



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Intervención cognitivo-conductual
en un caso de migraña.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

DAVID MIGUEL DÍAZ GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS
LIC. CÉSAR ELIZALDE GARCÍA



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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 mi familia por apoyarme antes, durante y después de la carrera. En especial a mi madre Carmela Díaz y mi hermano José Luis Díaz que me han dado mucho sin pedir nada a cambio. A Rebe y Estela que me apoyan y motivan de todas las maneras posibles para ser mejor. A Cristina y Roberto que me ayudaron a llevar a cabo la aplicación de este trabajo, y comenzar a trabajar profesionalmente.

A Edna por apoyarme en mis proyectos e inspirarme a ser una mejor persona y psicólogo. Gran parte de este trabajo fue gracias a ella. Tú presencia en mi vida tiene un impacto inconmensurable.

A mis compañeros y amigos del grupo 52, quienes hicieron más agradable la estancia en la carrera con sus comentarios, participaciones, bromas y risas. En particular quiero reconocer a Daniel, Emanuel, Leslie, Tayde, Juan Manuel y Pamela.

A los profesores de la carrera que aportaron a mi formación, dentro de los que cabe destacar a Ernesto Arenas, Gerardo Chaparro y Claudia Rojas, quienes fueron excelentes profesores dentro y fuera del aula. En especial quiero agradecer al profesor César Elizalde por apoyarme en la obtención de mi título, guiarme en mi desarrollo profesional y ser un ejemplo de psicólogo.

De igual manera agradezco la participación de la usuaria para este trabajo, sin la colaboración de estas personas nuestra profesión poco avanzaría.

A mis amigos, Alexis, Antoine, Oscar y Sebastián que han sido no menos que grandes amigos conmigo y me han motivado cada uno de diversas formas.

Por último, pero fundamental, a la Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios del país y base del conocimiento nacional.

“Por mi raza hablará el espíritu”.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	4
CAPÍTULO 2. MIGRAÑA.....	16
CAPÍTULO 3. PROPUESTAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA CASOS DE MIGRAÑA.....	35
MÉTODO DE INTERVENCIÓN.....	50
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS.....	77
ANEXOS	85

RESUMEN

En la psicología de la salud se formalizó desde la década de 1960, como rama que propone la participación de diversos factores en la salud-enfermedad, además de los biomédicos. Aunque se pueden encontrar prácticas relacionadas a la psicología y la salud anteriores a esta época, su formalización corresponde en gran medida a las técnicas derivadas del modelo cognitivo-conductual para desarrollar diversas habilidades dirigidas a que las personas tengan más control sobre su salud.

Desde el modelo cognitivo-conductual se han realizado muchas aportaciones a la relación psicología y salud, tanto a nivel teórico como práctico. Las intervenciones están dirigidas a diversos objetivos, entre los que se pueden destacar la adherencia terapéutica, cambio en la valoración de la enfermedad, enfrentamiento a cirugías, autocontrol, disminución del dolor, etc.

Las intervenciones dirigidas a las personas que tienen dolor por diferentes causas, usualmente son abordadas por médicos a través de prescripciones de analgésicos. En la psicología se ha planteado a nivel teórico y práctico el abordaje del dolor mediante técnicas de la disciplina, que no interfieran con el campo médico. En relación al dolor, se encuentra que son muchas las enfermedades que lo presentan, una de ellas es la migraña. Esta enfermedad conlleva otros síntomas que son igual de incapacitantes, como la fatiga y el mareo. La OMS ha puesto especial interés en atender a quienes la padezcan debido a su alta incidencia en la actualidad. De acuerdo a lo anterior, se planteó que el objetivo de este trabajo fuera realizar una intervención cognitivo-conductual en una persona con migraña para disminuir el dolor.

Los resultados muestran una disminución del dolor tanto en frecuencia como en intensidad, además de otras mejoras paralelas como un menor consumo de analgésicos. Se encontró que la mayoría de las técnicas sugeridas a nivel teórico no fueron necesarias para este caso. En concreto se destaca la utilidad de la relajación autógena como medio para aminorar la sensación de dolor.

Palabras clave: Migraña, salud, dolor, relajación, cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN

Las diferentes profesiones que convergen en el área de la salud, han aportado diferentes procedimientos de intervención en este campo, cada una desde su disciplina, y en ocasiones apoyándose en otras disciplinas.

La psicología como disciplina encargada de estudiar el comportamiento de las personas es una de las profesiones que permitió unir los modelos de la salud planteados desde el paradigma biomédico con el enfoque sociocultural, para explicar las condiciones precedentes, de desarrollo y rehabilitarías en la salud o enfermedad de las personas (Ribes, 2008).

Es bajo este enfoque que surge la psicología de la salud. Stone (1980) la define como: "... la aplicación de cualquier aspecto del conocimiento o técnica psicológico, a cualquier problema del sistema de salud" (pág. 16).

Algunas de las intervenciones derivadas de la disciplina psicológica tienen el objetivo de reducir el dolor, o ayudar a contenerlo, mediante diferentes técnicas del modelo cognitivo-conductual, o conductual.

Estas intervenciones cobran relevancia dado que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el 50% de la población mundial ha sufrido por lo menos un dolor de cabeza en algún momento de su vida, y más del 10% de este grupo ha padecido, o padece migraña. El informador (2012), reporta que el 57% de los mexicanos sufre dolor de cabeza, o un tipo de migraña y se coloca en el primer lugar en Latinoamérica en incidencia de este padecimiento.

A raíz de lo anterior el presente trabajo tuvo como objetivo realizar una intervención cognitivo-conductual en una persona diagnosticada con migraña, con el fin de reducir la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza. Esta intervención aporta evidencia sobre la eficacia y la importancia de la psicología como profesión dentro del campo de la salud.

Para comprender de mejor manera el tema, el primer capítulo brindará información sobre la psicología en el campo de la salud, destacando el modelo

cognitivo conductual. El segundo capítulo explicará a la migraña desde la perspectiva médica, lo que nos permitirá conocer las características y las limitaciones que tendrían los psicólogos para intervenir. El tercer capítulo hace un breve resumen sobre las propuestas para tratar al dolor y la migraña desde la psicología, destacando las intervenciones que se han reportado.

Posteriormente se presenta el caso de la intervención que se llevó a cabo. Mostrando los resultados, y discutiéndolos a la luz de las formulaciones teóricas mencionadas y contrastando con otras intervenciones. Las pocas conclusiones que se esbozan aquí no pretenden agotar la investigación en este campo, por el contrario se invita a replicar la intervención para contrastar los resultados y continuar participando entre profesionales del campo, particularmente en la psicología como disciplina indispensable en el desarrollo de ámbito de la salud.

CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En la actualidad es notable la influencia del comportamiento en la salud/enfermedad, y su desarrollo consecuente. En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular a la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental (Ribes, 2008).

Beneit (1992) comenta que desde inicios del siglo XX los patrones de la enfermedad han cambiado de forma sustancial en los países desarrollados. La prevalencia de enfermedades agudo-infecciosas ha disminuido de forma importante como consecuencia de los avances en sus tratamientos y los cambios del modelo de salud. Sin embargo se ha producido un incremento en enfermedades denominadas “prevenibles”, como el cáncer o los trastornos cardiovasculares. Como resultante, Rodríguez (2010) menciona que el papel del psicólogo se ha expandido enormemente y se ha comprobado que los estilos de vida influyen en los estados de salud.

Ribes (2008) también nos menciona que en el examen de la participación del comportamiento individual en la modificación de los estados de salud se yuxtaponen, de manera inadvertida, dos modelos generales que cubren dimensiones distintas, la medicobiológica y la sociocultural, y de estas se derivan diversas concepciones acerca de los factores psicológicos implícitos. En el primer modelo se hace referencia a la salud, mientras que en el sociocultural se refiere al bienestar.

De acuerdo con Latorre (1992) y Amigo (2012) es necesario incluir el componente psicológico al modelo de la salud, en cuanto se adhiere al concepto de salud, de tal manera si se incluye en la salud el bienestar físico, psíquico y social, estas tres dimensiones deben incorporarse en las ciencias de la salud.

Ribes (2008) nos menciona que los derivados de éste interés se han representado en diversas interdisciplinas o subcampos de conocimiento como: la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual, la psicología de la salud y muchos otros.

Phares y Trull (1999) mencionan que es debido a la tendencia en los altos costos de la atención médica que los estadounidenses se han enfocado más en conductas y estilos de vida que promuevan la salud y prevengan la enfermedad, por lo que la psicología de la salud se ha desarrollado con mayor potencial. La distinción y definición formal de la psicología de la salud comenzó a partir del decenio de 1970.

Antecedentes de la psicología de la salud

De acuerdo con Phares y Trull (1997) incluso en la época de Aristóteles se tenía la idea bastante clara de que ciertos procesos psicológicos podrían culminar en enfermedad. Estos autores comentan que durante la primera mitad del siglo XX ésta influencia de lo psicológico en la enfermedad se transformó en lo que se conoce como enfermedades psicosomáticas. Se relacionó algunas enfermedades con factores psicológicos muy específicos que resultaban en alguna enfermedad, sin embargo la falta de poder de predicción de hizo que se dejará de prestar atención a la medicina psicosomática y se comenzaron a analizar otros tipos de factores, manteniendo la influencia de lo psicológico en la adquisición y desarrollo de las enfermedades.

Phares y Trull (1997) y Straub (2002) también mencionan que fue durante el decenio de 1960 a 1970 que las enfermedades infecciosas se pudieron controlar, lo que permitió que los profesionales de la salud prestaran atención a otro tipo de enfermedades que iban en aumento como los trastornos cardiovasculares y el cáncer. Con la atención centrada en estas enfermedades se relacionó muchas conductas con las enfermedades, como la infesta excesiva de comida, el tabaquismo. Con esto se analizó el proceso de la enfermedad en relación a las conductas asociadas a esta, cuya eliminación o reducción podría disminuir la vulnerabilidad de los individuos a la enfermedad.

En esta misma época aumentó el interés por parte de los profesionales de la salud en el patrón Tipo A, un complejo de personalidad y predisposiciones conductuales que, según se decía, hacían que la persona fuera propensa a complicaciones cardíacas (Phares y Trull, 1997).

Modelo biomédico de la salud

Carr (1997) y Ribes (2008) mencionan que el modelo médico-biológico que conceptualiza a la salud como carencia de enfermedad (o como un continuo entre salud-enfermedad), hace hincapié en las condiciones del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran. Esta concepción considera a la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto que resiste los embates de los agentes externos nocivos.

