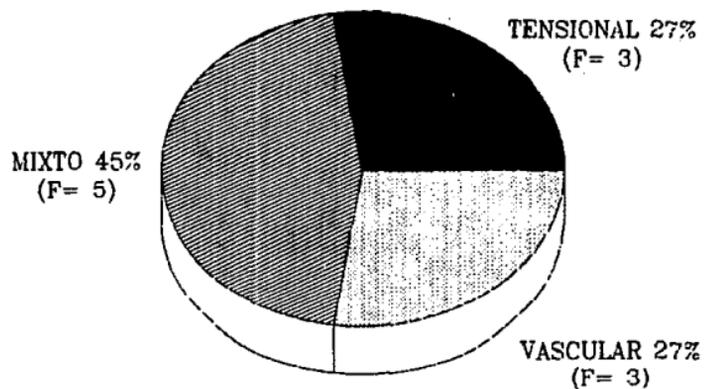


FIG. 6 Distribución por Diagnóstico.

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

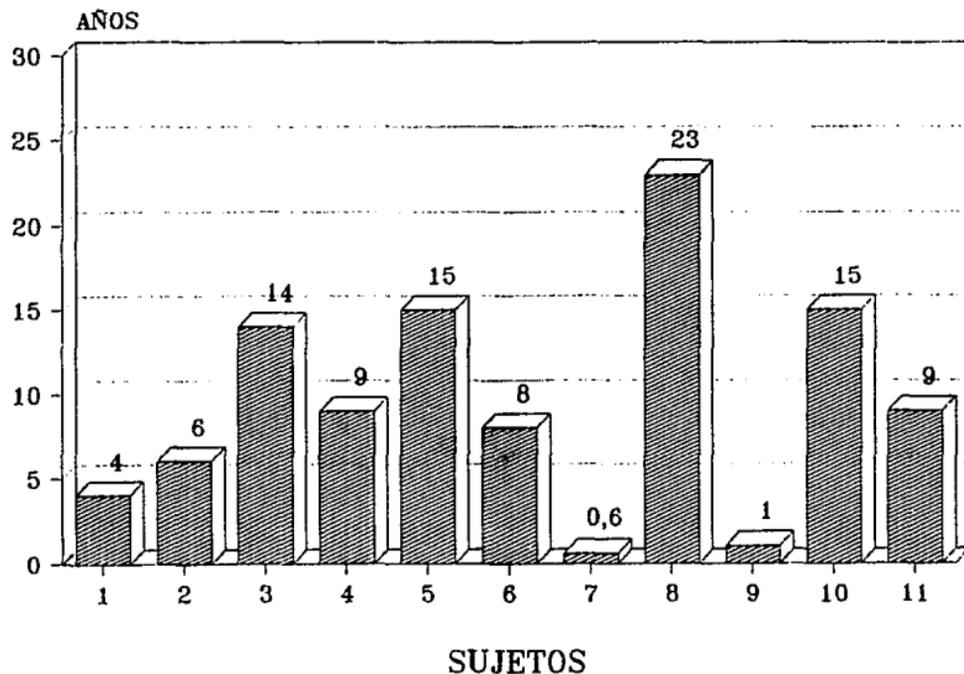


FIG. 7 Periodo de Evolución por cada sujeto.

CARACTERIZACION DE LA MUESTRA

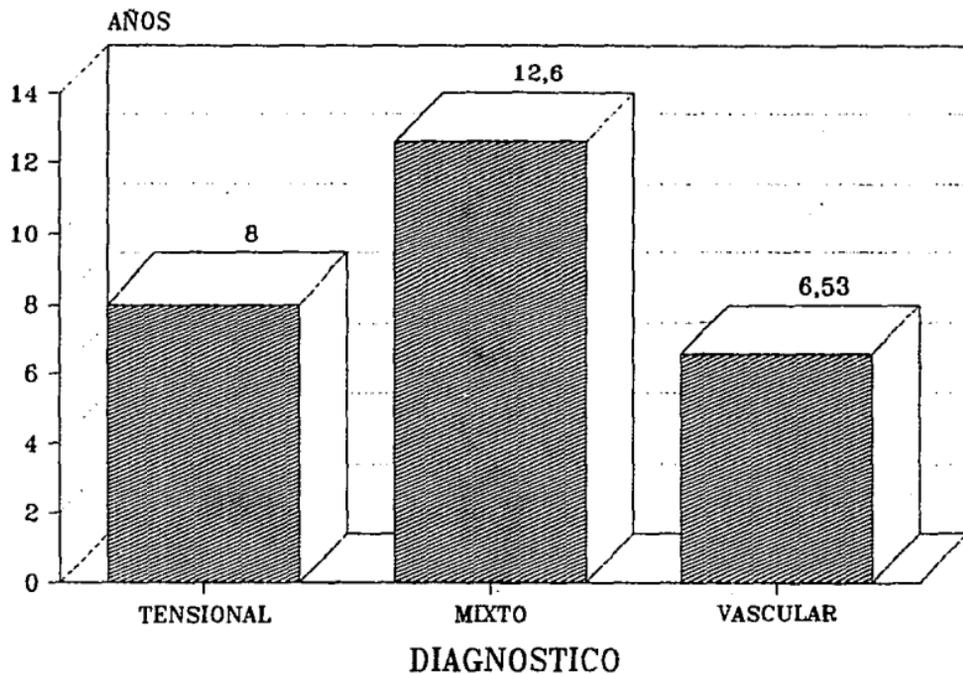


FIG. 8 Promedio de Periodo de Evolución por Diagnóstico.

también estrés generado por ideas aprensivas ($f=4$), por dificultades en el rol de paternidad ($f=3$) y por presiones escolares ($f=3$), como puede verse en la Tabla 1 (anexo).

En otro sentido y en relación a la calificación del cuestionario, se tomó en cuenta que cada reactivo puede puntuarse seleccionando una de las siguientes opciones: 0 = en absoluto, 1 = en alguna medida, 2 = bastante ó 3 = en gran medida. Además, dado que el cuestionario está dividido en 8 categorías de afrontamiento y que cada una de ellas está formada por diferente número de reactivos, fue necesario homogeneizar los puntajes transformándolos a porcentajes que permitieran hacer comparaciones entre los mismos. Asimismo, para obtener el poccentaje global del cuestionario se llevó a cabo el mismo procedimiento.

