

5
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"INDICE DE MEJORIA DEL DOLOR DE CABEZA
COMO PREDICTOR DE DESERCIONES EN
UN ENTRENAMIENTO EN RAB"

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a

MARTHA ESPINOSA HERNANDEZ

México, D.F.

1994

IMPRESO CON
TALLA DE ORGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme dado la vida para iniciar el camino. Así como la fuerza suficiente para poder llegar a la meta deseada.

A MI ESPOSO E HIJO

Que son la razón de mi vida.

A MIS HERMANOS

ELEONAI
MANUEL
MIGUEL
JOSE LUIS
SAUL
ESPERANZA
DAVID

Que son parte de mis grandes y pequeñas experiencias y de los cuales he recibido todo el apoyo del mundo.

A MIS PADRES

Por enseñarme que en la vida el estudio es lo principal.

A CHACHIS

Porque con ella junto a mí, el camino de la vida ha sido más sencillo y por el constante apoyo que he recibido sobre todo para terminar este trabajo.

**A MIS SOBRINOS
Y CUÑADOS**

Por esa calidez que
he encontrado en
ellos.

**A MIS GRANDES AMIGOS
Y COMPAÑEROS**

ARACELY	ELIZABETH
REINA	ROSARIO
ENRIQUE	ALEJANDRA
JUAN	RITA
ROCIO	ANGELICA

De quienes he recibido cariño, afecto
y compañerismo en el transcurso de
mis años de escuela.

**A MIS SUEGROS
Y COMPADRES
ALEJANDRO Y
ANGELES.**

Por el apoyo y cariño
que han brindado a
mi familia y sobre
todo a mi hijo.

A MARTHA

Por esas grandes
tardes que pasamos
juntas realizando el
trabajo, por el aliento
para concluir el
mismo y sobre todo
por ser: *La mejor
amiga.*

AL HONORABLE JURADO

PATRICIA PALACIOS CASTAÑON.
MARGARITA CARPIO HERNANDEZ.
LIDIA BELTRAN RUIZ.
FERNANDO MANCILLA MIRANDA.
SERGIO C. MANDUJANO VAZQUEZ.

Por su cálida atención y por los comentarios
que enriquecieron el presente trabajo.

*" EL que trabaja con las manos, es un ARTESANO.
EL que emplea en su obra manos y cerebro, es un
ARTIFICE; quién labora con manos, cerebro y
corazón, es un ARTISTA."*

LOUIS NIZER.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I : CEFALEA CRONICA

1.1 Epidemiología de la Cefalea	6
1.2 Clasificación de la Cefalea	8
1.3 Formas de Intervención	15

CAPITULO II : RETROALIMENTACION BIOLOGICA (RAB)

2.1 Antecedentes de la RAB	20
2.2 La aplicación de la RAB en diversos trastornos de la salud	25
2.3 RAB como tratamiento en pacientes con dolor de cabeza crónico	29
2.4 Líneas de investigación entre RAB y Cefaleas Crónicas	32

CAPITULO III : CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

3.1 Delegación Política	40
3.2 Institución en donde se realizó el Servicio Social	42

CAPITULO IV : INVESTIGACION

4.1 Planteamiento del Problema y Metodología	49
4.2 Resultados	55
4.3 Discusión y Conclusiones	61

REFERENCIAS	66
--------------------------	-----------

Uno de los problemas de salud que ha incrementado su incidencia y prevalencia ha sido el dolor de cabeza crónico. En Estados Unidos se estima que 42 millones de individuos sufren de dolor de cabeza (Adams, Feuerstein y Fowler, 1980). En lo que respecta a México, no se dispone de datos epidemiológicos concretos de dolor de cabeza. Sin embargo, en la práctica clínica se observa que un gran número de personas acuden a consulta por dolores de cabeza importantes (Aguilera, Espinosa, Huitrón, Medina y Olivera, 1990). Particularmente, en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" el dolor de cabeza ocupa el segundo lugar como motivo de consulta después de la atención de partos normales (Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez". Reporte mensual de productividad, Febrero, 1991).

Debido a la importancia que ha ido adquiriendo este padecimiento se ha realizado un número considerable de investigaciones respecto a tratamientos para el mismo, tanto de tipo farmacológico como no farmacológico, siendo dentro de éstos últimos el Entrenamiento en Retroalimentación Biológica (RAB) al que se le ha brindado mayor importancia y del cual se han hecho investigaciones tan minuciosas de aspectos tan específicos de la técnica que han demostrado su efectividad para muchos cefaléicos crónicos (Budzynski, Stoyva y Adler, 1970; 1973; Blanchard, Andrasik, Neff y Jurish, 1982; Adams, Feuerstein y Fowler, 1980).

De los problemas más comunes que se presentan en la investigación clínica, en donde la evaluación y el tratamiento puede llevarse varios meses es la pérdida de sujetos lo cual es

una limitante en las conclusiones que conllevan a resultados distorcionados. Pese a la importancia que puede tener el estudio de las deserciones y por ende sus posibles descriptores no se le ha dado la atención necesaria dentro de la investigación en este campo, incluso, pocos son los estudios que reportan los porcentajes de los pacientes que acuden a tratamientos no farmacológicos (RAB; relajación etc.) y que desertan de los mismos (Carrobes, Cardona y Santacreud, 1981; Palacios y Rojas, 1993).

Bakeland y Lundwall (1979) realizaron un estudio donde encontraron que los pacientes que terminan tempranamente no tienen buen control de su dolor de cabeza como aquellos quienes concluyen sus tratamientos.

Solbach y Sargent en 1977 (citado por Evans y Blanchard, 1986), realizaron un seguimiento de 110 migrañosos, los cuales recibieron Retroalimentación Térmica, encontrando que aquellos que desertaron lo hicieron porque habían mejorado en dos parámetros de su dolor de cabeza (duración e intensidad) más que quienes completaron el tratamiento. Mientras que Hart (1982) llevó a cabo un estudio en el cual tomó variables demográficas, medidas de autoreporte de dolor de cabeza y medidas de personalidad como posibles predictores en las deserciones de pacientes cefaléicos crónicos, encontrando que los negros y los pacientes que eran referidos por internos de otro servicio, tendieron a desertar más pronto del tratamiento, así como aquellos que reportaban intensidades menores de dolor y mayores síntomas de depresión.

Por su parte, Evans y Blanchard (1986) realizaron una investigación de posibles predictores de deserciones para lo cual,

tomaron en cuenta las características demográficas, variables psicológicas y la historia del dolor de cada uno de 314 sufridores de dolor de cabeza crónico, encontrando que los pacientes que terminan pronto fueron más asertivos, escasamente con bajo estatus económico y jóvenes, además de que el problema del dolor de cabeza era considerado menos severo.

La autora del presente estudio realizó su Servicio Social en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José Ma. Rodríguez" en donde se da atención a sufridores de dolor de cabeza crónico. Este servicio proporciona una Evaluación Médica y Psicológica a los pacientes, posteriormente se les asigna el tratamiento correspondiente (RAB o Entrenamiento Asertivo) y se lleva a cabo este, realizando una segunda Evaluación Psicológica al término del mismo. Durante la realización del Servicio Social (un año aproximadamente) se dió atención a 82 pacientes con dolor de cabeza crónico observándose de los mismos los siguientes porcentajes:

28% concluyeron RAB

11% desertaron en RAB

29% desertaron en evaluación psicológica

15% concluyeron el entrenamiento de asersión

05% desertaron del entrenamiento de asersión

10% se les dió de baja del servicio

02% fueron canalizados a otro servicio

Lo anterior muestra el alto índice de deserciones que se presentaron y en la etapa donde hay un porcentaje mayor es en la evaluación psicológica. Algo que llamó la atención fue que estos

pacientes obtuvieron índices de mejoría en su dolor de cabeza, incluso hay pacientes en los cuales desapareció totalmente su dolor sin haber recibido tratamiento alguno.

Tomando en cuenta lo anterior, el propósito del presente estudio es conocer si existen diferencias significativas entre los índices de mejoría del dolor de cabeza obtenidos en la fase de evaluación psicológica entre el grupo de pacientes que desertan en la misma y aquellos que concluyen con un entrenamiento en Retroalimentación Biológica, además de averiguar si existen diferencias entre los mismos grupos respecto a variables tales como depresión y periodo de evolución.

Para los fines de la presente investigación, se realizó una selección de 30 expedientes de una muestra de sufridores de dolor de cabeza crónico que asistieron al servicio de la Clínica del Dolor del Hospital General "José Ma. Rodríguez" y fueron asignados a uno de dos grupos de acuerdo a la fase cubierta:

- 1) pacientes que desertaron en la fase de evaluación psicológica
- 2) pacientes que después de la fase de evaluación psicológica continuaron en el entrenamiento de RAB y concluyeron el mismo.

Se obtuvieron los datos de periodo de evolución, el puntaje de depresión del inventario de Beck y los datos del índice de mejoría en el momento del corte de observación (ver procedimiento). Lo anterior se utilizó para averiguar si algunas de las variables mencionadas juegan un papel importante en la predicción de las posibles deserciones en una intervención no farmacológica del dolor de cabeza crónico.

Debido a que esta investigación es de tipo clínico y a las

características de sus variables, se eligió llevarla a cabo por medio de un diseño ex-post facto,. Así mismo, con la presente investigación se pretende dar una aportación tanto clínica como práctica, ya que ayudará a prestar mayor atención a variables que hasta ahora han sido poco estudiadas, sino es que ignoradas por muchos clínicos aún cuando dentro de su área existan porcentajes de deserciones elevadas.

De la misma manera, se pretende fomentar el interés de los investigadores clínicos por conocer el papel de las diferentes variables que puedan estar interviniendo en un programa de tratamiento en algún padecimiento crónico (en este caso en dolor de cabeza) y tenerlas en cuenta para que la mayoría de los sujetos concluyan su tratamiento siendo esto para beneficio tanto del paciente como del investigador.

CAPITULO I

CEFALEA CRONICA

1.1 EPIDEMIOLOGIA DE LA CEFALEA.

Uno de los problemas que a través de los años ha ido incrementando su incidencia y prevalencia ha sido el dolor de cabeza crónico, encontrando que en la Gran Bretaña se ubica entre los 10 padecimientos más frecuentes (Martín, 1983). En Inglaterra 4 de 5 individuos sufren de dolor de cabeza al menos una vez al año (Waters y O'Connors, 1971; 1975). En Alemania el 33% de la población sufre considerablemente de dolor de cabeza (Brahler, 1978). En un estudio de una población urbana de África se reportó una historia de dolor de cabeza recurrente en 20.2% de las mujeres y un 17.6% en hombres (Levy, 1983).

En Estados Unidos se estima que cuarenta y dos millones de individuos sufren considerablemente de dolor de cabeza (Adams, Feurestein y Fowler, 1980), una quinta parte de la población perdía en 1980 anualmente 124 millones de días de trabajo por el dolor de cabeza además de que aproximadamente 45 millones de estadounidenses gastaban 1,200 millones de dólares al año en aspirinas y diversos medicamentos para el dolor de cabeza (Executive Health Report, 1981).

En lo que respecta a México, no se dispone de datos epidemiológicos concretos de dolor de cabeza, sin embargo, los desórdenes psicofisiológicos (que incluyen cefaleas crónicas) ocupan uno de los nueve problemas prioritarios de salud mental (De la Fuente, Pucheu, Medina, 1985). Por su parte Campuzano (1987) reporta que el dolor crónico acompaña de un 75% a un 80% de los pacientes que acuden a consulta médica general. Por otro lado, en un estudio estadístico de 100 casos, realizado en el Instituto

Nacional de Neurología de México, se reportó que el 51% de los casos de dolor de cabeza crónico correspondían a la cefalea tensional y el 42% a la migraña (Zermeño y Otero, 1974).

Como se observa en los datos anteriores, la cefalea es un trastorno con una incidencia impresionante en muchos países, sin embargo, hasta en años recientes es cuando se han realizado investigaciones epidemiológicas al respecto.

Es importante destacar que en México, los datos que obtenemos son muy escasos y poco precisos y, aunque esto nos da una visión de lo importante del trastorno de la cefalea crónica en nuestro país, se considera necesario determinar la distribución real de la cefalea crónica en la población general.