Modelo biopsicosocial de la salud

Ribes (2008) comenta que el modelo sociocultural ha subrayado la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Además de que ha dado indicios claros de cómo las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsables de alteraciones de la salud biológica. Cabe mencionar la aclaración que hace el autor al referir que las condiciones socioculturales no se restringen exclusivamente a los aspectos vinculados con los ingresos económicos, ya que hay epidemiologías en cualquier rango de ingresos. Dado este aspecto el individuo está atrapado en un ambiente que propicia la enfermedad en uno u otro sentido.

Carr (2007), Oblitas (2008) y Reynoso (2012) Mencionan que el modelo biopsicosocial presupone que es importante manejar tanto la enfermedad como los malestares, ya que ambos son importantes. El autor propone que el médico debiera buscar información suficiente respecto a las creencias, pensamientos y sentimientos de los pacientes con respecto de su enfermedad y la opinión de los mismos sobre el tratamiento, además de indagar sobre el grupo social de pertenencia del paciente, la existencia de soporte social y religioso. Sin embargo dado que esto no lo hacen los médicos en el sistema de salud, es muy relevante el papel del psicólogo para participar en estas actividades.

La efectividad para las prácticas del modelo biomédico o del sociocultural, está en función del comportamiento del organismo, concibiéndolo como un ser biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales. El

comportamiento de dicho organismo es analizado por la psicología, por lo que está intersección de modelos y campos, requiere del apoyo de otros profesionales; desde una perspectiva general, un médico, un sociólogo y un psicólogo (Ribes, 2008).

Definición de Psicología de la Salud

De acuerdo con Taylor (1986) la psicología de la salud es un campo en desarrollo que se interesa por comprender la influencia de las variables psicológicas en cómo las personas se mantienen saludables, por qué enferman, y cómo responden cuando enferman.

Además de los intereses mencionados, Latorre (1992) agrega que la psicología de la salud también establece recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente, y se interesa igualmente en por qué las personas realizan comportamientos que incrementan el riesgo de enfermar, y por otro lado las variables implicadas en el desarrollo de los hábitos de la salud. Con esto último se hace referencia a la promoción y mantenimiento de la salud.

Phares y Trull (1999) ubican a la psicología de la salud como un área de especialidad dentro de la psicología. La psicología de la salud incluye la práctica, investigación y enseñanza relacionada con la salud de parte de muchos tipos de psicólogos: sociales, industriales, fisiólogos, etc.

Piña y Rivera (2006) revisan las diferentes propuestas sobre la psicología de la salud y las implicaciones que tienen en las prácticas de éste campo. Hacen la recapitulación de las principales definiciones por autores, y que están presentadas en la tabla 1.

Tabla 1: Definiciones de psicología de la salud por año de aparición	
Autor (es)	Definición
Stone (1979)	La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.
Matarazzo (1980)	Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.
Torres y Beltrán (1986)	Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.
Bloom (1988)	La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.
Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988)	La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud
Rodríguez & Palacios (1989)	La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y

	con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.
Carrobles (1993)	Especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades.
Morales (1997)	Por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

Tabla 1. Tomada de Piña y Rivera (2006)

Estos mismos autores hacen una propuesta más clara sobre lo que se podría definir como psicología de la salud, y señalan que: “la psicología de la salud debe entenderse como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos como las competencias indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud”.

Objetivos y procedimientos de la psicología de la salud

La mayoría de las intervenciones de la psicología de la salud están encaminadas a reestablecer la salud, después de presentarse un comportamiento que haya provocado o pueda provocar enfermedad. Las principales enfermedades que trata de acuerdo con Phares y Trull (1999) son:

Tabla 2. Enfermedades abordadas por la psicología de la salud	
Alcoholismo	Enfermedad de Alzheimer
Obesidad	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
Personalidad tipo A	Fibrosis quística
Hipertensión	Anorexia nerviosa
Arritmia cardiaca	Vómito crónico
Enfermedad de Raynaud	Encopresis –Incontinencia fecal
Úlceras	Tics
Síndrome de colon irritable	Parálisis cerebral
Tortícolis espasmódica	Accidentes cerebrovasculares
Epilepsia	Hiperidrosis
Asma	Dolor crónico
Neurodermatitis	Cefaleas
Psoriasis	Insomnio
Prurigo nodular	Diabetes
Dismenorrea	Cáncer
Trastornos dentales	Lesiones en la médula espinal

Tabla 2. Elaborada a partir de Phares y Trull (1999)

Phares y Trull (1999) comentan que en esencia, la psicología de la salud y la medicina conductual aplican los métodos conductuales de evaluación y tratamiento. Mencionan al menos siete métodos para intervenir en la salud, los cuales son:

- Métodos respondientes
- Métodos operantes
- Biorretroalimentación
- Relajación
- Estrategias cognoscitivas
- Métodos de autocontrol
- Apoyo social

Respecto al último punto Haslam, Jetten, Postmes y Haslam (2008) mencionan que el apoyo y repercusiones sociales en la salud de cada individuo será uno de los procedimientos más importantes en el próximo desarrollo de la psicología de la salud, manteniendo a la disciplina como un tema de actualidad.

Prevención

Phares y Trull (1997) y Alfonso (2003) identifican como función primaria de la psicología de la salud a la prevención. Justifican el papel del psicólogo en la prevención ya que son especialistas de la conducta. A pesar de que los médicos tengan identificadas una variedad de conductas potencialmente dañinas, es labor de los psicólogos facilitar el que las personas lleven a cabo dichas conductas para así, reducir el riesgo de desarrollar alguna enfermedad y disminuir el costo de los servicios de salud.

Beneit (1992) y identifica el objetivo de la prevención primaria como modificar comportamientos que suponen un riesgo para la salud, y favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables, que son aquellas que promueven o potencian un estado de salud general, o que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades. Esto coincide con lo Rodríguez (1999) denomina la adquisición de hábitos y creencias en pro de la salud. Una conducta de salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo se conceptualiza como un hábito de salud.

Enfrentamiento con procedimientos médicos

Otro de los problemas de salud es el que los pacientes demoran sus visitas o las eliminan por completo al sistema de salud, ya sea por encarar una cirugía, una visita al dentista o una variedad de exámenes médicos que pueden causar estrés en las personas. Phares y Trull (1997) identifican en esto una de las funciones de los psicólogos de la salud, ya que pueden llevar a cabo técnicas para ayudar a enfrentarse con los procedimientos médicos.

Conformidad con el tratamiento

Phares y Trull (1997) y Banyard (2002) destacan que otro campo de acción de la psicología de la salud es el apego al tratamiento, ya que a pesar de la disponibilidad de estrategias de intervención, continúa siendo un hecho que muchos individuos no cumplen con las intervenciones del programa o no mantienen su nueva conducta a lo largo de un periodo significativo. Las intervenciones psicológicas podrían facilitar a la persona que continúe con el tratamiento, ya sea por un tiempo o por periodos prolongados en caso de tratamientos de por vida, que conllevaría a una mejoría en su calidad de vida (Brannon & Feist; 2007).

Aportaciones del modelo cognitivo-conductual a la psicología de la salud

Dada la diversidad de perspectivas teóricas en la disciplina psicológica, las intervenciones que realizan son muy diversas y tiene diferentes objetivos (González & González, 2017), y el ámbito de la salud no es la excepción. No es objetivo de este trabajo analizar las diferentes aportaciones de cada perspectiva, por el contrario, se concentrará en el modelo cognitivo-conductual dentro del campo de la salud. Para esto revisaremos de manera muy breve cómo han aportado a la solución de dificultades de la salud.

Nieves y Silva (1991) mencionan que desde los años setenta se han aplicado técnicas cognitivas, con el fin de igualar o superar, los resultados positivos de los tratamientos conductuales. Continúa explicando que mientras algunos estudios encontraron mejores resultados, otros tuvieron un resultado igual, y puntualiza

que los tratamientos cognitivo-conductuales, es decir los derivados de ambos tipos de técnicas, se han llevado a cabo con éxito.

Las variables comportamentales tienen una influencia muy marcada en la adquisición y desarrollo de algunas enfermedades. De acuerdo con Latorre (1992) el porcentaje de influencia del comportamiento en enfermedades como apoplejía, accidentes vehiculares y de otro tipo, apoplejía y enfermedades coronarias, es mayor al 50%, y en diabetes y tumores malignos es de al menos un tercio. La influencia del comportamiento es mayor que cualquier otro factor, por ejemplo ambiental (19%), biológico (20%) o de servicios de salud (10%).

Latorre (1992) también destaca que la naturaleza de muchos problemas de salud, implica que el enfermo aprenda conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, para adaptarse a las secuelas de la enfermedad que padecieron o padecen, de manera que favorezcan su rehabilitación y prevean posibles recaídas.

El modelo cognitivo conductual permite explicar el desarrollo de hábitos de salud, ya que de acuerdo con Beneit (1992) los hábitos de salud se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas, y se mantienen por factores ambientales a los que se asocian. En contraparte, los hábitos que dañan nuestra salud, de igual manera se van desarrollando en tanto que no tienen consecuencias inmediatas displacenteras.

Como ya se mencionó el interés de la participación psicológica en la salud ha ido en aumento con el pasó de los años y las intervenciones en el campo de la salud que se han apoyado en este marco conceptual han sido sobre muy variados temas. Se presentarán algunas aportaciones, a modo de ejemplificar la diversidad del campo de acción que es posible llevar a cabo.

Sánchez, Alcázar y Olivares (1999) realizaron un estudio meta-analítico acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de sujetos con problemas clínicos o de salud en España. Los resultados revelaron que se han tratado problemas de adicción, psicofísicos, alimenticios, entre otros, y que muchas de las intervenciones emplearon entrenamiento en autocontrol,

habilidades de afrontamiento y técnicas de reestructuración cognitiva. A su vez mencionan que a partir de la revisión que hicieron, los tratamientos cognitivo-conductuales son altamente eficaces, aunque con el paso del tiempo disminuye su eficacia.

González (2002) trabajó con personas con VIH-SIDA con el objetivo de disminuir el estrés actual y el estrés percibido ante situaciones futuras potencialmente estresantes, a través del incremento de habilidades de afrontamiento (relajación, asertividad, reestructuración cognitiva y solución de problemas). Encontró que la intervención que diseñó podría reducir el estrés en las personas de éste tipo de población.