Para calcular el puntaje medio de utilización de cada categoría se localizó en cada una la "mediana" (Levin, 1979), los resultados se muestran en la Tabla 2 (anexo). Como puede observarse, la utilización de las categorías en orden descendente es: afrontamiento confrontativo, aceptación de la responsabilidad, planeación de la solución del problema, autocontrol, distanciamiento, búsqueda de apoyo social, escape-evitación y reevaluación positiva. Así como la prueba de la mediana (Mdn) demuestra que la estrategia más utilizada es afrontamiento confrontativo, la prueba de Friedman lo confirma señalando la existencia de diferencia estadísticamente significativa con los puntajes de las otras categorías.

Ahora bien, las puntuaciones 0, 1, 2, y 3 por cada reactivo, permitieron cuantificar la medida en que se emplean los modos de afrontamiento, esto con la finalidad de determinar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de utilización

de 0 (en absoluto), 1 (en alguna medida), 2 (bastante) y 3 (en gran medida); al respecto la prueba de Friedman señala que el puntaje 0 (en absoluto) fue significativamente más utilizado en las categorías búsqueda de apoyo social, escape-evitación y reevaluación positiva, representando el 37.5% del global de las categorías de afrontamiento; la puntuación 1 (en alguna medida) se presentó con frecuencia estadísticamente significativa en la categoría planeación de la solución del problema, mientras que en las categorías afrontamiento confrontativo, distanciamiento, autocontrol y aceptación de la responsabilidad la frecuencia en la utilización de cada uno de los puntajes no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, y de acuerdo al análisis de las frecuencias en los puntajes 0, 1, 2 y 3 por medio de la "Moda" en cada categoría se obtuvieron los datos que aparecen en la Tabla 3 (anexo), donde puede observarse que la moda global y en cada una de las categorías corresponde al puntaje 0 (en absoluto).

Para obtener la medida de consistencia en la respuesta en las tres aplicaciones del cuestionario se aplicó el tratamiento estadístico "análisis de la varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman" (Levin, 1979; Siegel, 1986) en donde se acepta la hipótesis nula, la cual indica que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las tres aplicaciones a un nivel $\alpha = 0.05$.

Por último, para encontrar la asociación entre las categorías se aplicó el "coeficiente de correlación de rango de Spearman" (Rho), resultando correlaciones estadísticamente significativas en un nivel $\alpha = 0.05$ aquellos valores absolutos arriba de 0.56, considerando los

criterios de interpretación del coeficiente de correlación propuestos por Siegel (1986). De este modo, las asociaciones estadísticamente significativas entre categorías fueron las siguientes: planeación de la solución del problema y autocontrol ($\rho = 0.74$); reevaluación positiva y planeación de la solución del problema ($\rho = 0.74$); reevaluación positiva y distanciamiento ($\rho = 0.72$); escape-evitación y autocontrol ($\rho = 0.71$); planeación de la solución del problema y afrontamiento confrontativo ($\rho = 0.69$); autocontrol y afrontamiento confrontativo ($\rho = 0.67$); autocontrol y reevaluación positiva ($\rho = 0.64$); reevaluación positiva y afrontamiento confrontativo ($\rho = 0.63$); escape-evitación y aceptación de la responsabilidad ($\rho = 0.60$) y por último aceptación de la responsabilidad y autocontrol ($\rho = 0.58$), como se muestra en la Tabla 4 (anexo).

Más aún, dada la poca especificidad en la redacción de los reactivos y a la dificultad para interpretar el contenido en cada categoría, fue necesario realizar un análisis de contenido obteniendo lo siguiente:

Categoría	Contenido
Afrontamiento Confrontativo	Se refiere a la no expresión directa de molestias o incluso no tomar contacto con el enojo.
Distanciamiento	Habilidades de negación y evasión encaminadas a la regulación emocional.
Autocontrol	Habilidades de control de las emociones.
Búsqueda de Apoyo Social	Utilización del repertorio social que puede conducir a la regulación de la emoción (dos reactivos) o bien, a buscar

	la solución del problema (4 reactivos).
Aceptación de la Responsabilidad	Los reactivos indican la aceptación de la responsabilidad, pero con hiper-crítica o bien intentos para aprender de la experiencia.
Escape-Evitación	Describe actitudes intelectualizadoras, pensamiento mágico y conductas compensatorias.
Planeación de la Solución del Problema	Esfuerzos de planeación que implican la aplicación de experiencias pasadas con pocos intentos creativos para resolver el problema ("rumiación").
Reevaluación Positiva	Muestra la toma de una actitud positiva en relación al evento estresante.

C A P I T U L O V I I

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos demográficos de esta muestra se observó que las mujeres acuden con mayor frecuencia a solicitar el servicio de atención para el dolor de cabeza, lo cual no debe conducir a la falsa creencia de que este problema afecta más a la población femenina, ya que hay que recordar que ellas tienen mayor disponibilidad de tiempo para solicitar atención para la salud dadas sus actividades, en su mayoría "hogar", a diferencia de los varones que generalmente tienen que cubrir horarios laborales establecidos y algunos centros de trabajo cuentan con servicio médico, para corroborar se puede señalar que de los dos varones que participan en la muestra, uno es estudiante y el otro trabajador independiente (artesano). En función de lo anterior es claro entender la "homogeneidad" de las situaciones estresantes referidas, ya que la mayoría de éstas se concentran en las relaciones interpersonales, principalmente en la relación con la pareja (celos, carencias económicas, distribución de las responsabilidades hogareñas, demanda de atención, etc.) cuyo afrontamiento requiere de habilidades asertivas que, de acuerdo al análisis de contenido de los reactivos del cuestionario, indican que los pacientes de la muestra tienden a presentar dificultad para la expresión directa de molestias e incluso no tener contacto con el enojo, comprobado por el hecho de que la categoría más utilizada fue afrontamiento confrontativo (Tabla 2, anexo), cuyas puntuaciones se distribuyen indistintamente entre 0, 1, 2 y 3, lo cual sugiere que las conductas fluctúan desde la

pasividad hasta la agresión como intentos para afrontar la situación. Debe aclararse que debido a la ambigüedad en la redacción de los reactivos y a que no se realizó una entrevista a los sujetos sobre sus respuestas, no es posible determinar el tipo de conductas realizadas ni tampoco si realmente lo hicieron o solamente quedó a nivel cognitivo; sin embargo, tomando en cuenta investigaciones previas con cefaléicos cabe hipotetizar que las conductas de estas personas tienden a ser como describen Palacios et al. (1991), Arias (1992) y Ramírez (1991) quienes detectan en los cefaléicos pobres niveles de asertividad, tales como dificultad para defender sus derechos, relacionarse con la gente, tendencia al aislamiento social resultante de la dificultad para solicitar ayuda, presentando deficiencias en la defensa de sus derechos, expresión de molestias, expresión de afectos, expresión de opiniones y negarse ante situaciones injustas. En referencia a la mayor utilización de esta categoría se puede hipotetizar que la evaluación primaria, de este tipo de pacientes, tiende a ser "amenazante" por lo que responden con actitudes defensivas, muy probablemente agresivas, lo cual requiere se realicen estudios posteriores para su confirmación.