1.2 DEFINICION Y CLASIFICACION DE LA CEFALEA

La cefalea se define como todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variables, de etiología multifactorial que incluye elemento de naturaleza psicológica, entendidos estos como la interacción del individuo con su medio ambiente. En el caso de las cefaleas crónicas (por ej. de tipo tensional o migrañosa), son justamente estos últimos factores los que tienen mayor relevancia en su origen y mantenimiento y, la participación de variables orgánicas no siempre es fácil de comprobar en todos los casos. Existen autores tales como Blau (1983), Blummer y Heilbronn (1982), Fordyce (1976), Rachlin (1983), Sternbach (1978) y Schoenfeld (1980) que apoyan ésta aseveración y prominencia de tales factores en el caso del dolor crónico. (Palacios y Rojas 1987).

En 1962 el National Institute of Neurological Diseases and Blindness convocó un comité ad hoc para la "Clasificación de las cefaleas" a fin de que se estableciera una nomenclatura estandarizada para este tipo de trastorno.

El Comité Ad Hoc dividió las cefaleas en diversos tipos basándose en la fenomenología y al etiología del trastorno, estableciéndose 15 categorías distintas de cefalea (ver figura 1), de las cuales, 3 categorías o subclasificaciones constituyen el conjunto de las cefaleas crónicas (Blanchard y cols., 1989 p.20).

1.- CEFALEA VASCULAR DE TIPO MIGRANOSO: Se caracteriza por ataques recurrentes de cefalea de intensidad frecuencia y duración muy variables. Estos ataques suelen ser de localización unilateral y se asocian a anorexia y en ocasiones a náuseas y vómitos, en

CLASIFICACION DEL DOLOR DE CABEZA

DE ACUERDO AL COMITE AD HOC

TABLA DE CONTENIDOS.

1. Dolor de Cabeza de tipo migrañoso
 - A. Migraña "Clasica"
 - B. Migraña "Común"
 - C. Dolor de Cabeza en Racimos "Cluster"
 - D. Migraña "Hemipléjica" y Migraña "Oftalmopléjica"
 - E. Dolor de Cabeza "Lower-Half"
2. Dolor de Cabeza por Contracción-Muscular.
3. Dolor de Cabeza combinado: Vascular y por Contracción Muscular.
4. Dolor de Cabeza de Reacción Vasomotora.
5. Dolor de Cabeza de estado hipocondríaco.
6. Dolor de Cabeza Vascular no Migrañoso.
7. Dolor de Cabeza de Tracción.
8. Dolor de Cabeza por Inflamación Craneal.
9. Dolor de Cabeza debido a enfermedades oculares, aurales, nasales, dentales y otras estructuras craneales y de cuello.
10. Neuritides Craneal.
11. Neuralgias Craneales.

Fig. 1 Clasificación de Dolor de Cabeza según el Comité Ad Hoc.

algunos casos se hallan precedidos o asociados a trastornos considerables de tipo sensitivo y motor así como a cambios de humor.

Existen variedades específicas de este tipo de cefalea las cuales son:

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

b) Migraña común: Cefalea vascular sin prodromos claros y de localización unilateral; menos frecuente que el tipo "a" y "c". Destaca una cierta relación entre este tipo de cefalea y determinadas variables ambientales, ocupacionales, menstruales, etc.

c) Migraña en racimos: Cefalea vascular predominantemente unilateral y de localización constante, asociada con frecuencia a ruborización, sudoración, rinorrea e hipersecreción lagrimal; su duración es breve y generalmente se produce en forma de racimos de episodios, seguidos de largas remisiones. Son cuadros muy parecidos o estrechamente relacionados a: eritroprosopalgia (Bing), la eritromelalgia cefálica o cefalalgia histaminica (Horton) y la neuralgia patrosal.

2.- CEFALEA POR CONTRACCION MUSCULAR SOSTENIDA: Dolor o sensación de tensión, presión o constricción de intensidad, frecuencia y duración muy variables, en ocasiones de duración prolongada y de localización suboccipital. Frecuentemente se asocia a contracción sostenida de la musculatura esquelética con ausencia de cambios estructurales permanentes. Los términos ambiguos e insuficientes

de cefalea tensional, psicogénica y nerviosa hacen referencia en su mayor parte a las cefaleas de este grupo.

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

4.- CEFALEA DE LOS ESTADOS DE ALUCINACION, CONVERSION O HIPOCONDRIACOS: Cefaleas de enfermedades en las que el trastorno clínico principal es una respuesta del tipo alucinación o conversión, sin que existan mecanismos dolorosos periféricos. Están estrechamente relacionados con ellas las reacciones hipocondriacas en las que los trastornos periféricos relativos al dolor de cabeza son mínimos. También han recibido el nombre de "cefaleas psicogénicas"

Con esta primera clasificación se dió un gran paso en el campo de investigación acerca del dolor de cabeza, sin embargo, al ser aplicada en el campo clínico muestra deficiencias.

En 1983 se crea la Sociedad Internacional del Dolor de Cabeza (IHS) y, durante el segundo Congreso Internacional de Dolor de Cabeza realizado en Copenhague en 1985, la junta de la IHS estableció un comité de clasificación representado por un amplio espectro de expertos en el campo. Tomando como base principal su experiencia clínica, el comité establecido creó una nueva clasificación decidiendo cuántos diferentes diagnósticos de dolor de cabeza pueden ser claramente distinguidos y cuántos subtipos de cada tipo de dolor de cabeza pueden ser reconocidos; también se estableció un criterio diagnóstico operacional para todos los desórdenes de dolor de cabeza (un ejemplo de esta clasificación se muestra en la figura 2).

CLASSIFICATION OF PRIMARY HEADACHE

1. MIGRAINE.

1.1 Migraine without aura.

1.2 Migraine with aura.

1.2.1 Migraine with typical aura.

1.2.2 Migraine with prolonged aura.

1.2.3 Familial hemiplegic migraine.

1.2.4 Basilar migraine.

1.2.5 Migraine aura without headache.

1.2.6 Migraine with acute onset aura.

1.3 Ophthalmoplegic migraine.

1.4 Retinal migraine.

1.5 Childhood periodic syndromes that may be precursors to or associated with migraine.

1.5.1 Benign paroxysmal vertigo of childhood.

1.5.2 Alternating hemiplegia of childhood.

1.6 Complications infarction.

1.7 Migrainous disorder not fulfilling above criteria.

2. TENSION TYPE HEADACHE.

2.1 Episodic tension type headache.

2.1.1 Episodic tension type headache associated with disorder of pericranial muscle.

2.1.2 Episodic tension type unassociated with disorder of pericranial muscle.

Figura 2. Clasificación del Dolor de Cabeza (Glesen, 1990).

- 2.2 Chronic tension type headache.
 - 2.2.1 Chronic type headache associated with disorder pericranial muscle.
 - 2.2.2 Chronic tension type headache unassociated with disorder of pericranial muscle.
- 2.3 Headache of the tension type not fulfilling above criteria

- 3. CLUSTER HEADACHE AND CHRONIC PAROXYSMAL HEMICRANIA.
 - 3.1 Cluster headache.
 - 3.1.1 Cluster headache periodicity undetermined.
 - 3.1.2 Episodic cluster headache.
 - 3.1.3 Chronic cluster headache.
 - 3.2 Chronic paroxysmal hemicrania.
 - 3.3 Cluster headache-like disorder not fulfilling above criteria.

- 4. MICELLANEOUS HEADACHE UNASSOCIATED WITH STRUCTURAL.
 - 4.1 Idiopathic stabbing headache.
 - 4.2 External compression headache.
 - 4.3 Cold stimulus headache.
 - 4.3.1 External application of a cold stimulus.
 - 4.3.2 Ingestion of cold stimulus.
 - 4.4 Benign exertional headache.
 - 4.5 Benign cough headache.
 - 4.6 Headache associated with sexual activity.
 - 4.6.1 Dull type.
 - 4.6.2 Explosive type.
 - 4.6.3 Postural type.

Figura 2. Clasificación del Dolor de Cabeza (Olsen, 1990).

El comité prevee que la nueva clasificación y el criterio diagnóstico tengan un gran impacto en futuros estudios científicos y clínicos (Olsen 1989). Cabe mencionar que a la fecha (1991) no se sabe de ninguna investigación que retome la nueva clasificación.

La clasificación realizada por el Comité Ad Hoc se muestra ambigua y con deficiencias al ser aplicada en la práctica, ya que sus principios fueron más teóricos que prácticos. En lo que respecta a la clasificación realizada por la IHS en 1985, ésta trata de cubrir las deficiencias del anterior, realizando un criterio diagnóstico más flexible y detallado, basado en datos empíricos y, aunque pareciera más precisa esta clasificación al igual que la del Comité Ad Hoc, sus diagnósticos se basan en aspectos meramente fisiológicos sin tomar en cuenta elementos valiosos como son los psicológicos.

Cabe aclarar, que los pacientes del presente estudio fueron diagnosticados según la clasificación elaborada por el Comité Ad Hoc, ya que el proyecto del cual fue extraída la muestra así lo especificaba.

1.3 FORMAS DE INTERVENCION.

El dolor de cabeza es visto como un problema de las grandes sociedades, por lo que se han ido incrementando las formas de intervención que van desde la manera tradicional -como el tratamiento farmacológico- hasta los tratamientos no farmacológicos.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Las intervenciones químicas son los tratamientos más utilizados para el dolor de cabeza crónico. Recientes investigaciones de endorfinas y otros endógenos (sustancias agotadoras del dolor) hacen resaltar la importancia de los fármacos en el tratamiento del dolor (Aronoff y cols., 1986). Comúnmente la importancia de la medicación es sobreenfatizada por médicos y pacientes y llega a ser vista como la única estrategia para combatir el dolor (Aronoff y Evans, 1982).

De entre los medicamentos más utilizados en el manejo de pacientes con dolor de cabeza crónico se encuentran los analgésicos, los músculo-relajantes, los antidepresivos, los narcóticos e incluso algunas vitaminas como la tiamina.

* Los analgésicos de actuación periférica (aspirina, acetaminofén y naproxeno) actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandina la sustancia que sensibiliza las terminaciones nerviosas (Aronoff y cols., 1986).

* Los músculo-relajantes como el methocarbonyl (Roaxisal), el carisoprodo (Soma) y las benzodiazepinas (Diacepam), reducen la tensión emocional, relajan el músculo estriado y ejercen un efecto

tranquilizante moderado a través del sistema límbico (Swerdlow, 1982).

* Los antidepresivos como el Doxepin, el Tofranil y Anafranil, son recetados bajo el supuesto de que la depresión comunmente aparece en conjunción con el dolor crónico, además de que la droga mejora los síntomas depresivos incluyendo el decremento del aislamiento social y problemas del sueño. Otro supuesto por el que se administran antidepresivos a pacientes con cefalea crónica, es que existen similitudes bioquímicas entre el dolor y la depresión (Aronoff y cols., 1986).

* Los narcóticos, son el resultado de numerosos opioides sintéticos y semisintéticos en busca de un control óptimo del dolor. Los más utilizados en pacientes con cefalea crónica son la morphine, meperidine (Demerol), methadone y proporyphene (Darvan) entre otros (Katon, 1984).

* Las vitaminas que, aunque no existe referencia alguna en la literatura como tratamiento para el dolor de cabeza crónico, en la práctica clínica se encontró a pacientes que se les había administrado vitaminas (como la tiamina), como complemento de un tratamiento para la cefalea, e incluso existen casos que refieren estos fármacos como tratamiento único para su trastorno.

Estos medicamentos son en algunos casos efectivos, más sin embargo, se ha encontrado que - a excepción de las vitaminas- llegan a producir efectos secundarios tales como: tolerancia a las drogas, problemas de adicción, náuseas, problemas gástricos, diarreas, entumecimiento de extremidades y euforia entre otros (Davis, 1983; Litt, 1986).

El principal problema de esta forma de intervención es que al administrar fármacos se le da una solución unidimensional a un problema multidimensional como lo es el dolor de cabeza crónico.

TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS.

RELAJACION.

La estrategia física y psicológica más sencilla para el tratamiento del dolor de cabeza crónico es el entrenamiento en relajación. Este procedimiento va desde la forma de relajación positiva por meditación descrita por Benson (1975) como el método más sencillo, hasta el elaborado programa de Jacobson (1938) conocido como relajación progresiva.

La relajación progresiva abreviada u otras formas meditativas más pasivas de relajación también son empleadas, incluyéndose siempre la práctica en casa (Blanchard y cols., 1989).

Blanchard en 1982, realizó un estudio en donde aplicó la técnica de relajación a pacientes con dolor de cabeza crónico encontrando que el 52% de los pacientes tensionales, el 30% de los pacientes migrañosos y el 22% de pacientes con cefalea mixta lograron mejorar en un 50% o más su dolor de cabeza.