Caballo (1998) presenta una compilación de propuestas para diversos problemas relacionados con la salud entre los que se encuentran: tabaquismo, alcoholismo, adicción a cocaína y heroína, trastornos de la alimentación, obesidad, trastornos del sueño, cefaleas y dolor en general.

Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar, Sánchez-Sosa (2005) realizaron una intervención con pacientes con hipertensión y/o diabetes sobre variables que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica. Se observaron mejoras en la mayoría de las variables las principales fueron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También mejoraron los estilos de afrontamiento que usaban los usuarios.

Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojasb y Vera-Villarro (2006) realizaron una intervención en adultos mayores con hipertensión donde encontraron que hubo una reducción en los niveles de presión arterial sistólica y diastólica. Esto se suma a otros estudios realizados por Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005) sobre la calidad de vida, la adherencia terapéutica e índices de bienestar de pacientes hipertensos cuyos resultados revelaron cambios en prácticamente todos los pacientes en calidad de vida, adherencia terapéutica, bienestar y ansiedad.

Garduño, Riveros, Sánchez-Sosa (2010) realizaron una intervención Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer de mama para examinar el efecto de un

tratamiento sobre aspectos emocionales, cognitivos e instrumentales asociados a la calidad de vida en pacientes de bajos recursos y escolaridad. En la intervención se les dio psicoeducación, además de entrenarlos para establecer habilidades que permitieran la adhesión terapéutica, así como identificar y/o modificar cogniciones disfuncionales para mejorar su autorregulación emocional. Los resultados revelaron mejorías en áreas como actitud al tratamiento, familia, preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, aislamiento, entre otras.

Como se puede notar, las aportaciones posibles desde la psicología, en particular del modelo cognitivo-conductual, a la salud son muy variadas. Existen también aportaciones para los problemas de migraña, sin embargo son muy escasas las intervenciones que reporten evidencia empírica, son más las propuestas teóricas para intervenir.

En el capítulo tres se hablará sobre las propuestas de intervención, tanto teóricas como empíricas, para los casos de migraña desde la psicología, y se presentará una descripción sobre las técnicas que se han empleado. Sin embargo antes, se presentara un capítulo dedica a la migraña para entender más sobre la enfermedad, con el fin de mejorar la intervención que se pueda

CAPÍTULO 2. MIGRAÑA

Sobre el dolor de cabeza

Al dolor de cabeza se le llama cefalalgia, que es la unión de dos palabras griegas: Céfalo = cabeza, y Algia = dolor. Leyva y Corona (2011) especifican que aunque la cefalea debería hacer mención a cualquier dolor en la cabeza, su uso se ha limitado a la bóveda craneana, y otros dolores a nivel facial, lingual, faríngeo tienen otro apartado en el diagnóstico médico.

De acuerdo a la Clínica Mayo (2004) la cefalalgia, o cefalea es un problema médico, equivalente a la enfermedad cardíaca o presión arterial alta, ya que es causado por eventos fisiológicos y requiere atención médica y autocuidados. Las características de la cefalea son muy diversas y pueden ser ocasionadas por numerosas razones entre las que podemos mencionar, el estilo de vida, carga genética, química cerebral, agotamiento, estrés, etc.

El dolor de cabeza es tan frecuente en la vida diaria, que las personas han desarrollado habilidades para aliviarlo, o soportarlo en la mayoría de los casos. Esto se ve reflejado en un estudio de Estados Unidos, en donde el dolor de cabeza es uno de los 20 síntomas más frecuentes; más del 90% de las personas presentaron un dolor de cabeza en el último año, sin embargo sólo alrededor del 15% tuvieron que acudir a un médico para eliminar o aminorar el dolor (Clínica Mayo, 2004).

En Estados Unidos el dolor de cabeza es más frecuente que la cifra combinada de diabetes, asma y cardiopatía coronaria; 45 millones de estadounidenses sufren dolor de cabeza. Más de la mitad, 28 millones, presentan migraña, un dolor de cabeza con características particulares y en muchos de los casos incapacitantes para la vida diaria (Clínica Mayo, 2004).

Dentro de los dolores de cabeza, existen ciertos tipos de dolor que tienen características muy particulares que requieren atención específica debido. Uno de estos tipos de dolor es la migraña, que además del dolor presenta otros

síntomas como náuseas, fotosensibilidad y agotamiento. Gelabert (2007) refiere que el dolor de cabeza es una sensación de malestar localizada en el cráneo, y en el caso de la migraña se presenta en ataques repetitivos que pueden durar algunas horas o hasta días.

La migraña ha sido diagnosticada en niños de hasta 3 años de edad, y en general se calcula que entre 7% y 18% de los niños tienen migraña. Sin embargo es más frecuente que se presente en personas de 25 a 55 años de edad (Clínica Mayo, 2004; Madrid, 2013). Al respecto Dobler (2001) menciona que la migraña está presente en 20% de la población.

Definición y prevalencia

La migraña es un tipo específico de dolor de cabeza con características bien definidas que la colocan a parte de otros dolores de cabeza. Algunas de las características por las que se le identifica son náuseas, vómito y sensibilidad a la luz. Los dolores ocasionados por la migraña son variables en frecuencia y duración pero siempre son recurrentes (Wilkinson, & MacGregor, 1999; Clínica Mayo, 2004).

La migraña puede definirse como un trastorno paroxístico¹ caracterizado por ataques recurrentes de cefalea, de cualidad punzante, de frecuencia, intensidad y duración variables, por lo común unilaterales y asociados a disautonomía (náuseas, vómitos), pudiendo presentarse además, según sea el caso, síntomas neurológicos focales de carácter totalmente reversible conocidos como aura migrañosa (Gestro, 2014).

Sacks (1992) explica que a pesar que se haga referencia a la migraña como dolor de cabeza, es importante aclarar que el dolor de cabeza no es el síntoma exclusivo de una migraña, ni un rasgo obligado de los ataques de este padecimiento. Existen muchos ataques que muestran todas las características la migraña, tanto desde el punto de vista clínico como fisiológico y farmacológico, pero que carecen del componente del dolor de cabeza. Dobler (2001) concuerda pues dice que la cefalea es un síntoma y no una enfermedad.

1. Máxima intensidad del acceso o los síntomas de una enfermedad; ataque peligroso o casi mortal en el que el paciente pierde el sentido durante largo tiempo.

De acuerdo con Deza (2010) la migraña es un es un desorden crónico del sistema nervioso, caracterizado por la aparición de episodios, típicos, recurrentes, de dolor de cabeza, los cuales usualmente se asocian a náusea, vómito, fotofobia, sonofobia, además de algunas otras molestias menos frecuentes. Su ocurrencia ocasiona serios problemas en la vida social y laboral de las personas.

Gelabert (2007) define a la migraña como “un trastorno crónico y de origen vascular que se produce cuando los vasos sanguíneos de la cabeza y del cuello se contraen y a continuación se dilatan.” Además del desorden del sistema nervioso, se asocia a la migraña con náusea, vómito, fotofobia y sonofobia (Deza; 2010).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el 50% de la población mundial ha sufrido por lo menos un dolor de cabeza en algún momento de su vida, y más del 10% de este grupo ha padecido, o padece migraña. Leyva y Corona (2011) mencionan que sólo el 5% de los que padecen cefalea busca ayuda.

Deza (2010) dice que el 25% de las consultas ambulatorias en el servicio de salud se deben a las cefaleas, dolores de cabeza en general, y que de éste porcentaje una gran parte de las personas tiene migraña, sin embargo no da la cifra precisa. Dobler (2001) especifica un poco más la cifra al calcular que 20% de la población sufre migraña., y la ubica entre las 25 causas de consulta más frecuente en el primer nivel de atención. Podemos corroborar lo mencionado por Deza y Dobler cuando Leyva y Cornoa (2011) mencionan que el dolor de cabeza es uno de los síntomas más frecuentes en la práctica clínica y calculan que el 1% de los servicios de urgencias general se debe a alguna cefalea.

La prevalencia de la migraña es más frecuente entre el rango de edad de 25 y 55 años. En México se calcula que en los últimos años alrededor de 28 millones de personas padecen de dolor crónico (Covarrubias-Gómez; Guevara-López;

Gutiérrez-Salmerón; Betancourt-Sandoval & Córdova-Domínguez; 2010). En el 2012 El informador, reporta que el 57% de los mexicanos sufre dolor de cabeza, o un tipo de migraña y se coloca en el primer lugar en Latinoamérica en incidencia de este padecimiento.

Historia

El padecimiento de la migraña se puede rastrear desde siglos antes de nuestra época, y en diferentes civilizaciones. Figuerola (2014) sostiene que el problema del dolor de cabeza es tan antiguo como la humanidad. Grandes pensadores e influyentes en la medicina, como Hipócrates, Areteo y Alejandro Trajano, dieron apenas algunos acercamientos sobre su origen y cura (Sacks, 1992; Clínica Mayo, 2004).

De acuerdo con Figuerola (2014) en la era arcaica se explicaba el dolor de cabeza de manera sobrenatural, atribuyéndolo a la posesión del afectado por un ser pernicioso, un espíritu diabólico. La autora continúa explicando que la descripción más temprana de dolor asociado a síntomas visuales se adjudica a un manuscrito sumerio escrito 3000 años antes de Cristo. Incluso en los pueblos mesopotámicos y en Egipto se invocaba al dios Horus, quien sufría del mismo dolor, para que se sustituyera por una nueva cabeza sin dolor.

Areteo fue quien estableció de manera formal las características más representativas de la migraña (Figuerola, 2014; Clínica Mayo, 2004). De acuerdo con Gestro (2014) Areteo clasificó a la migraña de la siguiente manera; llamaba cefalalgia a la que era leve, infrecuente y de corta duración, Cefalea cuando la duración e intensidad eran mayores, y Heterocránea al dolor más intenso de todos. El término Heterocránea fue el que se asoció a la migraña como se conceptualiza ahora, mientras que los otros tipos, menos intensos serían cefaleas de tipo tensión. Areteo también se percató que la localización del dolor podría ser en varios lugares de la cabeza, o en todos, y los síntomas podrían ser náuseas, vómitos, colapsos, pesadez y ansiedad entre otros. Hizo observaciones en el comportamiento de las personas que padecían migraña y

notó que huían de la luz, no toleraban los sonidos, y se sentían hartos de la vida hasta desear la muerte (Sacks, 1992).