Ahora bien, con respecto a la hipótesis de que los cefaléicos utilizan menos del 40% de las 8 categorías, es necesario indicar que los resultados no confirman dicha hipótesis, dado que se utilizó el 62.5% de las categorías de afrontamiento; siendo muy importante mencionar que no es pertinente considerar este dato en aislado ya que puede llevar a conclusiones poco precisas, por lo que merece enfatizar que la puntuación seleccionada con mayor frecuencia fue 0 "en absoluto", por lo que se puede decir que aparentemente tienen un amplio repertorio de estrategias

de afrontamiento, pero el puntaje "moda" nos indica su poca utilización (Tabla 3, anexo).

Más aún, el 62.5% de las estrategias de afrontamiento utilizadas, en orden descendente corresponden a:

- Afrontamiento Confrontativo; con lo que los cefaléicos de esta muestra se caracterizaron por dificultad para la expresión de molestias y para tomar contacto con el enojo.
- Aceptación de la Responsabilidad; lo cual indica que estas personas asumen su responsabilidad pero en forma hipercrítica, siendo mínima la presencia de intentos para aprender de la experiencia.
- Distanciamiento; caracterizado por habilidades negadoras y evasivas.
- Planeación de la Solución del Problema; en donde utilizaron formas poco creativas para resolver el problema y,
- Autocontrol; que se refiere básicamente a la utilización de habilidades de autocontrol emocional.

Ahora bien, con respecto a las estrategias no utilizadas por esta muestra de cefaléicos (37.5%), se observa que tienen dificultad para solicitar apoyo informal, tangible o emocional para resolver el problema y generalmente no son capaces de acercarse a alguien para que simplemente los escuche (desahogo emocional), según se muestra en el análisis de contenido de los reactivos de esta categoría; estos hallazgos coinciden con los de Holm et al. (1986), al respecto se hipotetiza que tales resultados pueden relacionarse con el déficit asertivo que presenta esta población, aunado al manejo de ideas irracionales tales como "no merezco" y la creencia de ser "autosuficientes" llevándolos a querer resolver solos sus problemas (Palacios et al., 1991), o bien, los bajos

puntajes en esta categoría, pueden atribuirse a la percepción de no contar con apoyo social más que a la existencia o no de éste; todo lo anterior puede estar contribuyendo a la baja puntuación en la utilización de esta categoría, por lo que se sugiere realizar investigación sobre estos aspectos. Además, la no utilización de la categoría escape-evitación señala la ausencia de pensamientos mágicos (por ejemplo "Confíe en que ocurriera un milagro") y de conductas compensatorias, dado que este tipo de estrategias ayudan a modular la respuesta emocional, pudiendo suponerse, por tanto, que estas personas se mantienen "sobreactivadas" en los eventos estresantes; asimismo, se observa la carencia de pensamientos positivos y actitudes óptimas que minimicen el estrés (reevaluación positiva).

Como ya se ha mencionado estos datos coinciden con los hallazgos de Holm et al. (1986) quienes encontraron en una muestra de cefaléicos, que éstos emplean preferentemente estrategias de autocrítica y evasión, siendo consideradas por estos autores, como estrategias "menos efectivas" y utilizando con menor frecuencia aquéllas consideradas como "más efectivas" especialmente el apoyo social.

Algo muy importante es enfatizar que dadas las restringidas condiciones de la muestra los resultados obtenidos en el análisis estadístico deben tomarse con cautela.

Por otra parte, en relación a la hipótesis que plantea que los cefaléicos de la muestra afrontan estereotipadamente, el análisis estadístico mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de afrontar las tres situaciones estresantes registradas, lo cual indica que afrontan estereotipadamente, una aclaración pertinente es que las situaciones estresantes fueron muy homogéneas, lo cual puede

ser un factor que contribuyó en este resultado, aunque sí debe resaltarse que la mayoría de las situaciones estresantes reportadas se refieren a dificultades en las relaciones interpersonales, especialmente con la pareja, lo cual sugiere la necesidad de evaluar el afrontamiento en parejas; estos hallazgos pueden relacionarse con los de Palacios et al. (1991) y Arias (1992) quienes reportan índices significativos de déficit asertivo.

Por otro lado, en referencia a la hipótesis sobre la presencia de correlaciones entre las 8 categorías se encontraron diez asociaciones positivas estadísticamente significativas, las cuales se describen a continuación:

Autocontrol y planeación de la solución del problema: lo cual indica que a mayor intento de regular las emociones perturbadoras mayor utilización cognitiva de solución del problema en ausencia de soluciones nuevas y creativas.

Planeación de la solución del problema y reevaluación positiva: mostrando que a mayor planeación cognitiva de la solución del problema mayor tendencia a reevaluar positivamente el entorno.

Distanciamiento y reevaluación positiva: señala que a mayor negación de la situación mayor tendencia a reetiquetar positivamente el entorno.

Escape-evitación y autocontrol: señala que a mayor actitud intelectualizadora, pensamiento mágico y conductas compensatorias, mayor será el control de las emociones perturbadoras.

Planeación de la solución del problema y afrontamiento confrontativo: sugiere que a mayor planeación cognitiva de la solución del problema menor contacto con el enojo.

Afrontamiento confrontativo y autocontrol: indica que a menor

expresión del enojo mayor control de la emociones.

Afrontamiento confrontativo y reevaluación positiva: muestra que a mayor reetiquetación positiva de la situación menor expresión de molestias y menor contacto con el enojo.

Escape-evitación y aceptación de la responsabilidad: sugiere que a mayor actitud intelectualizadora, pensamiento mágico y conductas compensatorias mayor hiper crítica en la aceptación de la responsabilidad.

Autocontrol y aceptación de la responsabilidad: lo cual indica que a mayor control de las emociones mayor aceptación de la responsabilidad con tono hiper crítico.

Autocontrol y reevaluación positiva: indicando que a mayor tendencia a regular la emoción mayor reevaluación positiva de la situación estresante.