TRATAMIENTOS COGNITIVOS

Los tratamientos cognitivos intentan proporcionar al paciente una serie de habilidades generales para la solución de problemas o habilidades de afrontamiento, que pueden aplicarse en una amplia gama de situaciones o estresores capaces de provocar la cefalea. Para lo anterior se retoman procedimientos como:

* El entrenamiento asertivo: Este procedimiento está encaminado a promover la adquisición o modificación de formas de interacción personal tendientes a expresar de una manera directa y honesta los pensamientos y sentimientos de los sujetos así como hacer valer los derechos ajenos y los propios, haciendo uso de técnicas como: el ensayo conductual, el modelamiento, ejercicios gestálticos y la terapia racional emotiva (Lang y Jackobowski 1976). Palacios y Rojas en 1992 retoman este procedimiento y lo aplican a pacientes con dolor de cabeza crónico los cuales al término del tratamiento obtuvieron una mediana en el índice de mejoría global del 24% de su dolor de cabeza, inmediatamente después del tratamiento y a mediano plazo.

* Inoculación al estrés: Este procedimiento consiste de tres etapas 1) Educación, 2) Ensayo y 3) Aplicación. En la vida diaria este enfoque prepara a los pacientes para tener una participación más activa en la autoregulación del dolor, se alienta a los pacientes a que hagan uso de diversas estrategias como la relajación, desviación de la atención y las alteraciones cognoscitivas de autoapreciación (Székely, 1989). Los tratamientos cognoscitivos aplicados a pacientes con dolor de cabeza crónico es una de las intervenciones más nuevas y, aunque existen trabajos que apoyan la efectividad de la misma (Holroyd y cols., 1977; 1978; Knapp y Florin, 1981), hace falta mayor investigación en cuanto a los componentes terapéuticos activos de este tratamiento.

RETROALIMENTACION BIOLOGICA.

La técnica en Retroalimentación Biológica (RAB) ha jugado un

papel importante durante los últimos 15 años en la medicina conductual y desde ese entonces se ha aplicado como tratamiento en pacientes con cefalea crónica.

Esta técnica permite al paciente aprovechar la información directa de sus propios cambios fisiológicos para modificarla en beneficio del mismo. (En el apartado 2.2 se profundizará acerca de la naturaleza de la RAB).

Tanto la tradición como las recomendaciones oficiales de la Biofeedback Society of America indican distintas formas de RAB según las diferentes formas de cefalea: RAB electromiográfica frontal en la cefalea tensional (Budzynski, 1973) y RAB térmica en el caso de migraña y demás cefaleas vasculares (Sargent, Green y Walters, 1973). En el capítulo II se ampliará la información sobre este tratamiento.

Cada una de las diversas formas de tratamiento que se han desarrollado para la atención a pacientes con dolor de cabeza crónico han aportado elementos valiosos para una mayor comprensión y mejor atención a pacientes con este trastorno.

En especial, el entrenamiento en RAB ha aportado elementos importantes tanto a nivel fisiológico como psicológico, que han hecho de esta intervención una de las mejores opciones para la atención a sufridores del dolor de cabeza crónico.

CAPITULO II

RETROALIMENTACION BIOLÓGICA

(RAB)

2.1 ANTECEDENTES DE LA RAB

Se han establecido analogías entre la Retroalimentación Biológica y las habilidades desarrolladas desde hace varios siglos por los yogüis indios; también se considera de notable influencia los antecedentes sobre la meditación del Zen y otras formas de meditación oriental como la "Meditación trascendental" (Carrobes y Godoy, 1987). Sin embargo, varios autores (Florez, 1983; Gatchel y Price, 1979; Valdés, Flores, Tobeña y Massana, 1983) coinciden en afirmar que como un fenómeno de aprendizaje, el principal antecedente de la RAB se ubica en los trabajos sobre el condicionamiento instrumental de respuestas autónomas, por lo que se hace necesario partir de un problema secular de la Psicología que es la dicotomía voluntario-involuntario (como fuente de control de la conducta).

Apartir de la filosofía cartesiana, la noción sobre la existencia de dos grandes tipos de conducta humana, la voluntaria y la involuntaria, ha estado presente en el pensamiento del hombre occidental por más de dos siglos. Las implicaciones de esta dicotomía sirvieron para que los filósofos se encargaran del estudio de la mente y de sus acciones en tanto que los fisiólogos estudiaran la parte involuntaria del comportamiento del hombre (Rachlin, 1976), sin dejar olvidada una tercera línea de trabajo conocida como psicofísica o física sensorial cuyos objetivos se dirigieron hacia la observación de las relaciones entre mente y cuerpo destacando en esta área investigadores como E.H. Weber, G.T. Fechner, H. Ebbinghaus y W. Wundt. Fué este último investigador quien con T.B. Titchner, dió pie con su

estructuralismo al nacimiento de nuevos sistemas en Psicología, surgiendo como contrario a éste el Funcionalismo y, poco después en 1913 surge el conductismo cuyo creador es Watson quién reconoce a la conducta observable como el verdadero objeto de estudio de la Psicología.

Con el conductismo watsoniano se desarrollan los primeros trabajos sobre el condicionamiento dentro del paradigma pavloviano aplicado al comportamiento humano.

Es Skinner, quien en 1938 toca el tema de la dicotomía voluntario-involuntario y señala la existencia de dos formas de procesos de aprendizaje (condicionamiento), los cuales se distinguan entre otros aspectos, por el sustrato nervioso de uno y otro (autónomo - respondiente y central - operante entendidos como involuntario el primero y voluntario el segundo), y no es sino hasta 1953 cuando el mismo Skinner vuelve a tocar el tema aunque sólo para ratificar lo ya dicho y reafirmar la imposibilidad del control voluntario de funciones involuntarias. Lo anterior dió pie a un gran desarrollo en los trabajos de investigación, principalmente sobre el condicionamiento operante. (Keller, 1975).

Hacia finales de la década de los cincuentas empiezan a realizarse y publicarse los primeros trabajos que sugerian la factibilidad del condicionamiento instrumental de respuestas viscerales, corticales y otras consideradas fuera del " dominio de la voluntad".

Uno de los primeros experimentos que demostraron éxito en el condicionamiento operante fué el de la psicóloga soviética M.I. Lisina en 1956. En este estudio se registró el volumen de los

vasos sanguíneos de los brazos de 5 sujetos, quienes recibían choques eléctricos con la consecuente vasoconstricción. Sin embargo, esta forma de reforzamiento no incrementó el número de respuestas de vasodilatación, pero cuando a los sujetos se les dió la oportunidad de observar sus registros, el reforzamiento resultó efectivo.

Por su lado, Olds en 1961 (citado en Rojas, 1966) demostró en ratas, que aplicando reforzamiento contingente a los cambios en los ritmos de disparo de neuronas aisladas en el hipocampo, era posible mantener constantemente ritmos definidos con anterioridad.

Un investigador de gran influencia en el surgimiento de esta área es sin duda N.E. Miller quien realizó investigaciones de laboratorio con ratas curarizadas para intentar la demostración concluyente del condicionamiento instrumental de las respuestas autónomas. (Miller y Banuazizi, 1968). También, intentando averiguar si el aprendizaje de las respuestas viscerales tenía las mismas propiedades que el de las respuestas eléctricas, Miller y DiCara (1968) demostraron la posibilidad de poner la respuesta bajo control de estímulos discriminativos; con estas y algunas otras investigaciones, Miller en 1969 concluye: "Al fallar en observar una clara dicotomía he dado por sentado que hay solamente una clase de aprendizaje" (p.435).

Con lo anterior se dieron las bases para un cambio en la concepción de las llamadas enfermedades psicósomáticas alejándose del modelo médico psicodinámico que pretendía explicar este tipo de fenómenos.

Sin embargo, pocos años después Miller reportó dificultad al

intentar replicar los experimentos con animales curarizados y aunque trata de justificar esto. él mismo señala que es mejor no confiar en los experimentos con animales curarizados y sugiere el desarrollo de investigación básica que legitime la validez teórica del aprendizaje visceral y contribuya a descubrir las leyes particulares que gobiernan este fenómeno (Miller, 1978 p.376).

En 1969 se fundó la sociedad de investigación de Retroalimentación Biológica. A principios de los años setenta la RAB inicia una expansión muy importante en el área de la investigación y la aplicación clínica. Sin embargo, no se olvidó que las primeras investigaciones adolecieron de problemas teóricos y metodológicos y se inicia un proceso de reconceptualización con el fin de poner en claro el papel de la RAB, surgiendo en esta área autores como: Blanchard y Yung (1973;1974), Schwartz(1973), Plotking y Cohen(1976) e incluso el mismo Miller (1978).

En los años 80's, y después de un gran auge de la RAB en la práctica clínica, existen autores (como Roberts en 1985) que cuestionan la técnica y no le dan validez basándose en problemas teórico-metodológicos como:

- Que no existe relación significativa entre el área de investigación y la práctica clínica.
- No hay investigación empírica
- No hay una teoría sólida para avalar la RAB.
- En la práctica clínica no se sabe cual es la contribución de la RAB en el posible cambio.

Ante estos cuestionamientos, en 1986 autores como: Judith A.

Green y R.D. Shellenberger de la asociación de Psicoterapia de RAB; Leonard White Bernard Tusky de la universidad de N.Y., Hank Mc Govern, Jonathan C. Smith y Patricia Norris mencionan que hay algunos efectos específicos de la RAB bien documentados, además de que existen numerosos estudios seriamente realizados que han demostrado la efectividad clínicamente significativa del entrenamiento en Retroalimentación Biológica. En lo referente a la teoría, se están tratando de esclarecer los principios que subyacen a los cambios observados en las respuestas sometidas a entrenamiento con RAB retomando conceptos de la teoría del aprendizaje y de la teoría general de sistemas.

Aunque se ha trabajado para resolver ciertos problemas teórico-metodológicos existentes en relación a la RAB y se han obtenido grandes logros al respecto, todavía quedan algunas preguntas de esta índole sin respuesta que convenga a la comunidad científica.

Cabe mencionar que aun con todo lo anterior, la RAB ha obtenido grandes logros en el campo clínico además de que ha generado un amplio campo de investigación y ha favorecido el desarrollo de la tecnología biomédica que permite el monitoreo de diferentes sistemas de respuestas fisiológicas. Por lo que podríamos decir que la RAB ha sido verdaderamente productiva y está entrando a una nueva etapa de desarrollo.

2.2 LA APLICACION DE LA RAB EN DIVERSOS TRASTORNOS DE LA SALUD.

Desde 1969 la Retroalimentación Biológica fue reconocida como técnica de la Medicina Conductual y ésta ha sido definida en términos formales como un lazo de retroalimentación artificial que intenta conseguir la regulación de la función biológica que se registra, la cual pudo haber sufrido una alteración reversible como consecuencia de una interacción organismo-ambiente desfavorable para el primero, que le haya acarreado una ruptura en sus canales de retroalimentación naturales y por lo tanto la pérdida de su homeóstasis (Schwartz, 1979; Yates, 1980).

La RAB ha sido aplicada a diversos trastornos de la salud siendo uno de estos los desórdenes musculares (hemiplegia, hemiparestasia, torticolis, espasmos faciales, distonía, etc.), en los que se ha empleado la RAEMG (impresión de la acción potencial de los músculos) o retroalimentación de un conjunto de actividades funcionales (los cuales dependen de un grupo muscular de que se trate por ejemplo flexión del brazo, pie, movimientos faciales o el habla) o la combinación de ambos. Balliet, Shinn, Bach y Rita en 1982 realizaron un estudio con pacientes que tenían parálisis facial a los cuales se les aplicó retroalimentación de la actividad EMG en diferentes músculos de la cara con lo cual los pacientes alcanzaron un mejoría del 44% al 79% de la escala de Jasen (la cual comprende diferentes aspectos del control motor de los músculos faciales). Otros estudios que demuestran la efectividad de la RAB en desórdenes musculares son: Martín, 1981; Wolf y Binder Madeoc, 1983; Inglis, Donald Monga, Spruloe y Yung 1984, entre otros.

Una de las aplicaciones de la RAB que más éxito ha tenido es en pacientes con dolor de cabeza crónico siendo de las áreas en las que se ha dado mayor investigación y un tema central en el presente estudio por lo que se tratará más ampliamente en los puntos 2.3 y 2.4.