El término *heterocrania* fue usado a la par con holocrania y hemicrania, término acuñado por Galeno de Pérgamo (Figuerola, 2014). Posteriormente fue sustituido por migraine en Francia alrededor del siglo XIII. Después del siglo XIV en inglés se usaron variantes similares como migrane, mygrame, myegrym y midgrame entre otras (Sacks, 1992).

De acuerdo con Sacks (1992) durante el periodo del siglo XVIII al siglo XIX se pensaba en la migraña como un padecimiento psicofisiológico. En Figuerola (2014) podemos encontrar información similar, donde además notamos un gran interés no sólo por médicos para tratar a sus pacientes, si no a sí mismos, e incluso personajes ajenos a la medicina como Isaac Newton, François Arago, George Biddell, Charles Le Pois, John Herschel, y Moebius; todos ellos describieron sus propios síntomas.

Sin embargo a principios del siglo XIX se dividieron las enfermedades, y sus tratamientos, en trastornos nerviosos y patologías mentales, aunque cabe aclarar que algunos pocos, como Liveing y Jackson, aún pensaban en la migraña como una entidad psicofisiológica.

Liveing publicó un tratado en 1873 titulado *Sobre la migraña, el dolor de cabeza y otros trastornos asociados*, en el cual expuso que los tipos de migrañas eran muy diversos y que coexistían con muchas otras reacciones paroxísticas, además intentar establecer una analogía en el mecanismo fisiológico de las migrañas y epilepsia (Sacks, 1992; Figuerola, 2014).

Sacks (1992) nos dice que durante el siglo XIX se dieron grandes descripciones de la migraña, a su juicio mejores que durante el siglo XX, que ahondaban en los aspectos físicos, pero que dejaban fuera los componentes emocionales, sus antecedentes o hábitos de quienes padecían migraña. Al parecer la especificidad de las disciplinas no permitía una visión general de los padecimientos, y la tendencia de ese siglo sólo permitía generar teorías vasculares.

Hacia la mitad del siglo se asociaba la migraña a la “tara” hereditaria, y a la masturbación, que también explicaban la epilepsia y la locura (Sacks, 1992).

De acuerdo con Figuerola (2014) a principios del siglo XIX se comenzó a usar arsénico como tratamiento para la migraña, y se continuó usando hasta principios del siglo XX por Edward Flatau Posteriormente se usó ergotamina, y fue descrita en 1937 por . Graham y H. G. Wolff.

Investigadores posteriores describieron otros tipos de migraña, como la cefalea de Horton, que es inducido por fármacos, y es consecuencia de una complicación de la aparición de la ergotamina y de los analgésicos. Así mismo durante el siglo XX surgieron otros compuestos para aliviar la migraña como sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán y eletriptán, entre otros (Figuerola, 2014).

Características

Los ataques de migraña pueden ocurrir en cualquier momento. Según Gestro (2014) el 40% de los casos presenta dolor en un solo hemisferio del cráneo, mientras que el 30% reporta que el dolor cambia de un lado a otro. Sólo el 28% de los casos tienen migraña bilateral, es decir en todo el cráneo. Clínica Mayo (2004) nos da una cifra diferente. Comenta que en el 60% de los ataques el dolor es en un lado de la cabeza, y el 40% restante el dolor es bilateral.

Gestro (2014) también explica que los síntomas neurovegetativos que acompañan la mayoría de ataques son: Fotofobia (80%), náuseas (74%), y vómitos (52%). Todos los síntomas tienen mayor presencia en mujeres que en hombres. Otros síntomas pueden ser palidez, palpitaciones, osmofobia, sensación de frío o calor, pérdida de apetito, apetito desmedido, diarrea y poliuria.

Otras características que se pueden observar es el enrojecimiento en los ojos y que se humedezcan. Los ojos pueden ser afectados a tal manera durante un ataque de migraña que la persona puede tener una visión borrosa, o incapacitar visiblemente a quien la sufre (Sacks, 1992; Dobler, 2001). Algunas personas pueden enrojecer su rostro, antes o durante el ataque de migraña. Aunque esta

característica es poco común, de acuerdo con Sacks (1992) sólo se presenta en 1 de cada 10 casos. Por el contrario parte es más común que las personas se vuelvan pálidas durante el ataque. A estos tipos solía denominarse *migraña roja* y *migraña blanca*, llamadas así por Du Bois Reymond

Sacks (1992) menciona que en el síndrome de la migraña pueden superponerse, fusionarse, o transformarse toda una variedad de otros síndromes. Esto se produce generalmente en la migraña común, en la que se presentan diversos síntomas agrupados al síntoma principal que es el dolor de cabeza. En el caso en que otros síntomas sean los principales en los ataques migrañosos, como las náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, fiebre, somnolencia, cambios de humor, etc. se denominarán equivalentes de la migraña.

Una migraña implica más que un periodo de dolor de cabeza. De acuerdo a Clínica Mayo (2004) y Leyva y Corona (2011) se han identificado cuatro fases de la migraña que permiten caracterizar diversas problemáticas de la migraña. Aunque no todas las personas presentan las fases, la mayoría de migrañosos presenta más de una. Las fases son:

Fase premonitoria

A diferencia del aura, los síntomas premonitorios se presentan en forma gradual y puede durar varias horas o días antes del dolor de cabeza, y generalmente pasan desapercibidos por ser síntomas comunes en la vida diaria y ser adjudicados a otros factores. Los signos más frecuentes son fatiga, debilidad, depresión, rigidez en el cuello, bostezos frecuentes, irritabilidad, dolor muscular, problemas gastrointestinales. Estos síntomas son más frecuentes en mujeres que en hombres y en las personas que presenta aura antes del dolor. El dolor de cabeza puede ser de una intensidad muy baja, por lo que comúnmente no se le considera migraña.

Fase de aura

La fase de aura se presenta minutos antes del dolor de cabeza. Los síntomas son muy diversos y varían entre cada persona, e incluso de un ataque a otro. Puede que algunas personas lo presenten en sólo un par de ocasiones, mientras que otros son más frecuentes. La característica más frecuente del aura son las alteraciones visuales. Aunque puede presentarse hormigueo en algunas partes del cuerpo o incluso parálisis, dificultades en el lenguaje, y vértigo. El aura es más frecuente en adultos que en niños.

Fase del dolor de cabeza

Esta fase es la que caracteriza a la migraña, aunque no es definitiva para diagnosticar migraña (Clínica Mayo, 2004; Sacks, 1992). El dolor de cabeza puede ser pulsátil o latiente y se agrava con el movimiento físico. Aunque el dolor se puede presentar en cualquier momento del día, es muy común que se de en la mañana y que aumente en minutos u horas. El dolor puede llegar a ser incapacitante, afortunadamente en la mayoría de los migrañosos el dolor dura menos de un día.

- De acuerdo a Peterson (2000) y a Clínica Mayo (2004) algunos de los síntomas que acompañan al dolor de cabeza son:
- Náusea: Casi la totalidad de los migrañosos presentan náuseas durante el dolor, y una tercera parte de los adultos con migraña vomitan.
- Intolerancia a la luz: La fotofobia se presenta en más de dos terceras partes de los migrañosos, e incluye dolor ocular y una sensación de brillantez exagerada o deslumbramiento.
- Sensibilidad al ruido: La fonofobia es otra de las características más frecuentes en los migrañosos. Alrededor del 70% presentan sensibilidad inusual al ruido en general, conversaciones, tráfico, u otros sonidos muy leves, como pasos, pueden causar molestia y dolor.
- Aversión a los olores. Aunque no se presenta en la mayoría de los migrañosos, algunos tienen aversión a ciertos olores como el perfume, gases de combustión o aromas de alimentos.

Otros síntomas que son evidentes en el ataque de migraña son palidez de la piel, escalofrío, sudoración profusa, manos y pies fríos, vasos sanguíneos que sobresalen, presión sobre el cuero cabelludo, rigidez en el cuello, fatiga, entre otros. Durante la fase del dolor de cabeza es común que las personas se retiren a un cuarto oscuro y tranquilo para descansar.

Fase posterior al dolor de cabeza

Una vez que el dolor desaparece se presentan otras características que definen a la fase posterior al dolor. Durante esta fase se desaparecen los síntomas de la migraña. Para algunas personas el dolor desaparece después de vomitar, o tienden a dormirse. Es común que las personas se sientan desorientados, deprimidos o agotados física y emocionalmente. Aunque haya desaparecido el dolor, algunos migrañosos pueden sentir presión sobre el cuero cabelludo durante un día o más, después de haber desaparecido el dolor.

Causas

Los desencadenantes de la migraña pueden ser tan específicos que algunas personas identifican que el ataque de migraña se presenta en respuesta a un evento o una situación particular como el caso de cambios hormonales en el que Gestro (2014) menciona que entre el 60% y 70% de las mujeres tienen al ciclo menstrual como principal factor condicionante de sus ataques. Del 15% al 30% los ataques ocurren solo durante la menstruación. Sacks (1992) comenta que la crisis migrañosa puede estallar en cualquier momento por alteraciones físicas o emocionales, por estados atmosféricos, fases del sol, y/o variaciones en la dieta.

Los factores más frecuentes se agrupan en estrés, alimentos, actividades físicas, cambios hormonales (Caudill, 1998; Peterson, 2000; Robson, 2003; Clínica Mayo, 2004; Abou-assoli, 2012; Gestro, 2014).

- Endógenos: Hormonas, alteración en el flujo sanguíneo, sueño prolongado, insomnio, hipoglucemia, fatiga, fiebre, hipertensión arterial.
- Dietarios: Alimentos como chocolate, frutas, exceso de cafeína o alcohol, y alimentos que contengan Tiramina, Nitratos o Glutamato. (puede darse

el caso que se desencadene por la ausencia prolongada de un alimento, contrario a su ingestión).

- Psicológicos: Emociones, estrés, depresión.
- Fármacos: Nitratos, reserpina, estrógenos, anticonceptivos hormonales.
- Ambientales: Cambios climáticos, altura, luz brillante, ruido, olores intensos (perfumes, solventes), monóxido de carbono.
- Otros: Tabaco, actividad física extenuante, viajes prolongados, traumatismos, diálisis, tensión muscular y mala postura..

Posturas alternativas como las de Goicoechea (2009) mencionan que la migraña es una consecuencia genética pero que a su vez es aprendida por el entorno, sin embargo no deja claro qué y cómo puede ser aprendida la migraña, ni da sustento a sus afirmaciones más allá de las descripciones médicas y vivenciales de las personas.