Como puede observarse, en forma general, el total de estas correlaciones apuntan a la regulación de la emoción lo cual caracteriza un afrontamiento de tipo cognitivo, que garantiza que el entorno permanezca "intacto" y consecuentemente la fuente de estrés se perpetúa. Estos datos permiten observar un alto riesgo de seguir utilizando las mismas estrategias sin resultados efectivos. Además, la evidencia de que no presentan muestras de expresión directa del enojo, conduce a relacionar estos resultados con los hallazgos de Ramos (1989) y Rodríguez (1992) sobre la existencia de depresión enmascarada y por ende de trastornos psicosomáticos, explicándose así que esta característica en su estilo afrontativo, puede estar manteniendo el "síntoma" de dolor de cabeza.

En conclusión, respecto a las hipótesis de trabajo planteadas:

1. Con respecto a la hipótesis en donde se esperaba que esta muestra de cefaléicos utilizara menos del 40% de las estrategias de afron-

tamiento, se observó que el porcentaje de utilización de éstas fue 62.5% sin embargo no debe perderse de vista que el puntaje más frecuentemente utilizado fue 0 "en absoluto" que aunado a la utilización estereotipada demuestra que su repertorio afrontativo es muy limitado. Al respecto y retomando la consideración de Lazarus y Folkman (1986) y de Pearlin y Schooler (1978) sobre la "complejidad" del afrontamiento, parecería que esta muestra cuenta con un repertorio amplio de estrategias de afrontamiento, 62.5% lo cual no puede afirmarse dado el bajo puntaje en la medida de utilización de éstas.

2. El análisis estadístico muestra significancia en la forma estereotipada de afrontar las situaciones evaluadas como estresantes, pero hay que recordar que las situaciones estresantes fueron homogéneas concentrándose en dificultades en las relaciones interpersonales, particularmente en la relación con la pareja. Sobre este punto es curioso observar que al presentarse situaciones similares los datos señalan consistencia en el afrontamiento, que indica que la "situación problema" sigue presentándose lo cual puede sugerir que el modo en que están afrontando no resuelve la situación y sin embargo siguen respondiendo de la misma manera, esto es rígidamente; como ya lo han observado investigadores como Palacios et al. (1991) y Williamson (1991), entre otros.

3. La prueba de correlación de Spearman mostró asociación positiva en categorías de afrontamiento que se dirigen principalmente al control de la emoción con intentos mínimos de modificar el medio con lo que no se resuelve la situación estresante, mostrando un alto riesgo a continuar afrontando rígidamente en forma poco "efectiva".

Como ya se ha mencionado, es pertinente interpretar estos datos

con cautela dadas las limitantes de este estudio que en función de su calidad de exploratorio fueron:

- Una muestra pequeña.
- Predominancia de sujetos femeninos.
- Nivel socioeconómico y escolaridad homogénea (bajos).
- En su mayoría personas dedicadas al hogar.
- Las situaciones estresantes evaluadas se concentraron en problemas interpersonales.
- Se observó un alto nivel de deserción.
- No fue posible conformar un grupo control.
- Las características del cuestionario y el tamaño de la muestra dificultan la aplicación de los tratamientos estadísticos, la estructura y amplitud del cuestionario complica la aplicación de éste, especialmente cuando la escolaridad es inferior a secundaria terminada. En relación al cuestionario se observó dificultad para determinar si la respuesta dada indica algo que el sujeto hizo o solamente pensó y en caso de que lo haya hecho, cómo lo hizo.

Ahora bien, a pesar de las limitantes ya mencionadas, éste, como estudio exploratorio y pionero en población mexicana proporciona algunos alcances importantes, al señalar la pertinencia de explorar en mayor escala el afrontamiento, no sólo en cefaléicos sino también en otros padecimientos funcionales que permitan tomar pautas para realizar programas de intervención a nivel preventivo.

Los datos obtenidos corroboran la deficiencia de habilidades asertivas de este tipo de pacientes y resistencia al cambio, confirmando

un estilo de afrontamiento muy particular.

Luego entonces se sugiere:

- Adaptar el cuestionario a la población mexicana.
- Incluir en la aplicación del cuestionario una entrevista simultánea que permita conocer con exactitud si la respuesta fue conductual o cognitiva y si fue conductual especificar la cualidad de ésta.
- Explorar las estrategias de afrontamiento en muestras amplias y heterogéneas.
- Comparar modos de afrontamiento en diferentes problemas de salud.
- Indagar en la aplicación del cuestionario la valoración entre el resultado obtenido con las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Entrenamiento previo en el manejo del cuestionario para su aplicación.
- Trabajar con población cautiva.
- A nivel de intervención, mejorar habilidades asertivas en pacientes con dolor de cabeza crónico.
- Intervenir en la disminución del autocontrol.
- Indagar relación entre afrontamiento y depresión, ideas irracionales, locus de control, asertividad.
- Continuar investigación dentro del marco procesal.
- Realizar investigaciones aplicando el diseño ipsativo-normativo, dado que en este estudio, aunque se intentó implementarlo no se consiguió debido a las limitaciones ya mencionadas, alcanzando

solamente la comparación a nivel ipsativo.

- Evaluar la posibilidad de intervención en las estrategias de afrontamiento a nivel primario, de acuerdo a los planteamientos de la Psicología de la Salud.

De esta manera y sin olvidar la multidimensionalidad de la "cefalea" se enfatiza que las "estrategias de afrontamiento" al estrés constituyen solamente uno de los factores que participan en tal proceso, en este estudio solamente se llevó a cabo la valoración de los modos de afrontamiento pero no debe descuidarse que éstos están interactuando con los otros factores involucrados y que es pertinente valorarlos en forma multicausal. Tal objetivo no se alcanzó en este trabajo ya que para ello se requiere de un macroestudio con todas las implicaciones económicas, políticas, culturales y metodológicas, resaltando la necesaria utilización de tratamientos estadísticos multivariados. De este modo una opción para tratar los procesos en forma multidimensional es ofrecida, como se ha mencionado, por la Psicología de la Salud, en donde se sugiere formar equipos multidisciplinarios para intervenir en la multifactorialidad del proceso salud-enfermedad. Visto desde este enfoque, la participación del psicólogo es relevante al realizar tareas que incluyen desde la integración de equipos multidisciplinarios hasta la formación de estilos de intervención multifactorial.

Considerando que la "cefalea" es un problema de salud multicausado y tomando en cuenta su característica de procesal sugerimos que es viable la intervención en el factor afrontamiento, lo cual implica modificaciones en los otros factores participantes; obviamente sería de mayor importancia implementar la intervención a nivel primario, como se plantea en la Psicología de la Salud.