La aplicación de la RAB en pacientes con desórdenes gastrointestinales ha tenido resultados satisfactorios. Los resultados más impresionantes han sido obtenidos en una rara pero molesta incontinencia fecal. Cerulli y cols. (1976) entrenaron a pacientes con incontinencia fecal dando retroalimentación en sus esfínteres interno y externo respondiendo a presión incrementada producida por la inflación de un globo en el colon bajo. Los resultados fueron que 28 pacientes de 40 fueron curados, 20 de estos mostraron una mejoría máxima después de una sesión. Otros desórdenes gastrointestinales que se han atendido con RAB son: vómito, diarrea funcional, reflujo esofágico, entre otros (Carrobbles y Godoy, 1987).

Otra aplicación de la RAB que ha tenido buenos resultados es en pacientes con trastornos cardiovasculares. Kristt y Engel (1975) realizaron un estudio con 5 pacientes hipertensivos a los cuales durante 7 semanas se les registró diariamente su presión sanguínea antes del entrenamiento, posteriormente se les dió 3 semanas de entrenamiento de incremento y decremento de la presión sanguínea. Los resultados fueron que aprendieron a incrementar el control voluntario de su presión sanguínea. Brucker (1975) dió entrenamiento de RAB a 3 pacientes con lesiones en la espina y con hipotensión postural para que aprendieran a producir incrementos

voluntarios en su presión sanguínea, obteniendo resultados satisfactorios.

El Bruxismo es una tendencia a apretar y moler los dientes, encontrando que los pacientes con este trastorno mantienen una tensión en el músculo de la mandíbula, por lo que se ha utilizado RAEMG para la relajación del músculo de la mandíbula eliminando así el Bruxismo (Surwit, R.S., 1982).

También en pacientes epilépticos se ha aplicado la RAB. Serman (1974), suma datos de 6 laboratorios mostrando que 25 de 30 pacientes epilépticos tratados con RAEMG mejoraron significativamente.

En relación al insomnio, Montgomery y Besner (1975) usaron retroalimentación de la actividad EMG para tratar a 6 insomniacos en una duración de 16 semanas. Ellos encontraron que una reducción significativa de la actividad de EMG frontal produjo un significativo incremento en el tiempo total de sueño.

Otros trastornos que han sido tratados con RAB son: enuresis, neurosis, ansiedad, dolor de espalda y asma; obteniendo éxitos terapéuticos importantes (Miller, 1978).

Actualmente se llevan a cabo importantes investigaciones sobre la aplicación de la RAB en trastornos como la corrección de miopías funcionales (debidas al mal enfoque del cristalino, de cuya curvatura es responsable un músculo susceptible de entrenamiento mediante RAB) (Hernández, 1990), en alteraciones sexuales y en pacientes con diabetes (Carrobes y Godoy, 1987).

Cabe mencionar que la RAB ha sido utilizada en combinación con otras técnicas como las conductuales, terapias cognitivas,

psicoterapia, terapia física, terapias farmacológicas y psiquiátricas, obteniendo resultados clínicamente significativos aunque en estas condiciones es cuestionable el papel de la RAB en el posible cambio (Rickles y cols., 1982).

Por lo anterior, se puede decir que la RAB es un invaluable instrumento de la Medicina Conductual que ha demostrado ser efectiva en ciertos trastornos de la salud y que incluso la lista de estos trastornos antes mencionados puede ampliarse, ya que se supone que cualquier respuesta potencialmente registrable es susceptible de ser amplificadas y retroalimentada (Rojas, 1986).

2.3 RAB COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Dentro de los primeros padecimientos tratados con RAB se encuentran las cefaleas crónicas y dentro de las diferentes aplicaciones de esta técnica se han propuesto procedimientos específicos para el tratamiento de las mismas.

Partiendo de las definiciones del Comité Ad Hoc, para el tratamiento de la cefalea tensional la RAB tiene como objetivo enseñar al paciente a disminuir el nivel de actividad muscular en las zonas de músculo frontal por medio de RAB EMG. Budzinsky (1973) realizó un estudio en pacientes con cefalea tensional a los cuales se les entrenó a disminuir sus niveles de EMG frontal por medio de RAEMG. Al término del entrenamiento se observaron disminuciones de EMG frontal en un 50% a 70% seguida de una disminución considerable del dolor de cabeza. Otros estudios que demuestran la efectividad de la RAEMG en pacientes tensionales son: Hutchings y Reincking, 1976; Carrobles, 1981; Andrasik y Holroyd, 1980, entre otros).

Otro tipo de RAB que se ha utilizado en pacientes con cefalea tensional es la RAEMG de cuello (Hart y Cichanski, 1981).

Existen otros métodos que han sido utilizados para reducir la tensión de músculo frontal como el entrenamiento autogénico y la relajación progresiva. También hay estudios que han comparado esto métodos con la RAB, encontrando en algunos casos que la RAB es superior y no solamente en porcentaje de éxito, sino en aspectos prácticos de tratamiento (Cox y cols., 1975; Chesney y Shelton, 1976) No obstante a lo anterior, existen autores que

apoyan el uso de ambos tipos de tratamientos para la cefalea tensional (Blanchard, Andrasik, Ahles y cols., 1980; Murphy, Leher y Jurish, 1990).

En lo que respecta a la cefalea de tipo migrañoso se ha utilizado el procedimiento de retroalimentación en la respuesta vasomotora cefálica así como de la retroalimentación de la temperatura de las manos. En el primer procedimiento se provoca el efecto que producen los fármacos vasoconstrictores con la ventaja de que se suprimen los efectos colaterales de estos, además de obtener un efecto mucho más específico. Geber en 1983 realizó un estudio con 9 sujetos que padecían migraña y 9 sujetos que no tenían dolores de cabeza. Los 18 sujetos fueron instruidos con RAB a decrementar (vasoconstricción) y a incrementar (vasodilatación) el pulso de volumen sanguíneo de la arteria temporal. Al finalizar el entrenamiento, los resultados demostraron un relación positiva entre mejoría clínica y aprendizaje fisiológico ya que los pacientes migrañosos con altas reducciones de las amplitudes de la arteria temporal lograron reducir sus ataques de migraña e intensidad del dolor de cabeza. Otros estudios que apoyan lo anterior son: Sturgis, Tollison, Adams, 1978; Bild y cols., 1980; Friar, 1976 y Gauthier, 1985.

En cuanto al segundo procedimiento, se supone que el efecto de la RAB temperatura es favorecer un estado de baja activación simpática. Sargents (1972) notó la asociación entre migraña y las extremidades frías por lo que diseñó un tratamiento de RAB temperatura para pacientes con migraña teniendo el propósito de aumentar la temperatura del dedo ayudado con entrenamiento

autogénico. Los autores reportaron que el 74% de 75 pacientes obtuvieron beneficios clínicamente significativos con el entrenamiento RAB autogénico. Otros estudios apoyan el entrenamiento de RAB temperatura en cefaleas migrañosas (Brown, 1978; Kewman, 1980; Millinix, 1978; Blanchard, 1978). Autores como Blanchard y Andrasik (1990) recomiendan la combinación de relajación con RAB como tratamiento de pacientes migrañosos.

Como se observa en las investigaciones anteriores, en los mayores de los casos, se ha mostrado la efectividad de la RAB en pacientes con dolor de cabeza crónico, aunque una importante serie de investigaciones actuales indiquen que la exacta naturaleza de la RAB no se conoce y que los efectos de las formas de entrenamiento en RAB como la electromigráfica y de la temperatura podrían no ser específicas (Blanchard y Andrasik, 1989)

Lo anterior es solo una muestra de ciertos cuestionamientos acerca de la naturaleza y efectos del entrenamiento en RAB. Esto se ha tomado en cuenta ya que los estudios realizados que demuestran la efectividad de la misma han provocado investigaciones que tratan de encontrar una explicación a cuestionamientos más específicos de la técnica.

2.4 LINEAS DE INVESTIGACION ENTRE RAB Y CEFALIAS CRONICAS.

En los últimos 20 años se han realizado un número importante de investigaciones concernientes a la aplicación de la RAB en pacientes con dolor de cabeza crónico. El inicio de este auge se encuentra en los estudios realizados por Budzinsky (1970, 1973) y Sargent, Green y Walters, (1972) en donde se comprueba la efectividad de la técnica en pacientes cefaléicos (otros autores que apoyan lo anterior se citan en el apartado 2.3). Posteriormente se realizan investigaciones que comparan la efectividad de diferentes modalidades de la RAB en cefaléicos. Son Elmore y Tursky (1981) quienes concluyen en un estudio comparativo que la RA en la reducción de la arteria temporal es superior a la técnica de RA temperatura del dedo en el tratamiento de la migraña. No obstante, Gauthier menciona que el estudio anterior hay que interpretarlo cautelosamente ya que tiene ciertos errores metodológicos, por lo que en 1985 él mismo realiza un estudio donde compara nuevamente estas dos modalidades de RA, encontrando que la RA de la temperatura del dedo no es más efectiva que la RA de la arteria temporal en el tratamiento de la migraña. En esta misma línea de investigación Hart y Cichanski en 1981 compararon la RAEMG de cuello y la RAEMG frontal aplicada en paciente con dolor de cabeza tensional encontrando que en el grupo de RAEMG de cuello 8 de 11 sujetos decrementaron significativamente su dolor de cabeza, mientras que 11 sujetos de los 13 del grupo de RAEMG frontal eliminaron por completo su dolor de cabeza.

Por otra parte. se han realizado investigaciones donde se

pretende encontrar una relación entre las medidas de la intensidad de la cefalea y los niveles de EMG (en pacientes tensionales) y de temperatura del dedo (en pacientes migrañosos). Blanchard y Andrasik (1989) realizaron una revisión exhausta sobre lo anterior concluyendo lo siguiente: "Parece obvio que no existe una relación lineal entre el nivel de tensión de los músculos de la nuca o de la frente y las medidas de intensidad del dolor de cabeza. Aunque parece claro que la reducción en el nivel de actividad de EMG frontal no es necesaria ni suficiente para la reducción del dolor, tal reducción parece tener un carácter facilitador. Se sospecha que la relación existente es bastante más compleja y que necesita de investigaciones más definitivas.

Con respecto a las medidas de actividad vasomotora, el hallazgo predominante es la presencia la mayor vasoconstricción ante el estrés en los pacientes que padecen cefalea migrañosa que en los individuos normales de los grupos control y una menor habilidad de aquellos para producir vasodilatación ante las instrucciones de relajación simple. Sin embargo, en varios estudios no se han encontrado estas diferencias". (pp. 52).

No obstante lo anterior, se siguen utilizando las modalidades antes mencionadas de RAB para pacientes con dolor de cabeza crónico y son las mismas que han sido comparadas en cuanto a su efectividad con otros tratamientos. Así, Holroyd, Andrasik y Westbrook (1977) compararon la terapia cognitiva con RAEMG, encontrando que la primera fué superior para la reducción del dolor de cabeza crónico. Blanchard y cols. (1980) en un meta-análisis de los tratamientos mediante RAB y relajación encontró

que la RAB frontal aislada, el entrenamiento en relajación aislado y la combinación de RAB-relajación consiguen resultados similares. En otro estudio realizado por Palacios y Rojas(1993) se llevó acabo la comparación de los tratamientos de RAB y el entrenamiento asertivo aplicados a pacientes con cefalea crónica. Los datos indicaron una mediana en el indice de mejoría global del 63% en los pacientes que recibieron RAB contra un 24% de los pacientes que recibieron entrenamiento asertivo permitiendo establecer que, al menos en el corto plazo, la RAB resultó más efectiva en comparación con el entrenamiento asertivo.

La RAB no solo ha demostrado ser más efectiva que otros tratamientos, también se ha observado que el seguimiento de sus resultados son considerables. En esta línea de investigación se encuentran estudios con seguimientos desde 3 meses (Butzynski y cols. 1973), donde los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento de RAEMG se mantuvieron, hasta seguimientos tan amplios como los de 5 y 6 años. Blanchard y cols.(1983) realizaron un seguimiento de 5 años y donde concluye "La vasta mayoría de los pacientes con dolor de cabeza crónico mejoraron significativamente al final del tratamiento y durante el seguimiento de 5 años". Lisspers y Göran (1990) realizaron un estudio de seguimiento de 6 años encontrando que las reducciones obtenidas al final del tratamiento de RAB aplicada a pacientes con dolor de cabeza crónico persistieron durante 6 años.