Repercusiones

Deza (2010) menciona que en Estados Unidos de América, la prevalencia de la migraña causa pérdidas anuales en la productividad, calculadas en varios miles de millones de dólares. La Fundación Nacional de Cefalea de Estados Unidos calcula pérdidas de 50 000 millones de dólares anualmente debido al ausentismo y gastos médicos causados por el dolor de cabeza (Clínica Mayo, 2004). Abou-assoli (2012) explica que en España 135 000 personas sufren un dolor de cabeza de este tipo por día, y a causa de esto se pierden 20 millones de jornadas laborales por año, lo que causa una pérdida de 2000 millones.

En esta línea Rodríguez (1999) también informa que el dolor ocasionado por la migraña impide realizar actividades diarias, incluso puede ser agravado por actividades físicas rutinarias como subir escaleras. De lo anterior podemos decir que las repercusiones no sólo serían en actividades laborales, menor producción o accidentes laborales, a su vez podrían ser en relaciones sociales, de autocuidado, diversión etc.

Los dolores de cabeza en general, pueden provocar que una persona abandone su trabajo de manera involuntaria. Las personas que padecen migraña faltan a

su trabajo más de cuatro días al año. Aun cuando deben permanecer o eligen permanecer en su trabajo cuando tienen un ataque migrañoso, su productividad es menor (Clínica Mayo, 2004).

La Clínica Mayo (2004) y Abou-assoli (2012) también hacen referencia a las repercusiones de tipo social, ya que las personas que sufren de manera frecuente dolores de cabeza se pueden sentir aislados, o se aíslan de manera deliberada, pues es probable que durante un evento social o reuniones le suceda un dolor de cabeza intenso que le impida continuar en la reunión, Abou-assoli menciona que es debido a que es una enfermedad que los otros no ven de manera directa.

La sola presencia de la migraña aumenta el riesgo de una persona para desarrollar depresión, pues hay similitudes biológicas entre la migraña y la depresión, aunado a la complicada interacción social que se suscita por los dolores recurrentes (Clínica Mayo, 2004).

Caudill (1998) y Rodríguez (1999) dice que el dolor crónico de cabeza que se presenta en países industrializados es considerado de alto riesgo debido al uso excesivo o abuso de analgésicos.

Hinojosa (2006) y Kempler (2014) presentan diversas narrativas en donde se plantean las historias de las personas que sufren migraña y cómo es que han afectado sus vidas, entre las que se destaca el abuso de fármacos, la ineficacia de diversos tratamientos, y la eficacia de otros, entre los que destaca el que una persona haya mejorado su experiencia con la migraña a partir de la lectura del libro de Sacks (1992), cómo es que tienen que aprender un nuevo estilo de vida.

Diagnóstico

De acuerdo con Ramiro (2012) algunas las características de la migraña son muy parecidas a las de enfermedades psiquiátricas, por lo que se puede confundir uno con otro, debido a esto es importante conocer con realmente cuáles son todas las características de la persona que lo reporta. Incluso pueden presentarse dos enfermedades simultáneas como la epilepsia que de acuerdo a

Sancho (2008) de 1-7% de los migrañosos sufren epilepsia, y entre 8.4% y 23% de los que tienen epilepsia presentan migraña.

De acuerdo a la CIC-II, los criterios para diagnosticar migraña sin aura son los siguientes (Gestro, 2004; Clínica Mayo, 2004):

- A) Al menos 5 ataques que cumplan los criterios B-D
- B) La Cefalea debe durar entre 4 y 72 horas (Sin tratamiento o tratada de forma insuficiente)
- C) La cefalea debe tener al menos 2 de las siguientes características:
 - Localización unilateral
 - Calidad pulsátil
 - Intensidad moderada-severa
 - Agravarse por o ser provocado por actividad física rutinaria (Caminar, subir escaleras, etc.)
- D) Durante la cefalea, debe aparecer uno de los siguientes:
 - Náuseas y/o vómitos.
 - Fotofobia y fonofobia.
 - Los síntomas no pueden ser atribuidos a otra causa.

De acuerdo a la Clínica Mayo (2004) y a Dobler (2001) los criterios para diagnosticar migraña con aura son:

1. Por lo menos dos ataques de dolor de cabeza precedidos por aura.
2. El aura tiene por lo menos tres de las siguientes características:
 - Los síntomas desaparecen completamente entre los ataques.
 - Los síntomas se desarrollan gradualmente en cinco minutos o más.
 - Los síntomas duran menos de 60 minutos.
 - Un dolor de cabeza empieza en los siguientes 60 minutos de la desaparición del aura, y en el intervalo entre el aura y el dolor de cabeza

no se presentan síntomas. El dolor de cabeza puede empezar durante el aura.

3. Ninguna otra enfermedad puede considerarse como causa.
4. La cefalea suele durar entre 3 y 4 horas, en caso de prolongarse puede ser otro tipo de cefalea (mixta tensional y vascular).

Clasificación

A la migraña, como un tipo de dolor de cabeza se le clasifica dentro de las cefaleas primarias ya que no es un síntoma de una enfermedad subyacente (Dobler, 2001); es decir la migraña es la enfermedad en sí y el dolor de cabeza no es el resultado de alguna otra alteración (Gelabert, 2007).

De acuerdo con Rodríguez (1999), Aldrete (2000) y Ribes (2006) el *Headache Society Committee* de la *International Headache Society* clasificó tres tipos de cefaleas: Migrañosa, tensional y ocasionadas por sustancias o abstinencia. De acuerdo con esto la migraña se diferencia por su duración, de 3 a 72 horas, y su incapacidad para realizar actividades diarias.

Deza (2010) y Leyva y Corona (2011) mencionan que a partir del 2004 se publicó la segunda edición de Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-II), que se divide en 2, primarias y secundarias, en total se tienen 14 categorías de cefaleas. La Migraña se incluye en las primarias y se distinguen 6 tipos de migraña, 1) Migraña sin aura, 2) con aura, 3) retiniana, 4) complicaciones de la migraña, 5) migraña probable y 6) se incluye una categoría que se refiere a los síndromes periódicos de la infancia que son precursores de la migraña. Gestro (2014) da una clasificación más actual de la CIC-II y no incluye la “migraña probable”, por lo que es posible que se descartara o se incluyera dentro de otro tipo

Aun cuando se diagnóstica migraña a una persona, se debe establecer qué tipo de migraña presenta. Sin embargo no se tiene claro si las diversas características o tipos de migraña responden a trastornos diferentes de la misma enfermedad o si son expresiones distintas del mismo trastorno. De acuerdo a

Peterson (2000), Clínica Mayo (2004), Titus y Pozo (2009) y Mateos (2011) los tipos más frecuentes de migraña se denominan migraña con aura, y migraña sin aura y se describirán a continuación por ser los más frecuentes.

Migraña con aura o clásica

La palabra aura, significa viento en griego, y hace referencia a los síntomas que permiten predecir un ataque migrañoso, en un simil a como el viento predice una tormenta.

Alrededor del 30% de los migrañosos presentan una variedad de sensaciones que se anticipan el dolor de un ataque de migraña. Las características del aura pueden incluir, problemas del lenguaje como disfasia (Clínica Mayo, 2004), puntos ciegos o luces brillantes en el campo visual, una sensación de hormigueo o adormecimiento en la piel y debilidad muscular (Dobler, 2001).

El aura puede dejar de presentarse antes de un ataque migrañoso conforme envejecemos, aunque es más frecuente en adultos que en niños. De igual manera puede comenzar a aparecer aun cuando no hemos presentado ningún aura antes de los ataques migrañosos en nuestra vida (Clínica Mayo, 2004).

Los síntomas del aura pueden varían en intensidad de un ataque a otro. Se presenta aproximadamente 20 minutos antes del dolor de cabeza y dura de 10 a 25 minutos. En algunos casos, los síntomas del aura se presentan sin presentarse un dolor de cabeza posteriormente. El periodo entre el término del aura y el inicio del dolor de cabeza se denomina Intervalo libre, y aunque los síntomas del aura desaparecen las personas pueden sentirse lentas, mareadas, o ansiosas, así como tener dificultades para hablar o pensar claramente (Pascual, 2001; Clínica Mayo, 2004).

Migraña sin aura o común

La migraña sin aura es más frecuente que la migraña clásica, y generalmente no presenta síntomas premonitorios a los ataques migrañosos. (Peterson, 2000; Clínica Mayo, 2004). Los síntomas principales de la migraña común son el dolor de cabeza y las náuseas. Se pueden agregar diversos síntomas, trastornos y

cambios fisiológicos menores que no suelen ser percibidos, y pueden variar no sólo entre diversas personas, sino también en ataques sucesivos sufridos por el mismo individuo. Las personas que han padecido migraña común puede percibir “un sentimiento general de malestar” en términos físicos y emocionales (Sacks, 1992).

La migraña sin aura tiende a decrecer y hasta desaparecer con el avance de la edad, particularmente después de los 50 años. Este no ocurre en todos los casos. En pacientes hipertensos o en los abusadores de medicación analgésica, se puede seguir presentando la migraña. De acuerdo a las personas empiezan a presentar migraña entre los 10 y los 46 años de edad (Clínica Mayo; 2004).

En la migraña común el dolor de cabeza se presenta en diferentes regiones. No es posible localizar una región que sea exclusiva del dolor de cabeza. Incluso puede doler una parte de la cabeza y posteriormente abarcar toda, a veces presentar dolor en el lado derecho, a veces en el izquierdo y puede durar de ocho a veinticuatro horas, e incluso varias días; es poco frecuente que dure menos de tres horas. (Sacks, 1992). Dobler (2001) menciona que el dolor puede persiste durante varias horas y desaparece con el sueño, de igual manera puede presentarse diario durante una semana y desaparecer durante otro periodo.

De la misma manera el tipo de dolor es muy variable. El dolor caracterizado como un latido puede dar pie a un dolor continuo (Dobler, 2001). Es poco frecuente que se mantenga un dolor del tipo latido, en los casos en que se mantiene de esta forma, se ha asociado a que las personas ejercen una actividad física continúa a pesar de la migraña (Sacks, 1992).

Dobler (2001) menciona que en los episodios de migraña común, las personas sufren de náuseas. De hecho este síntoma es uno de los más comunes. Las náuseas provocan que las personas rechacen comer, ver u oler comida durante el ataque. Otras de las características que se pueden presentar es el aumento de la salivación, del flujo de contenidos gástricos e incluso vómito. Estas características se pueden presentar antes, o durante la sensación de náusea (Sacks, 1992; Figuerola, 2014).