B I B L I O G R A F I A

- Abrams, D. B., Rohsenow, D. J., Niaura, R. S., Pedraza, M., Longabaugh, R., Beattie, M. C., Binkoff, J. A., Noel, E. N. and Monti, P. M. (1992). Smoking and Treatment Outcome for Alcoholics, Effects on Coping Skills, Urge to Drink, and Drinking Rates. Behavior Therapy, 23 (2), 283-297.
- Ad Hoc Committee on Classification of Headache. (1962) J.A.M.A., March.
- Aldwin, C. M. y Revenson, T. A. (1987) Does coping help? a reexamination of the relation between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology. 53 (2), 337-348.
- Allred, K. D. y Smith, T. W. (1989) The hardy personality: cognitive and physiological responses to evaluative threat. Journal of Personality and Social Psychology. 56 (2), 257-266.
- Anderson, C. A. y Arnoult, L. H. (1989) An examination of perceived control, humor, irrational beliefs, and positive stress as moderators of the relation between negative stress and health. Basic and Applied Social Psychology. 10 (2), 101-117.
- Arena, J. G., Andrasik, F. and Blanchard, E. B. (1985) The role of personality in the etiology of chronic headache. Headache, September, 296-301.
- Arias, A. O. (1992) Validez de Constructo del Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey a través del MMPI en Pacientes con Dolor de Cabeza Crónico. Tesis de Licenciatura. U. N. A. M., México.
- Bakal, D. (1975) Headache: A biopsychological perspective. Psychological Bulletin. 82, 369-382
- Banaji, M. R. y Steele, C. M. (1989) Alcohol and self-evaluation: is a social cognition approach beneficial? Social Cognition. 7 (2), 137-151.

- Bayés, R. (1985) Psicología Oncológica: prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Beaty, E. T. y Haynes, S. N. (1979) Behavioral intervention with muscle-contraction headache: a review. Psychosomatic Medicine. 41 (2), 165-178.
- Beltrán, R. L. (1992) Tratamiento con RAB del dolor de cabeza crónico en niños. Tesis de Licenciatura. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Benitez, G. C. (1992) Comparación del perfil psicológico de pacientes con dolor de cabeza crónico, con diferentes periodos de evolución. Informe de servicio social de licenciatura. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Bertalanffy, L. V. (1968) Teoría General de los Sistemas. Fondo de Cultura Económica.
- Betancourt, R. L. y Figueroa, R. M. E. (1992) Informe de servicio social ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Bierman, K. L. y Montming, P. (1993) Developmental issues in social-skills assesment and intervention with children and adolescents. Behavior Modification. 17 (3). 229-254.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981) The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine. 4 (2), 139-157.
- Blake, R. L. y Vandiver, T. A. (1988) The association of health with stressful life chances, social supports, and coping. Family Practice Research Journal. 7 (4), 205-218.
- Blanchard, E. B. y Andrasik, F. (1989) Tratamiento del Dolor de Cabeza: un enfoque psicológico. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España.
- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Neff, D. F., Teders, S. J., Pallmeyer, T. P., Arena, J. G., Jurish, S. E., Saunders, N. L., Ahles, T. A. y Rodichock, L. D. (1982) Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback

- in the treatment of three kinds of chronic headache or, the machines may be necessary some of the time. Behav. Res. Ther. 2, 469-482.
- Blummer, D. y Heilbronn, M. (1982) Chronic pain as a variant of depressive disease. Journal of nervous and Mental Disease. 170 (7), 381-394.
- Bolger, N. (1990) Coping as a personality process: a prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 59 (3), 525-537.
- Bonica, J. J. (1980) Pain research and therapy: past and current status and future needs. En: L.N. y J. J. Bonica (Eds.) Pain, Discomfort and Humanitarian Care. New York, Elsevier.
- Brady, J. V. (1958) Ulceras en monos ejecutivos. En Psicología Contemporánea, Ed. Blume, Barcelona.
- Brown, J. y Farber, I. E. (1951) Emotions conceptualized as intervening variables -with suggestions toward a theory of frustration. Psychology Bulletin, 48, 465-495.
- Budzynski, T. H. (1978) Biofeedback in the treatment of muscle-contraction (tension) headache. Biofeedback and self-regulation. 3 (4), 409-433.
- Budzynski, T. H., Stoyva, J. M., Adler, C. S and Mullaney, D. J. (1973) EMG biofeedback and tension headache: a controlled outcome study. Psychosomatic Medicine, 35 (6), Nov-Dec.
- Capra, F. (1985) Punto Crucial. Ed. Integral. Barcelona, España.
- Carrobles, J. A. I., Cardona, A. and Santacreu, J. (1981) Shaping and generalization procedures in the EMG-biofeedback treatment of tension headaches. British Journal of Clinical Psychology. 20, 49-56.
- Conway, V. J. y Terry, D. J. (1992) Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: a test of the goodness of fit hypothesis. Australian Journal Of Psychology. 44, (1), 1-7.

- Coyne, J. C. y Downey, G. (1991) Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes. Annu. Rev. Psychol. 42, 401-425.
- Crook, J., Tunks, E., Kalaher, S., Roberts, J. (1988) Coping with persistent pain: a comparison of persistent pain sufferers in a specialty pain clinic and in a family practice clinic. Pain, 34 (2), 175-184.
- Cunningham, S. J., Mc. Grath, P. J., D'astgus, J., Latter, J., Goodman, J. T. y Firestone, P. (1987). Personality and behavioral characteristics in pediatric migraine. Headache, 27, 16-20.
- DeLongis, A., Folkman, S. (1988) The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. Journal of Personality and Social Psychology. 54, 1-10.
- Dermit, S. y Friedman, R. (1987) Stress and headache: a critical review. Stress Medicine. 3, 285-292.
- Diamond, S., Diamont-Falk, J., and DeVeno, T. (1978) Biofeedback in the treatment of vascular headache. Biofeedback and Self-Regulation. 3 (4), 385-407.
- Dienstbier, R. A. (1989) Arousal and Physiological Toughness: implications for mental and physical health. Psychological Review. 96 (1), 84-100.
- Dorland, S. y Hattie, J. (1992) Coping and repetitive strain injury. Australian Journal of Psychology. 44 (1), 45-49.
- Epstein, G. (1992) Imágenes que Curan. Ed. Selector México.
- Evans, D. R. y Gall, T. L. (1988) Response specificity revisited: stress and health status. Journal of Clinical Psychology. 44 (2), 108-114.
- Eysenk, H. J. (1970) Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Ed. Fontanela. Barcelona, España.
- Fahrenberg, J. (1986) Psychophysiological individuality: a pattern analytic approach to personality research and psychosomatic medicine. Adv. Res. Ther. 8, 43-100.