La RAB ha sido combinada con otros tratamientos no farmacológicos con el propósito de potencializar los resultados clínicos obtenidos. Referente a lo anterior, existe evidencia que

sugiere que la combinación de relajación con RAB puede ser más efectiva que los tratamientos aislados (Blanchard, Andrasik, 1982; Penzien y cols., 1985). Holroyd y cols. (1988) compararon la efectividad de una combinación de relajación y RAB temperatura con un tratamiento farmacológico en donde a 37 pacientes con dolor de cabeza crónico fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento 1) relajación y entrenamiento en RA térmica realizado en casa, 2) uso de medicamentos (ergotamina) y entrenamiento de obediencia, encontrando que los dos tratamientos produjeron reducciones similares en la actividad del dolor de cabeza (52% y 41% respectivamente). En 1990, Blanchard y cols. realizaron un estudio donde 116 sufridores de dolor de cabeza fueron asignados a una de cuatro condiciones: 1) RAB temperatura más entrenamiento en relajación (TBF); 2) TBF más terapia cognitiva; 3) pseudomeditación (gpo. control placebo); 4) monitoreo del dolor de cabeza. El análisis estadístico reveló que los tres primeros grupos mejoraron significativamente más que el grupo que monitoreó su dolor de cabeza solamente. En cuanto a la medición de la mejoría clínicamente significativa los dos grupos lograron un porcentaje más alto (51%) que el grupo de pseudomeditación (37.5%).

Otra línea de investigación importante que ha sido desarrollada es la concerniente a los cambios de personalidad y los cambios cognitivos obtenidos por los sufridores de dolor de cabeza después de un entrenamiento en RAB. Grazzi y cols., (1988) realizaron un estudio donde a 20 pacientes con cefalea tensional se les pidió completaran algunos inventarios de ansiedad, el MMP1 y

una evaluación del componente afectivo-emocional del dolor, lo anterior se realizó antes y después del tratamiento en RAB. Encontrando que después del tratamiento en RAB los ataques del dolor de cabeza fueron significativamente reducidos y los puntajes de ansiedad y depresión se redujeron significativamente.

En cuanto a los cambios cognitivos, Mizener y cols.,(1988) realizaron un estudio donde se investigaron las cogniciones de creencias acerca de la habilidad del control de los procesos fisiológicos, de la salud en general y del uso de estrategias de afrontamiento. Los pacientes con dolor de cabeza crónico completaron un paquete de inventarios (locus de control de salud, PSC creencias Survey y el cuestionario de afrontamiento cognitivo) en tres diferentes intervalos pre, medio y post-tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes fueron haciendo más internas sus creencias acerca del control de su salud en general, teniendo altas creencias de habilidad en el control de sus procesos fisiológicos y fueron ignorando las sensaciones de dolor más que al comienzo del tratamiento. También se encontró la tendencia de los pacientes a incrementar el uso de afrontamiento de autodeclaraciones y a decrementar las catastrofizaciones. En otro estudio realizado por Holroyd y cols.,(1984) en donde trataron de investigar los mecanismos de cambio en RAEMG manipulando ciertas variables cognitivas concluyendo que la efectividad de RAEMG con dolor de cabeza tensional puede ser mediado por cambios cognitivos inducidos por la ejecución de la RAB y no primariamente por la reducción en la actividad del EMG. Estudios como los anteriores sugieren que en RAB el aprendizaje del control de funciones

fisiológicas no van solas, ya que parece haber otros factores igual de importantes en el resultado exitoso del tratamiento.

La interacción entre el terapeuta y el paciente, especialmente el apoyo que le brinda el terapeuta al paciente es uno de los factores que podrían ser importantes para los resultados exitosos, por lo que se ha investigado esta relación minuciosamente. Borgeat (1980) en una prueba directa de la presencia activa del terapeuta en la ejecución de la RAEMG en dolor de cabeza mixto y tensional, encontró que la presencia activa del terapeuta consistentemente lleva a altos niveles de EMG durante el entrenamiento más que en ausencia del terapeuta y, a pesar de la presencia de éste, los pacientes obtuvieron una mejoría pobre del 30% en el índice de su dolor de cabeza.

Dos estudios describen indirectamente el papel, contacto y apoyo del terapeuta en pacientes vasculares (Mitchell y White, 1977), demuestran que el contacto y apoyo con el terapeuta no es necesario ni suficiente para las ganancias del tratamiento. Lo anterior sugiere que el contacto mínimo con el terapeuta es suficiente para que se obtengan resultados clínicamente significativos.

Estudios realizados por Teders y cols., (1984) y Jurish y cols., (1983) demuestran que los tratamientos mediante contacto mínimo resultan más ventajosos en cuanto a costo-eficacia que los tratamientos comparables dirigidos por el terapeuta.

Otra línea de investigación de gran interés es la predicción de los resultados del tratamiento, ya que una predicción exacta permitiría conocer el tratamiento idóneo para cada paciente,

además la capacidad de cada paciente para eliminar las cefaleas.

Se han tomado como predictores variables tales como la edad, el número de días al mes con cefalea en valores basales (Werder, Sargent y Coyne, 1981), características de personalidad tipo "A" (Stephenson y cols., 1979) y los predictores Psicológicos entre otros. Sobre este último punto, Blanchard y Andrasik (1989) reportan que los pacientes con cefalea crónica que obtienen puntajes T de 59 o menos en la escala 1 del inventario MMPI, su índice de mejoría será del 50% o más después de recibir RAB., en esta misma escala del MMPI Rojas y cols. (1993) refieren que los sujetos con menor somatización y preocupación corporal están asociados a un mejor pronóstico del tratamiento con RAB. Por su parte Ramírez (1991) realizó una investigación de predictores psicológicos en pacientes con dolor de cabeza crónico, en donde encontró que los pacientes que tienen un alto déficit asertivo y una puntuación alta en la escala 1 del MMPI tienen una escasa probabilidad de beneficiarse con un tratamiento en RAB. Benitez (1992) realizó un estudio de pacientes cefaléicos con período de evolución (p.e) menor de 10 años y mayor de 10 años tratando de encontrar las posibles diferencias psicológicas entre los mismos, para lo cual realizó una evaluación psicológica a cada sujeto, encontrando que no hay diferencia en los inventarios de Depresión, Temores, Afirmatividad y MMPI, mientras que en el inventario de Ideas Irracionales (IBT) se encontraron diferencias significativas en las escalas 1 y 5, lo cual hace ver a los pacientes con p.e menor de 10 años como personas dependientes y con gran necesidad de afecto y, aunque el propósito era otro la autora concluye

diciendo que por los resultados obtenidos "podría pensarse que los pacientes dependientes difícilmente podrían someterse a un tratamiento como es la RAB" (p.62).

Como se observa en la revisión anterior, la aplicación de la RAB en pacientes con dolor de cabeza crónico ha sido motivo de diferentes líneas de investigación que han servido para conocer aspectos tanto técnicos como prácticos del tratamiento así como ciertas características de los pacientes con cefalea crónica.

Sin embargo, hay líneas de investigación a las cuales se les ha dado poca o ninguna atención como son las deserciones. Lo anterior puede observarse al revisar la bibliografía existente referente a las deserciones de pacientes que ocurren en las investigaciones (ver Introducción). Y aunque podría decirse que los abandonos del servicio sin causa aparente son parte de la investigación misma, es importante especificar que variables influyen en las deserciones para que con el manejo adecuado de éstas, obtengan beneficios tanto el investigador como el clínico y sobre todo el paciente, ya que se contaría con mayores éxitos en cuanto a la efectividad del tratamiento.

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

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

1.-Delegación Política.

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

Los límites geográficos de Ecatepec son:

NORTE: Municipio de Tecamac

SUR : Distrito Federal y Municipio de Netzahualcoyotl

ESTE : Municipios de Acolman y Atenco

DESTE: Municipios de Tlalnepantla y Coacalco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto al tipo de vivienda de la población:

Casa sola 42.8398%

Departamento 45.6768%

Vecindad 11.4834%

NOTA: Porcentaje calculado de una muestra de 131336 viviendas.

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

Preescolar 61 escuelas

Primaria 255 escuelas

Educación Media 43 escuelas

Ciclo superior 6 escuelas

Normal 2 escuelas

Educación Superior 1 escuela

2.-Institución donde se realizó el Servicio Social.

Hospital General "Dr. José Ma. Rodríguez"

A) Antecedentes Históricos:

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

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

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

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

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

B) Organización Interna y Funciones.

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

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

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

El Cuerpo de Gobierno esta constituido por:

*Dirección

*Consejos de Administración

*Consejo Técnico

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

*Sub-Dirección Administrativa

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

FUNCIONES.

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

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

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

Las actividades, de consulta externa comprenden las siguientes especialidades:

Gineco-Obstetricia

Pediatría

Hematología

Ortopedia

Traumatología

Oftalmología

Otorrinolaringología

Odontología

Dermatología

Psiquiatría

Psicología

Clinica del Dolor

C) Servicios que Presta a la Comunidad

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

D) Recursos Humanos y Materiales

Personal Médico

General	1
Especialista	61

Personal Paramédico

Enfermería:	
General	45
Especialista	20
Auxiliar	105

Otro Personal Paramédico 48

Personal Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento	31
--	----

Personal Administrativo	91
-------------------------	----

Personal de Servicios Generales	37
---------------------------------	----

Consultorios de especialidades.	10
---------------------------------	----

Compartidos en las siguientes especialidades:

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

Distribución en las siguientes áreas

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

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

CAPITULO IV.
INVESTIGACION

PROBLEMA

¿ Existen diferencias significativas en variables tales como el índice de mejoría, puntaje de depresión y periodo de evolución entre pacientes cefaléicos crónicos que desertan en la evaluación psicológica sin causa aparente y aquellos que concluyen el tratamiento en Retroalimentación Biológica (RAB) ?.

HIPOTESIS

Los pacientes que desertan del servicio en la evaluación psicológica obtendrán índices de mejoría, puntajes de depresión y periodo de evolución significativamente mayores que aquellos pacientes que concluyen el entrenamiento en RAB.

OBJETIVO GENERAL

Establecer el papel que juega el índice de mejoría del dolor de cabeza, el puntaje de depresión y el periodo de evolución en los cefaléicos crónicos que desertan en la evaluación psicológica dentro de un proyecto de evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.1 Obtener el dato de periodo de evolución de los pacientes.
- 1.2 Obtener el puntaje de depresión del inventario de Beck.
- 1.3 Obtener datos de automonitoreo del dolor de cabeza de cada sujeto que deserte en la evaluación psicológica sin causa aparente.

1.4 Obtener datos de automonitoreo del dolor de cabeza de la fase de evaluación psicológica de los sujetos que hayan concluido el tratamiento de RAB.

1.5 Obener los índices de mejoría de los pacientes que desertan en la fase de evaluación psicológica y los índices de mejoría de los pacientes que concluyan el tratamiento en RAB.

VARIABLES Y DEFINICION DE TERMINOS

VARIABLE INDEPENDIENTE : DESERCIÓN

(variable atributiva: " variable que no se puede manipular " Kerlinger, 1987 p.26).

VARIABLES DEPENDIENTES : A) INDICE DE MEJORIA
DEL DOLOR DE CABEZA
B) DEPRESION
C) PERIODO DE EVOLUCION

INDICE DE MEJORIA : Porcentaje de cambio del dolor de cabeza obtenido al finalizar la evaluación Psicológica. Este se obtendrá de la siguiente fórmula:

$$\frac{LB1 - LB2}{LB1} \times 100$$

donde:

LB1 Es el índice del dolor de cabeza obtenido en la primer semana de evaluación.

LB2 Es el índice de dolor de cabeza obtenido en la última semana en que

asistieron al servicio (esta se tomará en base a cada uno de los paciente que deserten.

DEPRESION : Puntaje obtenido en el inventario de Beck.

PERIODO DE EVOLUCION : No. de años que han padecido dolores de cabeza sin causa orgánica cada uno de los sujetos.

DISEÑO

En el presente estudio se utilizó un diseño *expost-facto* entendido éste como "un búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas sin intervención directa apartir de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente" (Kerlinger, 1987 pág. 268).

SUJETOS

La muestra del presente estudio estuvo conformada por 30 expedientes de una muestra de sufridores de dolor de cabeza crónico que asistieron al servicio de la Clínica del Dolor del Hospital General "José Ma. Rodríguez" ubicado en Ecatepec, Edo. de México.

El método de la muestra fue una selección intencional entendida esta como: "una selección que se caracteriza por el empleo del criterio y de un esfuerzo deliberado para mantener

grupos supuestamente típicos en la muestra" (Kerlinger, 1987 pag.270).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- 1.- Edad de 16 a 60 años.
- 2.- Que el periodo de cronicidad del dolor de cabeza sea por lo menos de 6 meses.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Ausencia de antecedentes psiquiátricos.
- 5.- Ausencia de algún padecimiento crónico de tipo orgánico.
- 6.- Que sepan por lo menos leer y escribir.