Dobler (2001) y Clínica Mayo (2004) mencionan otros tipos de migraña que aunque no están reconocidos en el CIC-II dan características importantes sobre los síntomas que presentan:

Migrañas complicadas. En este tipo además de la cefalea se producen trastornos neurológicos, donde se incluyen ceguera prolongada por isquemia de la retina, oftalmoplejía, hemiparesia, hemianestesia y disfasias persistentes que incluso se prolongan más tiempo que la cefalea.

Migraña en racimos o accesos. Se le nombra también como neuralgia migrañosa periódica y ciliar, y cefalea de Horton. Este tipo es más común en varones, y se desarrolla súbitamente con dolor temporal, en la mayoría de los casos mientras la persona duerme.

Migraña de tipo basilar. Este es un tipo de migraña con aura que se distingue por su origen en el tallo cerebral. Su aura se presenta con alteraciones visuales, náuseas, sensaciones de hormigueo, problemas del lenguaje, entre otros. Este tipo de migraña es más frecuente en mujeres jóvenes y se piensa que los ataques están relacionados con la menstruación, el estrés o el uso de anticonceptivos orales.

Migraña confusional. Es otro tipo de migraña con aura que afecta los centros cerebrales de la conciencia en el cerebro. Las personas que sufren de este tipo de ataques se distraen fácilmente y tiene dificultad con el lenguaje y las habilidades motoras. Después de este estado de confusión general se puede presentar el dolor de cabeza, aunque el dolor no sea tan intenso como en otros tipos de migraña.

Migraña retiniana. Como su nombre lo indica su principal característica se encuentra en los ojos, pues su aura se caracteriza por generar alteraciones visuales y puntos ciegos que se originan en la retina. Frecuentemente se presenta en un sólo ojo y puede durar varios minutos.

Migraña hemipléjica. Este tipo de migraña no implica un aura necesariamente, aunque puede presentarse. Se denomina hemipléjica pues implica el inicio

gradual de síntomas parecidos a un ataque cerebral con parálisis. Otros síntomas que acompañan al ataque puede ser confusión, problemas del lenguaje, tinnitus y vértigo. El trastorno frecuentemente empieza en la infancia y los ataques pueden desaparecer en la vida adulta.

Acompañantes de la migraña en la edad avanzada. A diferencia del resto de los tipos de migraña, éste no incluye dolor de cabeza. Su principal característica es el aura en forma de alteraciones visuales que no preceden a ningún dolor. Generalmente este trastorno se desarrolla en adultos de edad avanzada que tienen historia de migraña, aunque pueden presentarla sin necesidad de haber padecido migraña en etapas anteriores. Además de las alteraciones visuales se pueden presentar otras dificultades sensoriales y motoras, así como hormigueo o adormecimiento. No se considera grave sin embargo se recomienda una evaluación médica para eliminar otro tipo de problemas graves.

Migraña oftalmopléjica. Revisiones actuales, como la de la CIC, ya no lo consideran un tipo de migraña, debido a que es un trastorno inflamatorio de los nervios, por lo que se le denomina cefalea secundaria. Sin embargo se debe tener presente por su valor histórico en el estudio de la migraña.

Estado migrañoso. Es una complicación de la migraña debido al aumento en su duración e intensidad. Puede durar más de 72 horas e incluso requerir hospitalización. Con esta descripción la Clínica Mayo (2004) hace referencia a lo que algunos autores denominan “Migraña crónica”.

La migraña crónica es un tipo específico de padecimiento que se tiene las mismas características que la migraña, pero que aumenta en duración y frecuencia. Carod-Artal, Irimia y Ezpeleta (2012) mencionan que como consecuencia de una complicación de la migraña se puede padecer migraña crónica (MC) que se define por la presencia de la cefalea durante 15 días o más en un mes durante al menos tres meses. Pascual et al. (2010) realizaron un estudio en España en el que se encontró que en promedio los neurólogos tenían un paciente con migraña crónica cada día, lo que da cuenta de la incidencia de las cefaleas.

Algunos neurólogos atribuyen las causas de la migraña crónica, es decir la complicación de un padecimiento ya de por sí inhabilitante, al abuso de la medicación (Carod-Artal, Irimia & Ezpeleta; 2012) y Kemper (2014) lo relaciona con la excesiva publicidad que se les da a los fármacos de este tipo.

Tratamientos

Dobler (2001) menciona que existen una gran variedad de analgésicos que se utilizan en las cefaleas y migrañas entre los que destaca: Acetaminofén, Ácido acetilsalicílico, Metamizol, Ergotamina con cafeína, Naproxeno, Imipramina, Propranolol. Además del tratamiento farmacológico, menciona que debe suspenderse el uso de anticonceptivos y la comida china por contener glutamato monosódico.

Leyva y Corona (2011) distinguen dos tipos de tratamientos, uno inmediato (abortivo) y otro preventivo (profiláctico). En los primeros mencionan fármacos como Paracetamol, Ergotamínicos, Triptanos, Esteroides, y Ansiolíticos; Los Ergotamínicos y Triptanos son más eficaces para la migraña. Ambos presentan contradicciones en embarazos, hipertensión arterial, insuficiencia renal y hepática, enfermedad cerebrovascular, vascular coronaria o periférica, y cardiopatía isquémica. Los fármacos de tratamiento profiláctico son antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos, B-bloqueadores, bloqueadores de canales de calcio y antiinflamatorios no esteroideos; cada uno de ellos con sus respectivas contradicciones. Al respecto Wilkinson y MacGregor (1999) mencionan que al 70% de las personas que usan fármacos para tratar la migraña no les funcionan y recurren a otros métodos.

Abou-assoli (2012) comenta que el 35% de los migrañosos requieren un cambio constante de su medicación, y el 25% necesitan tratamiento de tipo psicológico, pero que sólo el 5% lo obtiene.

Peterson (2000) y Dobler (2001) comentan que los pacientes con migraña pueden presentar edema cerebral e incluso pequeños infartos, por lo que también se debe prevenir estos ataques.

Deza (2010) y Abou-assoli (2012) hablan de la terapia profiláctica o preventiva de la migraña. El objetivo de esta terapia es disminuir la frecuencia de las crisis o cuando la intensidad de la cefalea y los otros síntomas de la crisis de migraña se tornan intolerables e incapacitantes para el paciente. No se especifica a qué se refiere cuando se habla de “crisis muy frecuentes”; sin embargo el autor refiere que un buen criterio es calificar como tal, cuando el paciente refiere 2 o más episodios al mes, en los últimos 3 meses. En cierto modo esta terapia se dirige a evitar los factores desencadenantes de las crisis. A esta estrategia preventiva sin medicamentos se suman las comprobadas útiles técnicas de relajación corporal. Estos y otros modos de proceder, no médicos y más cercanos a la disciplina psicológica se describirán en el siguiente capítulo dedicado a las intervenciones psicológicas en personas con migraña.

CAPÍTULO 3. PROPUESTAS COGNITIVO- CONDUCTUALES PARA CASOS DE MIGRAÑA

Psicología para la migraña

Se han llevado a cabo diversas intervenciones desde la psicología con el fin de atender las problemáticas causadas por la migraña en las personas. En particular se ha destacado la importancia que tiene la modificación conductual, ya que las personas con dolor grave, llevan a cabo comportamientos que se relacionan con el padecimiento, y pueden afectar su vida cotidiana. Por ejemplo, de la Fuente (1999), Compas y Gotlip (2003) y Parada y Martínez (2013) comentan que el dolor suele transformarse en conductas operantes, es decir, la conducta del dolor producido por la cefalea puede ser reforzada. Las autoras señalan que este tipo de conducta puede ser reforzada con descanso, atenciones excesivas o bajas laborales, o cuando el padecimiento permite al sujeto librarse de cosas o situaciones desagradables. Kazdin (1996) también menciona que el dolor puede ser abordado desde la psicología conductual, sin embargo no especifica el modo de abordaje.

En esta línea Comache (2013) comenta que aunque los orígenes de la migraña, y del dolor en particular, suelen ser biológicos, y por lo tanto difíciles de modificar, existen otros como los acontecimientos estresantes o las alteraciones emocionales, que son susceptibles de intervención cognitivo-conductual

Navarro (2006) comenta que en la migraña se han encontrado correlaciones con la calidad de vida, el trabajo, el estrés o componentes de tipo psicosocial. Además destaca que los pacientes con migraña pueden tener asociadas otras alteraciones como trastornos de sueño, estrés, ansiedad, depresión entre otros y es importante analizar la comorbilidad para ofrecer un diagnóstico y tratamientos más oportunos, lo que hace importante la participación de los psicólogos como parte del tratamiento de las personas con migraña.

Además de las explicaciones neurológicas, hormonales, existen factores psicosociales relacionados a la migraña y que han sido ampliamente asociados

con el dolor de cabeza; estos incluyen estilos de vida, afectividad negativa, ansiedad o depresión (Navarro; 2006). Algunos de estos problemas también los menciona Del Monaco (2013). Este autor explica las personas con migraña no tienen certidumbre sobre qué ocasiona su dolor, ni cómo lo pueden controlar, o incluso cuánto podría durar la siguiente crisis migrañosa, aunado a esto, es común que los médicos responsabilicen a las personas por sus dolores sin darles mayores indicaciones que las usuales.

En otro artículo Del Monaco (2014) explica que las crisis migrañosas pueden ser desencadenadas por problemas cotidianos como discusiones familiares, por lo que un tratamiento médico no podría evitar tales crisis. Destaca además que debido a su condición, los migrañosos suelen tener afectaciones en sus vínculos sociales.

Navarro (2006) destaca que las conductas de dolor son abiertas y pueden observarse y registrarse, por lo que se pueden realizar intervenciones conductuales para ayudar a los pacientes a distinguir los signos válidos de inicio del dolor de cabeza por ansiedad o miedo y pueden enseñarles técnicas alternativas para manejar la ansiedad

Las técnicas que pueden usarse para el tratamiento del dolor por parte de los psicólogos, son muy variadas. Moix y Casado (2011) realizaron una revisión en la que destaca que en su mayoría se usa relajación, hipnosis, biofeedback, técnicas operantes, terapia de aceptación y compromiso y mindfulness; esto en intervenciones cognitivo conductuales.

En cuanto a las intervenciones psicológicas los autores nos brindan un marco de acción, Navarro (2006) menciona que *“el objetivo principal de la terapia cognitiva del dolor crónico de migraña, es la comprensión y modificación de las conductas del dolor.”* (p.11).