- Felton, B. J. y Revenson, T. A. (1984) Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52 (3), 343-353.
- Fernández, E. (1986) A classification system of cognitive coping strategies for pain. Pain, 26, 141-151.
- Fleming, R., Baum, A. and Singer, J. E. (1984) Toward and integrative approach to the study of stress. Journal of Personality and Social Psychology. 46 (4), 939-949.
- Folkman, S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology. 46 (4), 839-852.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior. 21, September, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985) If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology. 48 (1), 150-170.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1986) Stress processes and depressive symptomatology. Journal of Abnormal Psychology. 95 (2), 107-113.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988) Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology. 54 (3), 466-474.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, Ch., DeLogins, A. and Gruen, R. J. (1986) Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 50 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. y DeLongis, A. (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology.

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S. y Novack, J. (1987) Age differences in stress and coping processes. Psychology and Aging. 2, 171-184.
- Fondacaro, M. R. y Moos, R. H. (1989) Life stressors and coping: a longitudinal analysis among depressed and nondepressed adults. Journal of Community Psychology. 17 (4), 330-340.
- Fordyce, W. E. (1976) Behavioral Methods for Control or Chronic Pain and illness. St. Louis Missouri: Mosby.
- Frenzel, M. P., McCaul, K. D., Glasgow, R. E., y Schafer, L. C. (1988) The relationship of stress and coping to regimen adherence and glycemic control of diabetes. Journal of Social and Clinical Psychology. 6 (1), 77-87.
- Frost, R. O., Morgenthau, J. E., Riessman, C. K. y Whalen, M. (1986) Somatic response to stress, physical symptoms and health service use. Behavior Research Therapy. 24 (5), 569-576.
- Garma, A. (1969) Psicoanálisis del Dolor de Cabeza. Ed. Paidós, Buenos Aires. Argentina.
- Hanson, C. L., Cigrang, J. A., Harris, M. A., y Carle, D. L. (1989) Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57 (5), 644-651.
- Hart, J. D., y Cichanski, K. A. (1981) A comparison of frontal EMG biofeedback in the treatment of muscle-contraction headache. Biofeedback and Self-Regulation. 6 (1), 63-74.
- Hersch, P. y Mora, F. (1984) Introducción a la Medicina Social y la Salud Pública. UAM-Xochimilco. Ed. Terra Nova. México.
- Holahan, Ch. J. y Moos, R. H. (1990) Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: an extension of the stress resistance paradigm. Journal of Personality and Social Psychology. 58 (5), 909-9117.

- Holm, J. E., Holroyd, K. A., Hursey, K. G. y Penzien, D.B. (1986) The role of stress in recurrent tension headache. Headache, 26, 160-167.
- Holroyd, K. A. y Andrasik, F. (1978) Coping and the self-control of chronic tension headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46 (5), 1036-1045.
- Holroyd, K. A., Andrasik, F. y Westbrook, T. (1977) Cognitive control of tension headache. Cognitive therapy and research, 1, 121-133.
- Holtzman, W. H., Evans, R. I. Kennedy, S. y Iscoe, I. (1988) Psicología de la salud: contribuciones de la Psicología y mejoramiento de la salud y de la atención de salud. BoL. of Sanit Panam, 105 (3), 245-279.
- Hudzinski, L. G. y Levenson, H. (1985) Biofeedback behavioral treatment of headache with locus of control pain analysis: a 20-month retrospective study. Headache, 25, 380-386.
- Jones, C. y Page, S. (1986) Locus of control, assertiveness, and anxiety as personality variable in stress-related headache. Headache, 26, 369-374.
- Keefe, F. G. (1982) Behavioral assesment and treatment of chronic pain: current status and future directions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 896-911.
- Kerlinger, F. N. (1990) Investigación del Comportamiento. McGraw-Hill editores, México.
- Kerrey, B. y Hofschire, P. (1993) Hidden problems in current health care financing and potencial changes. American Psychologist, 48 (3), 261-264.
- Kobasa, S. C. (1979) Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1), 1-11.
- Kobasa, S. C., Salvatore, R. M. y Courington, S. (1981) Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. Journal of Health and Social Behavior.

22, December, 368-378.

- Kobasa, S. C., Salvatore, R. M. y Kahn, S. (1982) Hardiness and health: a prospective study. Journal of Personality and Social Psychology. 42 (1), 168-177.
- Koestler, A. (1986) En busca de lo Absoluto. Ed. Kairós. Barcelona España.
- Kolenc, K. L., Hartley, D. L. y Murdock, N. L. (1990) The relationship of mild depression to stress and coping. Journal of Mental Health Counseling. 12 (1), 76-92.
- Laurell, C. (1982) Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epistemología social. I.P.N. Escuela de Enfermería y Obstetricia. Academia de Salud Pública. Curso: Proceso Salud, Enfermedad y Epistemología Social.
- Lazarus, R. S. (1975) A cognitive oriented psychologist looks at feedback. American Psychologist. 30, 553-561.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España.
- Levin, J. (1979) Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. Ed. Harla, México.
- Litt, M. D. (1988) Cognitive mediators of stressful experience: self-efficacy and perceived control. Cognitive Therapy and Research. 12 (3), 241-260.
- Macleod, C. y Hagan, R. (1992) Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. Behavior Research and Therapy. 30 (2). 151-161.
- Maes, S., Vingerhoets, A. y Heck, G. (1987) The study of stress and disease: some developments and requirements. Soc. Sci. Med. 25 (6), 567-578.
- Maes, S. y Schlosser, M. (1988) Changing health behavior outcomes in astmatic patients: a pilot intervention study. Social Science and Medicine. 26 (3), 359-364.
- Malmö, R. B. (1959) Activation: a Neuropsychological dimension. Psychological Review. 66, 367-386.