La selección de los expedientes se realizó tomando en cuenta la fase cubierta por cada paciente y fueron asignados a uno de dos grupos:

GRUPO 1: pacientes que desertaron sin causa aparente en la fase de evaluación psicológica (n=15).

GRUPO 2: pacientes que después de la fase de evaluación psicológica continuaron en la fase de tratamiento de RAB y que concluyeron el mismo (n=15).

INSTRUMENTOS Y PERSONAL

Los instrumentos y el personal que se utilizaron en la evaluación y tratamiento fueron los establecidos en el trabajo de "Evaluación Integral y Tratamiento no Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1989). Sin embargo, para fines del presente estudio sólo se tomó en cuenta:

- El Cuestionario de Dolor (Rojas, 1989), que se les aplicó a los sujetos en la primera entrevista (Ver Anexo 1).

- El Inventario de Depresión (Beck, 1961) que se les aplicó a los sujetos en la evaluación psicológica (Ver Anexo 2).
- Las tablas de concentración de datos individuales, diarios, semanales y por etapas del automonitoreo del dolor de cabeza (Ver Anexo 3). Estas tablas se conformaron con los datos obtenidos del automonitoreo que se les pidió a los sujetos a partir de que ingresaron al servicio; estas hojas de automonitoreo son de acuerdo al formato propuesto por Budzynski y cols. (1973), (Ver Anexo 4).

ESCENARIO

Las actividades de la investigación se desarrollaron en los consultorios de la Clínica del Dolor del Hospital General "José Ma. Rodríguez" ubicada en Ecatepec, Estado de México.

PROCEDIMIENTO

Para el presente estudio se retomaron las tablas de concentración de datos individuales diarios, semanales y por etapas del automonitoreo del dolor de cabeza de cada paciente para obtener los índices de mejoría del mismo en el momento de la deserción. El corte de observación en pacientes que concluyeron el tratamiento fue determinado por la última sesión de asistencia al servicio de los pacientes que desertaron, por ejemplo:

sujeto 1 del grupo 1		sujeto 1 del grupo 2 su
deserta en la sesión	por lo que	corte de observación será
5		en la sesión 5

Del cuestionario de dolor se utilizó sólo el dato de período de evolución que reportan los sufridores. En cuanto al Inventario

de Depresión de Beck, se retomó el puntaje total obtenido por los pacientes.

ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se llevó a cabo por medio de una prueba estadística no paramétrica (U de Mann Whitney). Ya que, por la naturaleza de los datos ésta se adecua arrojando valores con posibilidad de error mínimo.

R E S U L T A D O S

CARACTERIZACION DE LAS MUESTRAS

En la tabla 3 se presentan las características demográficas de cada uno de los grupos en estudio. Encontrando que el 100% de cada grupo son mujeres; el promedio de las pacientes que desertaron fue de 28 años y de 31 años para el grupo de pacientes que concluyeron RAB. En lo referente al estado civil, el porcentaje mayor lo obtuvieron las casadas (desertoras 67% y pacientes que concluyeron RAB 67%), encontrando en los dos grupos porcentajes iguales de pacientes solteras (13%), además se encontró en el grupo de pacientes que concluyeron RAB un 13% que viven en unión libre y 7% separadas. En cuanto a la ocupación predominaron las pacientes que se dedican al hogar (73% desertoras y 60% pacientes que concluyeron RAB) seguido por la ocupación de empleadas (20% desertoras y 27% pacientes que concluyeron RAB) además de un 13% de pacientes que concluyeron RAB que se dedican al comercio junto con un 13% de profesionistas del mismo grupo.

	Pacientes que desertaron.	Pacientes que concluyeron RAB
SEXO	100% Femenino (n=15)	100% Femenino (n=15)
EDAD	x = 28 años (r=18-39)	x = 31 años (r=23-39)
EDO. CIVIL	67% casadas 13% solteras	67% casadas 13% solteras 13% unión libre 7% separadas
OCUPACION	73% hogar 20% empleadas 7% comerciantes	60% hogar 27% empleadas 13% profesionistas

Figura 3. Características Demográficas de los grupos en estudio.

Por otra parte, de los datos que proporcionaron las pacientes que desertaron, se obtuvo una mediana de 8 años en periodo de evolución (p.e) de dolor de cabeza en un rango de 1 a 20 años; mientras que los datos proporcionados por el grupo de pacientes que concluyeron RAB se obtuvo una mediana de 14 años (p.e) en un rango de 3 a 22 años. (Ver gráfica 1).

En lo que respecta a los puntajes de depresión, en el grupo de pacientes que desertaron se obtuvo una mediana de 11 puntos en un rango de 2 a 31 puntos, mientras que en el grupo de pacientes que concluyeron RAB se obtuvo una mediana de 10 puntos en un rango de 2 a 26 puntos. (Ver gráfica 2).

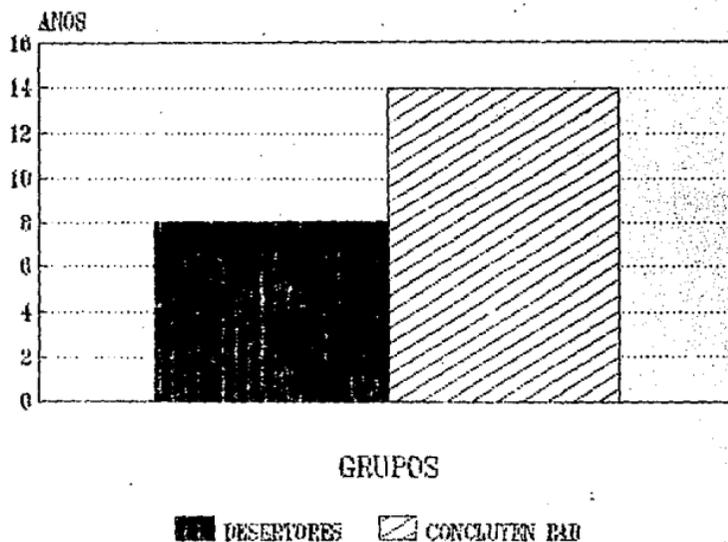
En cuanto al índice de mejoría del dolor de cabeza crónico obtenido por las pacientes en el momento del corte (ver procedimiento), las pacientes que desertaron obtuvieron una mediana del 36% en un rango de -142% a 100%, mientras que las pacientes que concluyeron RAB obtuvieron una mediana del 36% de mejoría en un rango de -61% a 100%. (Ver gráfica 3).

ANALISIS DE DATOS

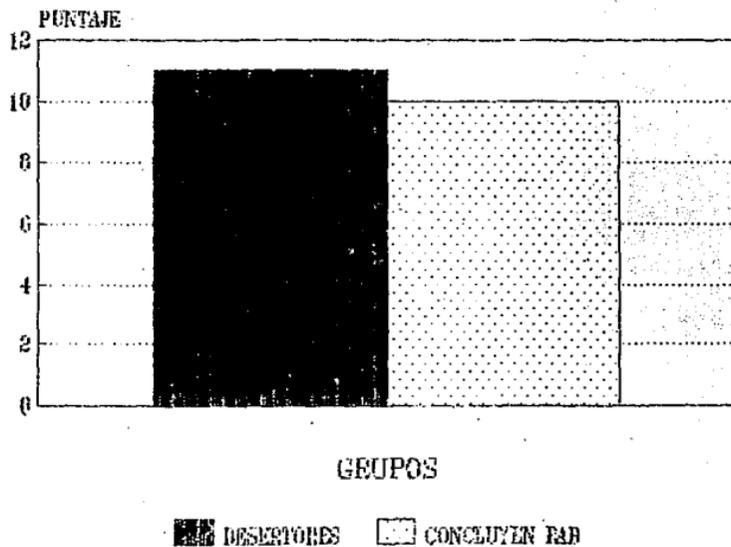
Al aplicar la prueba estadística U de Mann Whitney entre las dos condiciones respecto al índice de mejoría, puntajes de depresión y periodo de evolución se obtuvo lo siguiente:

* Para la variable de índice de mejoría se obtuvo un valor de $U=91.5$, siendo el valor de $K=72$ con un nivel de significancia de 0.05, lo que indica que no existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de desertoras con respecto al índice de mejoría obtenido en el

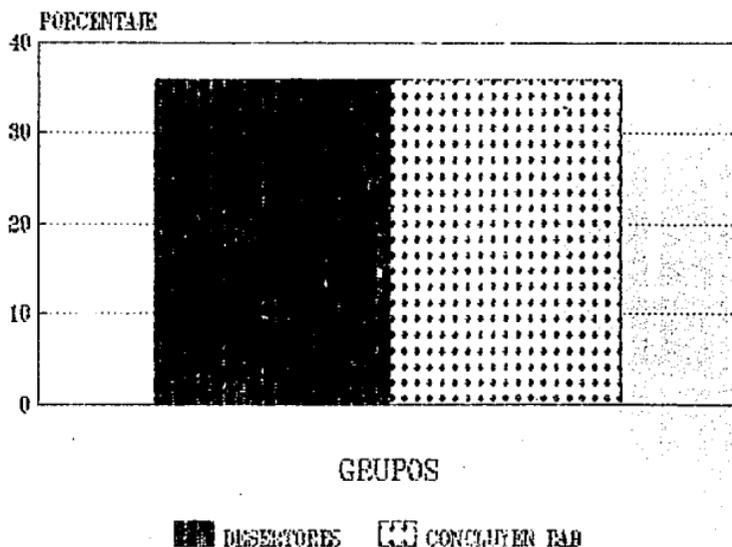
GRAFICA 1: MEDIANAS PERIODO DE EVOLUCION



GRAFICA 2: MEDIANAS DEPRESION



GRAFICA 3: MEDIANAS INDICE DE MEJORIA



momento del corte (Ver porcedimiento).

- * En cuanto a la variable de depresión, se obtuvo un valor de $U=86$, siendo el valor de $K=61$ con un nivel de significancia de 0.05 , lo que indica que no existen diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de desertores.
- * Respecto a la variable de periodo de evolución, se obtuvo un valor de $U=52.5$, siendo el valor de $K=55$ con un nivel de significancia de 0.05 , lo que indica que el grupo de pacientes que concluyeron el tratamiento, tienen mayor periodo de evolución que las pacientes que desertaron antes de comenzar el tratamiento.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el análisis estadístico corroboran lo obtenido en las medianas de cada una de las variables. Así se observó que en la variable índice de mejoría las medianas resultaron iguales, de la misma manera el análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre el grupo de pacientes que desertaron y el grupo de pacientes que concluyeron el tratamiento de RAB. Este resultado es contrario a lo reportado por Solbach y Sargent en 1971 (citado en Blanchard, 1988) y Hart (1982), aunque cabe aclarar que estos autores tomaron como variables a los parámetros de dolor (duración, intensidad y frecuencia) y en el presente estudio se retomó una variable que engloba a esos tres parámetros de dolor que es el índice de mejoría. Sería importante para futuras investigaciones se tomará en cuenta lo anterior.

Respecto a la variable de depresión, se observa la existencia de puntajes de depresión leve en ambas muestras aunque estadísticamente no se encontraron diferencias significativas. Este resultado no concuerda con lo encontrado por Hart (1982), aunque al observar las medianas se muestra una leve diferencia de 1 punto, lo que podría suponer que si se utilizara una muestra mucho más grande esa diferencia podría llegar a ser estadísticamente significativa apuntando -como Hart encontró - que los pacientes que desertan tienen mayores síntomas de depresión que los pacientes que concluyen el tratamiento.

En cuanto al periodo de evolución (P.E.), la diferencia existente en las medianas obtenidas corroboran la diferencia

estadísticamente significativa en los grupos encontrando con esto que, los pacientes que concluyen el tratamiento en RAB tienen un mayor período de evolución que los pacientes que desertaron en evaluación psicológica.