Mientras que Comache (2013) plantea como objetivo de la intervención una disminución de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de migraña,

esto mediante el entrenamiento en estrategias que permitan al usuario enfrentarse a situaciones que desencadenen episodios de dolor.

Navarro (2006) explica los dos métodos de observación de las conductas del dolor que se pueden usar durante las intervenciones, la autoobservación y la observación directa. En la autoobservación, como su nombre lo indica, los usuarios son los encargados de registrar sus conductas de dolor. Tiene beneficios prácticos y poco costosos. Sin embargo requiere entrenamiento y monitoreo continuo para asegurar la calidad de los datos. Para la observación directa, se puede dar mediante el muestro estándar de conducta, o por observación naturalista. En el muestreo estándar de conducta se realizan registros ante varias actividades o situaciones y se correlaciona con el dolor. La observación naturalista consiste en se reproducir situaciones artificiales de la vida diaria que pueden ocasionar el dolor y observar cómo se comporta la persona. En éste tipo de registro se aprovecha dar a la persona estrategias conductuales para controlarlo.

De acuerdo con Rodríguez (1999), Navarro (2006) las intervenciones conductuales han sido empleadas durante los últimos años para tratar el dolor de cabeza. Estos tratamientos se enfocan en prevenir los episodios de dolor de cabeza, aunque puedan influenciar sobre la frecuencia y la severidad de jaquecas y migrañas. Con estas técnicas se obtienen otros beneficios como un mayor control sobre sus emociones y sueño menos perturbador, además de no tener efectos negativos.

Nieves (1996) comenta que los tratamientos tradicionales emplean *Biofeedback* con o sin relajación autógena. Sin embargo, autores como Meichenbaum (1988), Caudill (1998), Rodríguez (1999), de la Fuente (1999), McLaughlin (1999) Wilkinson y MacGregor (1999), Peterson (2000), Compas y Gotlip (2003) Navarro (2006) y Parada y Martínez (2013), agregan control de estrés, condicionamiento, Terapia Racional Emotivo-Conductual, hipnosis, relajación progresiva de Jacobson y meditación guiada como las principales técnicas.

De manera general se puede decir que una intervención abarcaría tres categorías: relajación muscular, *Biofeedback* y terapia cognitivo-conductual para modificación de ideas

Rodríguez (1999) explica que la terapia cognitivo-conductual se centra en los componentes afectivos y cognoscitivos del desorden de dolor de cabeza, en contraste con las respuestas fisiológicas. A su vez destaca que los tratamientos de conducta pueden ser eficaces sin son usados como una alternativa o junto con los medicamentos. Los objetivos de estas intervenciones son:

- Identificar circunstancias estresantes que precipiten o agraven dolores de cabeza.
- Emplear estrategias más efectivas para los estresores.
- Afrontar más efectivamente el dolor y el *distrés* asociados con los episodios de dolor de cabeza.
- Disminuir las consecuencias psicológicas negativas de los dolores de cabeza recurrentes (Depresión, discapacidad).

Los objetivos coinciden con las intervenciones médicas, ya que para Santos (2009) como neuróloga, los objetivos de las intervenciones son:

- Reducir la frecuencia, severidad y duración de la crisis.
- Disminuir la incapacidad y mejorar la calidad de vida
- Educar al paciente.

Es importante destacar que aunque se persiguen los mismos objetivos, las maneras de intervenir deben ser distintas, respectivas a cada disciplina comprendiendo los alcances de cada profesional. Incluso, el objetivo educativo, quedaría relegado en la posición del psicólogo, ya que tendría que acudir a un médico para que éste le brinde la información sobre la migraña y el psicólogo pueda darla al usuario.

El principal objetivo de las intervenciones cognitivo-conductuales es el desarrollo de las habilidades necesarias para la mejora del usuario en escenarios reales, es decir fuera del contexto clínico.

La aplicación de estas habilidades fuera del contexto clínico Rodríguez (1999) las refiere como otro tipo de intervención, denominándola Tratamiento de Contacto Mínimo. Sin embargo no ahonda en su explicación, ni en cómo podría llevarse a cabo.

Nieves (1996) menciona que los tratamientos conductuales han sido tratamientos periféricos sustitutos de los fármacos. Sin embargo Rodríguez (1999) comenta que la eficacia de los tratamientos no farmacológicos, como la relajación y el *Biofeedback*, no superan la mejoría alcanzada por los tratamientos farmacológicos cuando se usa propanolol.

De lo anterior se puede decir, que la aportación de intervenciones de este tipo, no yace en sustituir el trabajo del médico, si no de complementar en mira de ayudar al usuario durante y posterior al proceso terapéutico de una manera transdisciplinar. En apoyo a esto Parada y Martínez (2013) mencionan que *“se ha observado que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, tienen mejor respuesta.”*

La justificación de las intervenciones psicológicas en este rubro como complemento del tratamiento médico se basa en que la evidencia científica ha señalado que cuando se complementa la terapia farmacológica con técnicas cognitivas-conductuales y técnicas de relajación, se disminuye la frecuencia de las cefaleas, así como la intensidad de las mismas, permitiendo mejores estrategias de afrontamiento y manejo de esta enfermedad (Compas & Gotlip, 2003; Grazzi, Andrasik, Usai, D´amico, & Bussone, 2004).

Rodríguez (1999) destaca las mejoras alcanzadas en el tratamiento de la migraña usando la relajación y la *Biofeedback* combinados, en contraste a un solo entrenamiento o incluso a las intervenciones cognitivo-conductuales que usan otro tipo de técnicas. Sin embargo menciona que las mejoras alcanzadas por las intervenciones conductuales se suelen mantener a los 12 meses del tratamiento.

Las intervenciones cognitivo-conductuales son usadas debido a que la forma en la los individuos afrontan el estrés de cada día y los episodios de dolor de cabeza, pueden agravar o mantener las cefaleas e incrementar la discapacidad y el *distrés* (Rodríguez, 1999; Compas & Gotlip, 2003).

Nieves (1996) destaca que la terapia conductual, sea en grupo o individual, con técnicas de información educacional, relajación, *Biofeedback*, y reestructuración cognitiva, disminuyó las cefaleas.

Uno de los limitantes de las intervenciones cognitivo conductuales, es la habilidad terapéutica para aplicar las técnicas y desarrollar las habilidades en el usuario. Esta limitante se podría contrarrestar guiándose de los reportes de intervenciones ya realizadas y de manuales de técnicas estandarizadas. Sin embargo, en la revisión de Moix y Casado (2011) destacan que es muy poca la literatura que se encuentra como manual para una intervención dedicada al dolor. Se tienen libros como los de Caudill (1998), McLaughlin (1999), Doy (S/F) y Goicoechea (2009) que dan sugerencias, consejos e indicaciones generales para aliviar el dolor, y en particular la migraña, pero ninguno de ellos tiene indicaciones específicas de técnicas psicológicas e instrucciones de cómo llevarlo a cabo adecuadamente, y sin estas características los libros que pretendar brindar ayuda no logran su cometido, como lo ha especificado Kazdin (1996).

En la búsqueda de información respecto a esto encontramos manuales como el de Caballo (1998) y Labrador, Muñoz y Cruzado (2004) que aunque no se dedican al tratamiento del dolor, incluyen capítulos que pueden ser muy útiles, además de algunas intervenciones reportadas. En todo caso es importante mencionar que dado el alcance de la problemática, las intervenciones reportadas como evidencia empírica es muy poca.

Entre los trabajos empíricos reportados podemos encontrar algunos como los de Toxqui (2006) y Zanjuampa (2007), sin embargo el primero tiene una perspectiva teórica diferente a la expuesta aquí, por lo que sus aportaciones no ayudan a los objetivos aquí presentados, y el segundo aunque más afín teóricamente se

dedica a exponer la relación entre el estrés laboral y la migraña, y hacer consideración sobre el modo de intervenir, no a llevarlo a cabo propiamente.

Intervenciones reportadas

Rossel y Rivero (1989) realizaron un estudio con el objetivo de construir un instrumento y validarlo para la medición del dolor, con este fin realizaron una intervención en personas con migraña para observar los cambios. Realizaron un entrenamiento en grupo de relajación y pudieron registrar la disminución de frecuencia del dolor de cabeza.

Comache (2013) realizó una intervención con una mujer de 41 años con migraña. La intervención tuvo énfasis en analizar las relaciones funcionales de las situaciones, sobre todo las de interacción social, donde se presentaba el dolor de la paciente. Se le dio un entrenamiento en estrategias de afrontamiento para estas situaciones, que permitió prevenir la aparición de crisis de migraña. A su vez se le enseñó la técnica de relajación de Jacobson, y se modificaron algunas contingencias reforzantes, y cogniciones negativas que de acuerdo con la autora podrían afectar a los dolores. La intervención tuvo una duración de 16 sesiones. Como resultado de esto la usuaria tuvo una disminución en la intensidad de los dolores, y en la frecuencia de 71% con lo que se considera altamente efectiva.

En la nota de Madrid (2013) se reporta un estudio del Hospital de Cincinnati en el que participaron 135 jóvenes de entre 10 y 17 años con migraña. La atención que recibieron fue educación sobre los dolores de cabeza, intervenciones cognitivo conductuales, y atención médica. De los 124 pacientes que concluyeron el año de tratamiento cognitivo conductual, el 89% de reportaron 50% o más de disminución en sus dolores. Los autores del estudio hacen énfasis en recomendar la terapia cognitivo-conductual junto con tratamiento médico para que resulte con mayor eficacia.

Parada y Martínez (2013) llevaron a cabo dos intervenciones cognitivo conductuales en personas con migraña. En donde se pudo observar una disminución del nivel de ansiedad, efectos del dolor de cabeza y el nivel de

afrontamiento al dolor tras la aplicación del programa. Las técnicas que se usaron en estas intervenciones fueron relajación autógena y entrenamiento en solución de problemas.

Técnicas para intervenir

A partir de las intervenciones reportadas, y las propuestas que se han hecho para disminuir la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza, se pasará a describir de manera general las técnicas que más se han usado con el fin de presentar un modo de proceder tentativo para la intervención cognitivo conductual en un caso de migraña.

Relajación

Navarro (2006) y Brannon y Feist (2007) comentan que usualmente se llevan a cabo técnicas de relajación en las intervenciones para ayudar a las personas con migraña y jaquecas recurrentes, ya que se ha comprobado que la relajación ayuda controlar el dolor relacionado con respuestas fisiológicas.