- Mash, E. J. y Hunsley, J. (1993) Behavior therapy and managed mental health care: integrating effectiveness and economics in mental health practice. Behavior Therapy. 24 (1), 67-90.
- Mason, J. W. (1968) A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. Psychosomatic Medicine. 30, 576.
- Mckeown, T. (1982) El papel de la Medicina. Siglo XXI editores. México.
- Medina, C. R. M. (1993) El papel de la ideas irracionales en cefaléicos crónicos respecto a los parámetros de dolor. Informe de servicio social de Licenciatura. FES-Zaragoza, U.N.A.M., México.
- Meeks, S., Carstensen, L., Tamsky, B. F. y Wright, T. L. (1989) Age differences in coping: does less mean worse? International Journal of Aging and Human Development. 28 (2), 127-140.
- Meichenbaum, D. (1977) Cognitive-Behavior Modification. New York: Plenum Press.
- Menaghan, E. (1982) Measuring coping effectiveness: A panel analysis of marital problemas and coping efforts. Journal of Health and Social Behavior. 23, September, 220-234.
- Miller, N. (1969) Learning of visceral and glandular responses. Science, 163, 434-445.
- Miller, N. (1985) Effects of emotional stress the immune system. The Pavlovian Journal of Biological Science. 20, (2), 47-52.
- Moos, R. H., Fenn, C. B. y Billings, A. G. (1988) Life stressors and social resources: An integrated assessment approach. Social Science and Medicine. 27 (9), 999-1002.
- Morris, F. (1967) Enciclopedia Médica. Ed. Espasa-Calpe. Madrid. España.
- Nakano, K. (1989) Intervening variables of stress, hassles, and health. Japanese Psychological Research. 31 (3), 143-148.
- Nelson, G. (1990) Women's life strains, social support, coping and

- positive and negative affect: Cross-sectional and longitudinal tests of the two-factor theory of emotional well-being. Journal of Community Psychology. 18 (3), 239-263.
- Nowack, K. M. (1989) Coping style, cognitive hardiness, and health status. Journal of Behavioral Medicine. 12 (2), 145-158.
- Nowack, K. M. (1990) Initial development of an inventory to assess stress and health risk. American Journal of Health Promotion. 4 (3), 173-180.
- Palacios, C. P., Figueroa, C. y Rojas, M. (1987) El perfil cognitivo-conductual del paciente con dolor de cabeza crónico: un estudio preliminar. Trabajo presentado en el IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la conducta. Puebla, México.
- Palacios, C. P. y Rojas, R. M. (1986) Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza. Proyecto de investigación. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Palacios, C. O., Rojas, R. M., Figueroa, L. C. y Lopes, D. G. (1991) Comparación psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor. Reporte de investigación del Grupo Psicología de la Salud. Enep-Zaragoza. U.N.A.M.
- Parkes, K. R. (1986) Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. Journal of Personality and Social Psychology. (6), 1277-1292.
- Passchier, J., Goudswaard, P., Orlebeke, J. F. y Verhage, F. (1988) Migrane and defense mechanisms: Psychophysiological relationships in young females. Social Science and Medicine. 26 (3), 343-350.
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978) The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior. 19 March, 2-21.

- Phillips, H. C. y Jahanshahi, M. (1985) The effects of persistent pain: The chronic headache sufferer. Pain. 21, 163-176
- Plutchik, R. (1987) Las emociones. Ed. Diana, México.
- Pollock, K. (1988) On the nature social stress: Production of a Modern mythology. Social Science and Medicine. 26, (3), 381-392.
- Ramírez, B. A. (1991) Perfil de personalidad del paciente con dolor de cabeza crónico como pronóstico de éxito o fracaso al tratamiento de retroalimentación bioplógica y entrenamiento asertivo. tesina de licenciatura. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Ramos, del R. B. (1989) Comparación de índices de depresión entre dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor. Tesis de Licenciatura. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Rodriguez de Sn Miguel. G. J. L. (1992) Depresión e ideas irracionales en cefaléicos. Tesis de licenciatura. ENEP-Zaragoza. U.N.A.M., México.
- Rosenbaum, M. (1989) Self-control under stress: The role of Learned resourcefulness. Advances in Behavior Research and Therapy. 11 (4), 249-258.
- Satir, V. (1991) El primer paso para ser amado. Ed. Pax, México.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, Ch. S. (1986) Coping with stress divergent strategies of optimists and pessimists. Journal of Personality and Social Psychology. 51 (6), 1257-1264.
- Schlegel, R. P., Welwood, J. K., Copps, B. E., Grochow, W. H. y Sharrat, M. T. (1980) The relationship between perceived challenge and daily symptom reporting in Type A vs. Type B postinfarct subjects. Journal of Behavioral Medicine. 3, 191-204.
- Selye, H. (1956) The stress of the life. Nueva York: Mcgraw-Hill.
- Shapiro, D., Tursky, B. y Schwartz, G. E. (1970) Differentiation of heart rate and blood pressure in man by operant

- conditioning. Psychosomatic Medicine, 32, 417-423.
- Siegel, S. (1986) Estadística no Paramétrica. Ed. Trillas, México.
- Smith, L. W., Patterson, T. L. y Grant, I. (1990) Avoidant coping predicts psychological disturbance in the elderly. Journal of Nervous and Mental Disease. 178 (8), 525-530.
- Sorbi, J. y Tellegen, B. (1988) Stress-coping in migrane. Social Science and Medicine. 26 (3), 351-358.
- Spence, J., Carson, R. y Thibaut, J. (1976) Behavioral Approaches to Therapy. Ed. General Learning Press. Ed. General New Jersey.
- Srivastava, A. K. y Singh, H. S. (1988) Modifying effects of coping strategies on the relation of organizational role stress and mental health. Psychology Reports. 62 (3), 1007-1009.
- Stone, A. A. y Neale, J. M. (1984) New measure of daily coping: Development and preliminary results. Journal of personality and Social Psychology. 44, 798-806.
- Stone, A. A., Reed, B. R. y Neale, J. M. (1987) Changes in daily event frequency precede episodes of physical symptoms. Journal of Human Stress. 13 (2), 70-73.
- Thompson, J. K. y Figueroa, J. L. (1983) Critical issues in the assessment of headache. En: Hersen, M., Eisler, R. M. y Miller, P. M. Progress in Behavior Modification. 15, Academic Press.
- Torres, F. A. y Beltrán, G. F. (1986) La Psicología de la Salud: Campos y Aplicaciones. Universidad Veracruzana. Xalapa, México.
- Turner, J. A., Clancy, S. y Vitaliano, P. P. (1987) Relationships of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain. Behav. Res. Ther. 25 (4), 281-288.
- Valdés, M. y de Flores, T. (1985) Psicobiología del Estrés. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España.
- Valdés, M. M., Flores F. T., Tobeña, P. A. y MassANA? R. J. (1993) Medicina Psicosomática: Bases Psicológicas y Fisiolo-

Lógicas. Ed. Trillas, México.

- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E. Maiuro, R. D. y Becker, J. (1985) The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research, 20, 3-26.
- Watzlawick, P. (1989) ¿Es real la realidad? Ed. Herder, Barcelona.
- Weiss, J. M. (1968) Factores psicológicos de la tensión y la enfermedad. En: Selecciones de Scientific American. (1970) Psicología y Fisiología. Ed. Blume, España.
- Williamson, D. A. (1981) Behavioral treatment of migraine and muscle-contraction headache: outcome and theoretical explanations. En: Hersen, M., Eisler, R. y Miller, P. Progress in Behavior Modification. II, Academic Press. New York, 1981.
- Yalom, I. D. (1984) Psicoterapia Existencial. Ed. Herder. Barcelona.
- Zeidner, M. y Hammer, A. (1990) Life events and coping resurces as predictors of stress symptoms in adolescents. Personality and Individual Differences. 11 (7), 693-703.