Si se retoman los resultados obtenidos por Benitez(1992) quién al estudiar a pacientes cefaleicos crónicos con diferentes períodos de evolución encontró que los pacientes con P.E. menos de 10 años - a diferencia de los pacientes con un P.E. mayor de 10 - tienen una necesidad imperiosa de ser amados y aprobados, además de que manejan la idea de que su desdicha tiene causa externa y ellos no pueden hacer nada. Se podría hipotetizar que:

- 1.- Los pacientes que desertan tienen tan poca historia de dolor de cabeza que no lo consideran tan severo como para adherirse a un tratamiento.
- 2.- Su necesidad de ser amados y aprobados es tan imperiosa que a través del dolor de cabeza estén logrando ganancias secundarias de su entorno por lo que su resistencia a un tratamiento que trate de eliminar los dolores de cabeza es mayor.
- 3.- Son tan dependientes y podría pensarse que difícilmente pueden someterse a un tratamiento en donde de ellos depende casi por completo su alivio como es en el caso de la RAB.
- 4.- En los datos demográficos se encontró en el grupo de desertores un índice de pacientes casadas y dedicadas al hogar mayor que en el grupo de pacientes que concluyeron RAB, incluso en éste último grupo hay pacientes que viven en unión libre, separadas y además profesionistas algo que no se

encontró en el otro grupo.

Lo anterior corrobora una mayor dependencia por parte de la pacientes que desertan y hace resaltar las posibles diferencias en cuanto a características de personalidad.

Para probar las anteriores hipótesis y enriquecer la línea de investigación de deserciones en un entrenamiento de RAB se sugiere:

- Contactar al mayor número de desertores para conocer las causas de la misma, ya que éstas pueden ser ajenas a la atención brindada o al tratamiento (problemas familiares, personales o bien de ubicación geográfica).
- Evaluar e investigar la severidad del dolor de cabeza en diferentes momentos de la atención.
- Realizar investigaciones en cuanto a las medidas de credibilidad y expectativas hacia el tratamiento.
- Tomar en cuenta el contacto con el terapeuta, estimando así la posible adherencia al tratamiento.
- Evaluar e investigar a las deserciones por grupo diagnóstico.
- Las características de personalidad podrían estar influyendo por ello, se cree conveniente se investigue más al respecto.

Cabe aclarar que la presente investigación cuenta con una serie de limitaciones, ya que los resultados se derivan de una muestra homogénea que no es representativa de la población de sufridores de dolor de cabeza crónico ya que, todos los pacientes del estudio fueron de un mismo nivel socioeconómico (clase media baja), además se seleccionó solo a mujeres. Otra limitación es el diseño que se empleó (ex-post facto) pues la selección de los

sujetos no es aleatoria y carece de control o manipulación sobre las variables debido a que ya acontecieron. Una limitación importante en la presente investigación fue el escaso número de referencias bibliográficas respecto al tema, lo cual influyó en la realización del marco teórico y en las conclusiones del mismo. Otra limitación fue la recopilación de expedientes de pacientes que desertaron, ya que las personas responsables de éstos no los concluían e incluso se perdió información de los mismos por lo que no se pudo realizar la investigación con una muestra mayor.

Pese a las limitaciones y a que el presente estudio es meramente exploratorio pone de manifiesto la importancia que tiene el período de evolución en las deserciones y probablemente variables tales como estado civil, ocupación y por ende de personalidad, y sobre todo trata de hacer notar tanto a los investigadores como a los clínicos lo importante que es tratar de reducir el número de deserciones en pacientes con dolor de cabeza crónico y con cualquier tipo de pacientes en cualquier tipo de tratamiento ya que esto sería satisfactorio sobre todo para los pacientes.

Hay que resaltar la necesidad de estudiar el fenómeno de la cefalea como un trastorno multifactorial. Es recomendable evaluar al paciente tanto en aspectos médicos, psicológicos y sociales para así obtener una visión más completa y detallada del paciente. Por lo que es importante cambiar el modelo tradicional de la medicina para dar paso al trabajo multidisciplinario en donde trabajen tanto médicos como psicólogos en conjunto de lo cual se obtienen resultados más confiables y satisfactorios ya sea a nivel

clínico como de investigación.

En el grupo de Psicología de la Salud (donde la autora del presente estudio realizó su servicio social) formado en la FES Zaragoza, se pretende realizar un trabajo multidisciplinario con pacientes cefaléicos crónicos. Para lograr lo anterior, se da al psicólogo una formación de investigador y clínico, en donde el objetivo principal es vincular la teoría con la práctica, además de proporcionar elementos básicos de computación, electrónica, fisiología, farmacología etc. que refuerzan el trabajo realizado por los mismos.

Los resultados de este grupo han sido satisfactorios, ya que del mismo han surgido elementos valiosos para las diferentes áreas de trabajo (principalmente clínico) y, sobre todo, el grupo ha tenido una gran producción de investigaciones referentes al fenómeno de la cefalea crónica.

Lo anterior es una muestra de que en México se pueden realizar programas de estudio más completos y apegados a problemas reales. Por lo que sería importante que en la FES Zaragoza se actualizaran los planes de estudio principalmente para lograr la vinculación de la teoría con la práctica y que sobre todo la investigación obtenga mayor apoyo por parte de la institución, lo cual sería en beneficio tanto de la comunidad estudiantil como de la sociedad mexicana.

REFERENCIAS

Ad Hoc Committee on Classification of Headache. (1962). Classification of Headache. Journal of American Medical Association, 179, 717-718.

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

Aguilera, A., Espinosa, M., Huitrón, E., Medina, R. y Olvera, N. (1990). Datos epidemiológicos de cefalea en México. Circulación Interna. ENEP Zaragoza. UNAM.

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

Aronoff, G.H. y Evans, W.O. (1982). Doxepin as an adjunct in the treatment of chronic pain. Journal of Clinical Psychiatry, 43, 42-45.

Aronoff, G.M., Jefferey, M.W. y Arthur, S.S. (1986). Chemical interventions for pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(6), 764-775.

Baekeland, F. y Lundwall, L. (1979). Dropping out of treatment: A critical review. Psychological Bulletin, 82, 738.

Balliet, R., Shin, J.B. y Bach-y-Rita, P. (1982). Facial paralysis rehabilitation: retraining selective muscle control. International Rehabilitation Medicine, 4, 67-74.

Beck, A.T., Ward, C., Meldenson, M., Meck, J. y Erbangne, J. (1961). An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiat., 4, 561-571.

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

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

Bild, R. y Adams, H.E. (1980). Modification of migraine headache by cephalic blood volume pulse and EMG biofeedback. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 859-879.

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

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

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Guarnier, P., Morrill, B., Dentinger, M.P. (1983). Five year prospective Follow-up on the treatment of chronic headache with Biofeedback and/or Relaxation. Headache, 27, 580-583.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Morrill, B., Michultka, D., Kirsch, C., Gaurnier, P., Hillohuse, J., Evans, D.D., Jaccard, J. y Borron, K.D. (1990). A controlled and evaluation af thermal Biofeedback thermal Biofeedback combined

with Cognitive Therapy in the treatment of vascular headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(2), 216-224.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Jurish, S.E. y Teders, S.J. (1982). The treatment of cluster headache with relaxation and thermal biofeedback. Biofeedback and Self Regulation 7, 185-191.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Neff, D.F. y Jurish, S.E. (1982). Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in the treatment of three kinds of chronic headache, or the machine may be necessary some of the time. Behavior Research Therapy, 20, 469-481.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Evans, D.D. y Hillhouse, J. (1985). Biofeedback and Relaxation treatments for headache in the elderly: A Caution and Challenge. Biofeedback and Self Regulation, 10(1), 69-73.

Blanchard, E.B. y Young, L.D. (1973). Self-control of cardiac functioning: A promise as yet unfulfilled. Psychological Bulletin, 79, 145-163.

Blanchard, E.B. y Young, L.D. (1974). Clinical applications of biofeedback training: A review of evidence. Archives of General Psychiatry, 30, 573-589.

Borgeat, F., Hade, B., Larouche, L.N. y Bedwani, C.N. (1980). Effects of therapist active presence on EMG biofeedback training of headache patients. Biofeedback and Self Regulation, 5, 275-282.

Brähler, E., Der Giebener y Beechwerdebogen. (1978). Unpublished

inagural dissertation.

Brucker, B., Dworkin, B.R., Eisenberg, L., Miller, N.E. y Pickering, T.G. (19). Learned voluntary control of diastolic pressure and circulatory effects of attempted muscle contraction in severely paralysed patients. Journal of Physiology, 177, 67-88.

Budzynski, T.A., Stoyva, J.M. (1970). Feedback-induced muscle relaxation: Application to tension headache. Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry, 1, 202-211.

Budzynski, T.A., Stoyva, J.M., Adler, C.S. y Mullaney, D.J. (1973). EMG Biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. Psychosomatic Medicine, 6, 509-514.

Campuzano, D. (1987). El Dolor, una reacción de defensa. Gaceta UNAM, Julio 27.

Carrobes, J.A., Cardona, A. y Santacreu. (1981). Shaping and generalization procedures in the EMG biofeedback treatment of tension headache. British Journal of Psychology, 20, 49-56.

Carrobes, J.A y Godoy, J. (1987). Biofeedback: principios y aplicaciones. España, Ed. Martínez Roca.

Cerulli, M., Koomanesh, P. y Shuter, M.M. (1986). Progress in biofeedback treatment of fecal incontinence. Gastroenterology, 70-869.

Chesney, M.A. y Shelton, J.L. (1976). A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback treatments for muscle

contraction headache. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 221-225.

Cox, D.J., Freudlich, A. y Meyer, R.G. (1975). differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions and medication placebo with tension headaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 892-899.

Davis, C.G. (1983). Endorphins and pain. In S.C. Risch and D. Pictar (eds). The Psychiatric Clinics of North America. Symposium on Endorphins, 473-487. New York. Spring.

De la Fuente, J.R., Puche, C. y Medina, M.E. (1985). La investigación en Psiquiatría y Salud Mental: Un ejercicio preelminar de prospectiva. En: A. Velázquez. La Salud en México y la Investigación Clínica: Desafío y Oportunidades para el año 2000. México. UNAM.

Elmore, A.M. y Tursky, B. (1981). A comparison of two psychophysiological approaches to the treatment of migraine. Headache, 21, 93-101.

Evans, D.D. y Blanchard, E.B. (1988). Prediction of early termination from the self-regulatory treatment of chronic headache. Biofeedback and Self-regulation, 13 (3), 245-256.

Executive Health Report. (1981). Vol. XVIII, No. 7.

Florez, L.E. (1983) ¿Qué es la RAB? En: Florez, L.E. y Palacios, P. Programa general de investigación: La medicina conductual el desarrollo científico de la Psicología Clínica y la incorporación

del psicólogo en los servicio de la Salud Pública en México (mecanograma). ENEP Zaragoza.

Friar, L.R. y Beatly; (1976). Migraine: Management by trained control of vasoconstriction. Journal of Consulting and Clinical Psychology. pp.48, 892.

Gatchel, R.J. y Prince, K.P. (1979). (Eds.) Clinical applications of biofeedback: appraisal and status. New York: Pergament Press.

Gauthier, J., Doyon, J., Lacroix, R., Cote, A. y Drolet, M. (1985). Biofeedback control of migraine headache a comparison of two approches. Biofeedback and Self Regulation, 10(2), 139-159.

Gerber, W.D., Miltnes, W., Birbaumer, N. y Lutzenberger, W. (1983). Cephalic vasomotor feedback therapy: A controlled study of magraneus and normals. En: Holroyd, K.A., Schlotte, B. y Zenz, H. (Eds.) Perspectives in research on headache. Lewiston, New York. Hogrefe. pp. 163-170.

Grazzi, L., Frediani, F., Zappacosta, B. y Boiardi, A. (1988). Psychological assessment in tension headache before and after biofeedback treatment. Headache, 28(5), 337-338.

Green, J.A. y Shellemberger, R.D. (1986). Biofeedback research and gost in the box: A reply to Roberts. American Psychologist, 41, 1003-1005.

Hart, J.A. (1982). Failure to complete treatment: A multiple regression analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 781-782.

Hart, J.A. y Cichanski, K.A. (1988). A comparison of frontal EMG biofeedback and neck EMG biofeedback in the treatment of muscle contraction headache. Biofeedback and Self Regulation, 1(6), 63-73.

Hernández, A. (1990). La mente bajo control: Laboratorios de biofeedback. Año Cero, 5.

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

Holroyd, K.A., Penzien, D.B., Hursey, K.G., Jobin, D.L., Rogers, L., Holm, J.E., Marcille, P.J., Hall, J.M. y Chia, A.G. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. Journal of Consulting Psychology, 52, 1039-1053.

Holroyd, K.A., Holm, J.E., Hursley, K.G., Penzien, D.B., Cordingley, E.G. y Theofanous, A.G. (1988). Recurrent vascular headache: home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(2), 218-223.

Hutchings, D.F. y Reinking, R.H. (1976). Tension headache: what form of therapy is most effective?. Biofeedback and Self Regulation, 1, 183-190.

Inglis, J., Donald, M.W., Monga, T.N., Sproule, M. y Young, M.J. (1984). Electromyographic biofeedback and physical therapy of the

hemiplegic upper limb. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 65, 755-759.

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

Jurish, S.E., Blanchard, E.B., Andrasik, F., Teders, S.J., Neff, D.F. y Arena, J.G. (1983). Home versus clinic based treatment of vascular headache. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5, 743-751.

Katon, W. (1984). Depression: Relationship to somatization and chronic medical illness. Journal of Clinical Psychiatry, 45, 4-11.

Keller, F.S. (1975). La definición de Psicología. Edit. Trillas. México, D.F.

Kerlinger, (1987). Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. Edit. Interamericana. México, D.F.

Kewman, D. y Roberts, A.H. (1980). Skin temperature biofeedback and migraine headache: A double blind study. Biofeedback and Self-Regulation, 5, 327-345.

Kimmel, H.D. (1967). Instrumental conditioning of autonomically mediated behavior. Psychological Bulletin, 67, 337-345.

Kirstt, D.A. y Engel, B.T. (1975) Learned control of blood presure in patients with high blood presure circulation.

Knapp, T.W. y Florin, I. (1981). The treatment of migraine

headache by training in vasoconstriction of the temporal artery and a cognitive stress-coping training. Behavior Analysis and Modifications, 4, 267-274.

Lang, A. y Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive beviour. Chicago, Ill: Research Press.

Levy, L.F. y Axton, J. (1983). Neurosurgery in Rhodesia in: Spillane, J.D. (ed) Tropical Neurology. New York, Oxford University. Press. p. 234.

Lisina, M. I. (1965). The role of orientation of involuntary reactions into voluntary ones. En: L.G. Voronin, A.N. Loontiev; A.R. Luria; E.N. Sokolov y O.S. Vinogradova (eds.) Orienting reflex and exploratory behaviour. Washington, American Inswtitute of Biological Science.

Lisspers, J. y Göran, L.Ö. (1990). Long-term follow-up of migraine treatment: Do the effects remain up to six years? Behavior Research Therapy, 28 (4), 313-322.

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

Martin. M.J. (1983). Muscle contraction (tension) headache. Psychosomatic, 24, 319-324.

Martin, P.R. (1981). Spasmodic torticollis: investigation and treatment using EMG biofeedback training. Behavior Therapy, 12, 247-262.

McGovern, H. (1986). Coment on Robert's criticism of biofeedback. American Psychologist, 41, 1007.

Miller, N.E. (1969). Learning of visceral and glandular responses. Science, 163, 434-445.

Miller, N.E. (1978). Biofeedback and visceral learning. Annual Reviews of Psychology, 29, 372-404.

Miller, N.E. y Banuazizi, A. (1968). A instrumental learning by curarized rats of a specific visceral response, intestinal or cardiac. Journal of Comparative and Psychological Psychology, 65, 1-7.

Miller, N.E. y DiCara, L.V. (1967). Instrumental learning of heart rate changes in curarized rats: Shaping and specificity to discriminative stimulus. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 63, 12-19.

Milneson, J.R. (1967). Principios de análisis conductual. Edit. Trillas. México, D.F.

Mitchell, K.R. y White, R.G. (1977). Behavioral self-management: A approach to the problem of migraine headache. Behavioral Therapy, 8, 213-221.

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

Montgomeri, D. y Besner, H. (1975). Effects of EMG feedback

relaxation training on self reported sleep patterns in insomniacs. Paper presented at the Biofeedback Research Society. Meet Colorado. Spring.

Mullinix, J.M., Norton, B.J., Hack, S. y Fishman, M.A. (1978). Skin temperature biofeedback and migraines. Headache, 17, 242-244.

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

Norris, P.A. (1986). On the status of biofeedback and clinical practice. American Psychologist, 41, 1009-1010.

Olsen, J. (1989). New International headache classification. Neuroepidemiology, 8, 53-55.

Olsen, J. (1990). The classification and diagnosis of headache disorders. Neurologic Clinic, 8(4)

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

Penzien, D.B., Holroyd, K.A., Hursey, K.G. y Holm, J.E. (1985). Behavioral treatment of recurrent migraine: A meta-analysis of five-decen out come studies in K.A. Holroyd (chair) Recent developments in the treatments of recurrent migraines. Symposium conducted at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Houston, Texas.

- Plotking, W.B. y Cohen, R. (1976). Occipital alpha and the attributes of the "alpha experience". Psychophysiology, 13, 16-21.
- Rachlin, H. (1976). Introducción al conductismo moderno. Madrid, España.
- Ramírez, A. (1991). Perfil de personalidad del paciente con dolor de cabeza crónico como pronóstico de éxito o fracaso al tratamiento de Retroalimentación Biológica y Entrenamiento Asertivo. Informe Final de Servicio Social. ENEP Zaragoza. UNAM.
- Rickies, W., Onoda, L. y Doyle, C. (1982). Biofeedback as an adjunct to psychotherapy. Tasa force study section report.
- Roberts, A.H. (1985). Biofeedback: Research training and clinical roles. American Psychologist, 40, 938-941.
- Rojas-Russell, M.E. (1986). Rehabilitación neuromuscular con retroalimentación biológica. Problemas metodológicos. Tesis de Licenciatura. ENEP Zaragoza, UNAM. México, D.F
- Rojas-Russell, M.E. (1989). Cuestionario de Dolor de Cabeza. ENEP Zaragoza-Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Rojas, R.M., Figueroa, L.C., Palacios, P. y Lopes, D.G. (1993). Comparación de dos tratamientos no farmacológicos del Dolor de Cabeza Crónica y exploración de predictores del resultado de la intervención. En prensa.
- Sargent, J.D., Green, E.E. y Walters, E.D. (1972). The use of autogenic feedback training in a pilot study of migraine and

tension headache. Headache, 12, 120-124.

Sargent, J.D., Green, E.E. y Walters, E.D. (1973). Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headache. Psychosomatic Medicine, 35, 129-135.

Schwartz, G.E. (1973). Biofeedback as therapy: some teorical and practical issues. American Psychologist, 28, 666-673.

Schwartz, G.E. (1979). Disregulation and system theory: A biobehavioral framework for biofeedback and behavioral medicine. In: Birbaumer, N. y Kimmel (eds). Biofeedback and Self-regulation, New York, Lawrence, Erlban.

Smith, J.C. (1986). Meditation biofeedback and the relaxation controversy: A cognitive-behavioral perspective. American Psychologist, 41, 1007-1009.

Stephenson, N.L., Cole, M.A. y Spann, R. (1979). Response of tension headache sufferers to relaxation and biofeedback training as a function of personality characteristics. In: Proceedings of the Biofeedback Society of America 10th Annual Meeting (39-40). Denver, Colorado: Biofeedback Society of America.

Serman, M.B. (1974). Neurophysiologic and clinical studies of sensorimotor EEG biofeedback training: Some effects on epilepsy seminars. Pschichiatry, 5, 507-524.

Sturgis, E.T., Tollison, C.D. y Adams, H.F. (1978). Modification of combined migraine-muscle contraction headache using BUP and EMG

feedback. Journal of Applied Behavior Annalysis, 77, 215.

Surwit, R.S. (1982). Biofeedback and the behavioral treatment of Raynaud's disease. In: White, L. y Tursky, B. (Eds) Clinical Biofeedback: Efficacy and Mechanisms. 222-232. New York, Guilford.

Swerdlow, M. (1982). Tratamiento del Dolor. Edit. Dogma, Barcelona, España.

Székely, P. (1989). Estrategias para reconceptualizar la experiencia del dolor. Estudio y Tratamiento del Dolor, 1, (2), 35-40.

Teders, S.J., Blanchard, E.B., Anorasik, F., Jurish, S.F., Neff, D.E. y Arena, J.G. (1984). Relaxation trainig for tension headache: Comparative efficacy and cost effectiveness of a minimal therapist contact versus a therapist delivered procedure. Behavior Therapy, 15, 59-70.

Valdés, M., Flores, T., Tobenia, A. y Massana, J. (1983). Medicina Psicosomática. Edit. Trillas. México, D.F.

Wathers, W.E. y O'Connor, P.J. (1971). Epidemiology of headache a migraine in women. Journal of Neurology Neosurgery and Psychiatry, 34, 148-153.

Wathers, W.E. y O'Connor, P.J. (1975). Prevalence of migraine. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 38, 613-616.

Werder, D.S., Sargent, J.D. y Cogne, L. (1981). MMPI profiles of headache patients using self-regulation to control headache

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

Cita: _____
Asignado a: _____

I. DATOS GENERALES.

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

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

A) Descripción general del problema: _____

B) ¿Por quién o cómo fue referido? _____
C) ¿Ha consultado antes a alguien por este problema? (si) (no)
¿A quién o dónde? _____
Diagnóstico(s) previos: _____
Tratamientos recibidos: _____
Resultados: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

A) Historia de la cabeza.

- * 1. Período de evolución: _____
2. ¿Desde cuando considera al dolor de cabeza como un problema?
_____ ¿porqué? _____
3. Traumatismos (si) (no) ¿Cuándo? _____
Topografía: _____
Consecuencias (inmediatas y mediatas): _____
4. Patologías concomitantes:
- Hipertensión Anemia Probls. visuales Amibiasis Sinusitis
Parasitosis Infecciones ginecológicas
- Problemas neurológicos diversos: _____
- Otras: _____
- Método anticonceptivo: _____

B: Antecedentes Familiares: (si) (no)

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

Periodo de evolución: _____ Dx: _____

IV. ESPECIFICACIONES DEL DOLOR DE CABEZA.

Frecuencia: /semana /mes

Duración promedio de cada episodio:

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

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

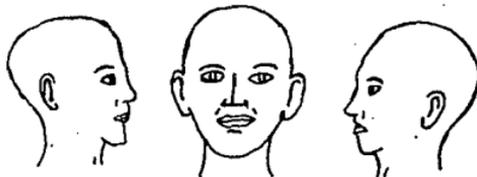
¿Qué aumenta el dolor? _____

¿Qué lo disminuye? _____

¿Qué lo desaparece? _____

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

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



Descripción del dolor.

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

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

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

V. ANALISIS FUNCIONAL DEL DOLOR

Eventos	Antes	Durante	Después
Situacionales			
Físicos/ fisiológicos			
Conductuales			
Afectivos			
Cognoscitivos			

VI. TRATAMIENTOS ACTUALES CONTRA EL DOLOR

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

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

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

Observaciones:

Entrevistador:

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

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Puntuación: _____

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

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

A. ESTADO DE ANIMO

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

B. PESIMISMO

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

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

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

D. FALTA DE SATISFACCION

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

E. SENTIMIENTO DE CULPA

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

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

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

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

G. ODIOS A SI MISMO

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

H. AUTOACUSACIONES

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

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

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

J. BROTOS DE LLANTO

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

K. IRRITABILIDAD

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

L. AISLAMIENTO SOCIAL

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

M. INDECISION

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

decisiones.

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

N. IMAGEN CORPORAL

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

O. INHIBICION DEL TRABAJO

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

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

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

Q. FATIGABILIDAD

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

R. PERDIDA DE APETITO

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

S. PERDIDA DE PESO

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

T. PREOCUPACION SOMATICA

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

U. PERDIDA DE LIBIDO

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

**ANALISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE
DEPRESION DE BECK.**

Nombre: _____

Fecha: _____

No. de Expediente: _____

Terapeuta: _____

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Edo. de Animo.	AFECTO		
B. Pesimismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisfacci3n.	AFECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a s3 mismo.	AFECTO		
H. Autacusaciones	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Brotes de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad	AFECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Indecisi3n	COGNICION		
N. Imagen corporal	COGNICION		
O. Inhibici3n del trabajo.	CONDUCTA		
P. Perturbaci3n del sueo.	DROGAS		
Q. Fatigabilidad	SENSACIONES		
R. P3rdida de apetito.	DROGAS		
S. P3rdida de peso	DROGAS		
T. Preocupaci3n som3tica.	COGNICION		
U. P3rdida de Libido.	DROGAS		
P.T. _____			

TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CABEZA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION Y DE RETROALIMENTACION BIOLOGICA

REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS SEMANALES

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

Grupo: _____

Paciente: _____

Dx: _____

Terap.: _____

.....

Abreviaturas:

I.M.= Intensidad
Máxima

T.A.= Tensión Arterial

Dx= Diagnóstico

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

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

ANEXO 3

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