ANEXO

FRECUENCIA DE OCURRENCIA DE LAS SITUACIONES ESTRESANTES

RELACIONES INTERPERSONALES	PAREJA	12
	FAMILIARES	7
	OTRAS PERSONAS	4
APRENSION		4
PATERNIDAD		3
PRESIONES ESCOLARES		3

TABLA 1 Situaciones Estresantes.

CATEGORIAS	MEDIANA
AFRONTAMIENTO CONFRONTATIVO	51.8
DISTANCIAMIENTO	33.3
AUTOCONTROL	36.5
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL	29.6
ACEPTACION DE LA RESPONSABILIDAD	41.6
ESCAPE - EVITACION	29.6
PLANEACION DE LA SOLUCION DEL PROBLEMA	40.7
REEVALUACION POSITIVA	25.3

TABLA 2 MEDIANA DE LOS PORCENTAJES DE UTILIZACION DE UTILIZACION DE CADA CATEGORIA.

CATEGORIAS	PUNTAJES			
	0	1	2	3
AFRONTAMIENTO CONFRONTATIVO	53	43	52	50
DISTANCIAMIENTO	77	48	46	27
AUTOCONTROL	76	72	51	32
BUSQUEDA DE APOYO SOCIAL	83	58	33	24
ACEPTACION DE LA RESPONSABILIDAD	46	34	31	21
ESCAPE - EVITACION	114	79	44	27
PLANEACION DE LA SOLUCION DEL PROBLEMA	66	60	45	27
REEVALUACION POSITIVA	99	59	44	29
TOTAL	614	453	346	237

TABLA 3 MODA DE LOS PUNTAJES DE UTILIZACION

	Cat 1	Cat 2	Cat 3	Cat 4	Cat 5	Cat 6	Cat 7	Cat 8
Cat 1								
Cat 2	.20							
Cat 3	.67*	.40						
Cat 4	.11	.33	.42					
Cat 5	.52	-.15	.58*	.03				
Cat 6	.47	-.05	.71*	.02	.60*			
Cat 7	.69*	.51*	.74*	.46	.50	.31		
Cat 8	.63*	.72*	.64*	.29	.34	.06	.74*	

* estadísticamente significativas con $\alpha = 0.05$

Cat 1= Afrontar - Confrontar.

Cat 2= Distanciamiento.

Cat 3= Autocontrol.

Cat 4= Búsqueda de Apoyo Social.

Cat 5= Aceptación de la responsabilidad.

Cat 6= Escape - Evitación.

Cat 7= Planeación de la Solución del Problema.

Cat 8= Reevaluación Positiva.

TABLA 4 CORRELACIONES.

M O D O S D E A F R O N T A M I E N T O

Lea por favor cada uno de los items que se indican a continuación y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos.

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).	0	1	2	3
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me criticqué o me sermoneé a mí mismo.	0	1	2	3
10. No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta.	0	1	2	3
11. Confié en que ocurriera un milagro.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
12. Seguí adelante con mi destino. (Simplemente algunas veces tengo mala suerte).	0	1	2	3
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Dormí más de lo habitual en mí.	0	1	2	3
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.	0	1	2	3
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intenté olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busqué la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Cambié, maduré como persona.	0	1	2	3
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.	0	1	2	3
25. Me disculpé o hice algo para compensar.	0	1	2	3
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.	0	1	2	3
27. Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
28. De algún modo expresé mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.	0	1	2	3
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones.	0	1	2	3
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso.	0	1	2	3
36. Tuve fé en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubrí lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien.	0	1	2	3
40. Evité estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.	0	1	2	3
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
43. Oculté a los demás lo mal que me hiban las cosas.	0	1	2	3
44. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.	0	1	2	3
45. Le conté a alguien cómo me sentía.	0	1	2	3
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería.	0	1	2	3
47. Me desquité con los demás.	0	1	2	3
48. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.	0	1	2	3
49. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcha- ran bien.	0	1	2	3
50. Me negué a creer lo que había ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propuse un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.	0	1	2	3
56. Cambié algo de mí.	0	1	2	3
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3

	En absoluto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Recé.	0	1	2	3
61. Me preparé para lo peor.	0	1	2	3
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría.	0	1	2	3
63. Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.	0	1	2	3
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.	0	1	2	3
66. Hice Jogging u otro ejercicio.	0	1	2	3
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (Por favor, descríballo).	0	1	2	3

Criterios de selección propuestos en el programa Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza.

- a) personas de uno u otro sexo, mayores de 15 años y menores de 60, cuyo principal motivo de consulta sea el dolor de cabeza.
- b) antecedentes de dolor de cabeza crónico de por lo menos tres años de evolución.
- c) ausencia de antecedentes psiquiátricos del tipo psicóticos o esquizofrenia.

Por carecer de interés para este estudio, no se dará curso a la atención de aquellos pacientes cefaléicos con historia clínica orientada a los padecimientos que a continuación se enumeran:

- 1) hipertensión arterial.
- 2) anemia clínica o de laboratorio.
- 3) sintomatología neurológica diversa, y en especial, crisis convulsivas episódicas o cuadros epilépticos, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, padecimientos cerebrovasculares, neuralgias (del facial, trigémino, glosofaríngeo y occipital).
- 4) pacientes con hábitos de higiene deficiente, consumo indiscriminado de carne de cerdo, o antecedentes personales o familiares de teniasis por *T. solium* (cf. Villegas y cols., 1987).
- 5) patología sinusal (frontal, maxilar o etmoidal).
- 6) otitis, mastoiditis e inflamaciones del conducto auditivo externo.
- 7) anomalías anatómicas o traumatismos de la nariz.
- 8) patología oftálmica, (irritación o inflamación conjuntivales, defectos de refracción como astigmatismo, etc.).

10) alcoholismo crónico.

11) padecimientos de la columna cervical, traumáticos, inflamatorios, etc.

12) antecedentes inmediatos de padecimientos de naturaleza tóxica o alérgica.

También se descartarán los pacientes en los cuales los siguientes estudios revelen alguna alteración:

1) radiografías simples de cráneo (AP, laterales, y Towne).

2) fondo de ojo.

3) biometría hemática.

4) química sanguínea.