La relajación es probablemente la técnica más utilizada en las intervenciones psicológicas; el entrenamiento en relajación es un proceso de aprendizaje gradual en reducción de la activación para así afrontar de una manera eficaz diversas situaciones. esta reducción de la activación del organismo produce amplios y reconocidos beneficios sobre la salud y el equilibrio mental, muchos de ellos mediados a través del equilibrio del Sistema Nervioso (SN) y su control sobre los sistemas automáticos y hormonales del cuerpo (Straub, 2002; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Este control del SN permitiría aminorar las crisis migrañosas, ya que éstas se producen por una alteración del SN (S/A; 2012).

Los diferentes tipos relajación son usados y enseñados de acuerdo con las características del usuario al que se esté enseñando. Según Rodríguez (1999) este tipo de entrenamiento requiere de 6 a 12 sesiones. Las sesiones pueden ser semanales, o 2 por semana. Las sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos. Puede ser administrada de forma grupal o individual. Cuando se realiza de forma grupal, los usuarios pueden beneficiarse al compartir

experiencias y recibir apoyo y ayuda de otros pacientes. Una limitante de este tipo de administración es que el terapeuta requiere de mayores habilidades, además de requerir sesiones más prolongadas.

De acuerdo con el mismo autor las más técnicas de relajación usadas son para las intervenciones con migrañas son:

Relajación progresiva

Esta técnica fue desarrollada por Edmund Jacobson. Rodríguez (1999) nos explica que este tipo de relajación implica tensar y relajar secuencialmente los principales grupos musculares del cuerpo, mientras se atiende a los sentimientos asociados con la tensión y la relajación. Los pacientes aprenden a reconocer las sensaciones de tensión muscular y a liberar la tensión intencionalmente en músculos específicos.

Nieves y Vila (1991) explican el procedimiento para conseguir la relajación mediante este método; consiste en tres pasos fundamentales:

1. La persona se debe concentrar en un grupo muscular en concreto
2. Posteriormente se realiza una contracción vigorosa pero sin hacer ningún daño. Se mantiene la contracción muscular por un periodo de 20 a 30 segundos. Durante este periodo la persona debe sentir como sus, sus tejidos tienen tensión.
3. Pasado este tiempo la persona deja de contraer la musculatura, y se le pide que se concentre en el estado que se encuentran ahora sus tejidos. al igual que el paso anterior la persona debe concentrarse en la sensación e interiorizarla.

Como se mencionó, la ejecución consiste en tensar y destensar los grupos musculares. El entrenamiento se da por cada grupo muscular y el orden usual en el que se aplican es el siguiente:

- Mano y antebrazo dominantes.
- Brazo dominante mano y antebrazo no dominantes.

- Brazo no dominante.
- Frente.
- Ojos y nariz.
- Boca.
- Cuello y garganta.
- Pecho hombros y parte superior de la espalda.
- Región abdominal o estomacal.
- Muslo dominante.
- Pantorrilla dominante.
- Pie dominante.
- Muslo no dominante.
- Pie no dominante.

La relajación progresiva funciona mejor para prevenir la cefalea, que cuando ya se presenta el dolor. Se sugiere a los usuarios, usar esta técnica en cuanto se sientan tensos o inicie el dolor de cabeza. Algunos pacientes pueden reportar beneficios después de 2 o 3 sesiones, mientras que otros pueden alcanzar los beneficios a los 2 o 3 meses del tratamiento (Rodríguez; 1999).

El mismo autor menciona que para mayores efectos se recomienda a la persona practicar los ejercicios en casa de 1 a 2 veces por día durante todo el entrenamiento, en un tiempo y lugar que no haya interrupciones y que sea cómodo, con poca luz ni ruidos distractores.

Rodríguez (1999) menciona algunos problemas que el usuario puede reportar durante el entrenamiento en relajación. Los problemas pueden ser que el usuario realice autoafirmaciones negativas, que esté preocupado por su rendimiento, así como que se duerma durante la relajación, perder la concentración por otros pensamientos y sentimientos, o divagar. El usuario también puede reportar no mantener los efectos de la relajación después del ejercicio o no diferenciar entre tensión y relajación. Estos son algunas de las dificultades que pueden presentarse durante el entrenamiento en relajación por lo que el terapeuta debe estar preparado para notarlas y dar la solución al usuario.

Relajación autógena

Ruiz et al. (2012) explican que la relajación autógena fue desarrollada por Johannes Heinrich en 1931. Su método se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Éste procedimiento actúa a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática y tiene mayores efectos que otras técnicas de relajación en trastornos como la hipertensión o las migrañas.

El entrenamiento autógeno presenta puede ser más o menos efectivo en función de las características de cada paciente como el grado de motivación y la capacidad de autosugestión de cada sujeto (Ruiz et al; 2012). Es por esto que autores como Navarro (2006) y Parada y Martínez (2013) hacen hincapié en sugerir diversas técnicas dependiendo de la persona a la que se atienda.

Procedimiento de la relajación autógena

Según Ruiz et al. (2012) se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos grados cíclicos: grado inferior y grado superior. El grado inferior se compone de siete ejercicios que mediante la sugestión provocan sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardiaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente, cada una tiene indicaciones diferentes; por ejemplo en el ejercicio para brazos y piernas en que se provoca la sensación de peso en las extremidades, se suele emplear la frase: “mis brazos y mis piernas están muy pesados”

En el grado superior se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o al menos mitigarlos. Algunos ejercicios que suelen emplearse son los siguientes:

- Experiencia con colores.
- Imaginar objetos concretos.
- Dar forma a valores abstractos.

- Imaginar que se va por el fondo del mar.
- Imaginar que se sube a la cima de una montaña.

Es importante mencionar que para realizar los ejercicios del grado superior es indispensable dominar los del grados inferior (Ruiz et al. 2012).

Smith (2001) coincide con lo ya menciona, pero difiere en el método de aplicación. El procedimiento que plantea para enseñar la relajación autógena consiste en cinco fases:

Fase 1: Explicación y razonamiento. Aquí se presentan la técnica y los objetivos que se pretenden lograr con la técnica. Se explica que la evocación de imágenes mentales de ciertas sensaciones pueden ayudarnos a experimentarlas y esto es lo que se buscará durante el ejercicio.

Fase 2: Demostración. Se da un ejercicio pequeño de muestra a los usuarios para que puedan experimentar las sensaciones sugeridas en alguna parte de su cuerpo.

Fase 3: Ensayo general. En esta fase es cuando se lleva a cabo el entrenamiento en sí mismo. Se constituye de seis semanas en las que cada semana se dedica a relajar y sugerir sensaciones a una parte del cuerpo. El orden que da el autor es:

- Primera semana: Brazos y piernas pesados.
- Segunda semana: Brazos y piernas calientes.
- Tercera semana: Pulso cardíaco tranquilo.
- Cuarta semana: Respiración tranquila y sin esfuerzo
- Quinta semana: Pecho cálido
- Sexta semana: Cabeza fría

Fase 4 y 5: comprobación y modificación. Aquí explica el autor que se deben hacer adecuaciones de la técnica para que cada usuario la pueda llevar a cabo de la mejor manera. Sugiere que se incluyan ejercicios de respiración, imágenes

mentales, e incluir algunos ejercicios de otras técnicas como la relajación progresiva.

Relajación pasiva

Nieves y Vila (1991) mencionan esta técnica de relajación muscular. Se diferencia de la relajación progresiva de Jacobson debido a que en la relajación pasiva no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajar los grupos musculares.

Los mismos autores señalan que la relajación pasiva tiene algunas ventajas sobre la progresiva y puede ser muy útil en los siguientes casos:

1. Con personas que encuentran muy difícil relajarse después de haber tensado los músculos.
2. Con personas que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales.
3. Como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. En estos casos se graba una cinta con la que el usuario practica diariamente.

Las instrucciones pueden ser dadas en persona o grabadas, intercalándose con frases de relajación pasiva y frases propias de relajación autógena. El ejercicio dura 20 minutos aproximadamente, durante los cuales la voz del terapeuta sólo se interrumpe durante breves pausas (2 o 3 segundos). El tipo de voz suele ser más lento y pausado que el utilizado en la relajación progresiva, aunque sin llegar a adquirir tonos hipnóticos (Nieves y Vila; 1991).

Los mismos autores señalan que cuando el terapeuta guía la técnica con la voz en un tono adecuado, puede producir estados de relajación más profundos en una primera sesión. Sin embargo, también produce más dependencia a la voz del terapeuta, por lo que se recomienda que si se utiliza, se haga énfasis en que el paciente interiorice las instrucciones lo antes posible, de forma que la cinta dada para casa vaya siendo progresivamente retirada.

Técnica de Respuesta de relajación

La respuesta de relajación no es en sí misma una técnica, sino un procedimiento mediante el cual se condiciona el estado de la relajación logrado por una técnica, a una palabra o sonido, con el fin de que las personas puedan beneficiarse de las técnicas más fácilmente en diferentes situaciones.

De acuerdo con Nieves y Silva (1991) la respuesta de relajación fue propuesta por Herbet Benson, y es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación. En esta técnica se utiliza un “mantra” o palabra especial que se susurra a la persona para producir estados de meditación profunda. Las palabras que se utilizan no tienen ningún significado especial, pues según Benson cualquier palabra puede causar los mismos cambios fisiológicos. Estos cambios son: decrementos en el consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos en la tasa respiratoria.

Entrenamiento en Biofeedback

Rodríguez (1999) y Gatchel (2001) explican que los sistemas de retroalimentación biológica le permiten al usuario observar respuestas fisiológicas normalmente imperceptibles. Generalmente se entrena al usuario para detectar una función fisiológica particular, latidos, sudor, respiración, entre otras, y se desarrolla la habilidad para auto-regular dicha función.

Estas mediciones le permitirían a las personas conocer el correlato fisiológico que se presenta cuando puede tener un dolor de cabeza, o en el caso de la relajación, qué pasa en su cuerpo al momento de relajarse, lo que hace más tangible para las personas los resultados de las técnicas (Amigo, 2012). Lo que facilitaría que las personas desarrollen adherencia terapéutica que es una de las problemáticas que menciona Del Monaco (2013).

De acuerdo con Rodríguez (1999) en el tratamiento del dolor de cabeza, el *Biofeedback* puede dar buenos resultados, y en particular en el caso de la migraña generalmente se usa la retroalimentación térmica para conocer la temperatura de la piel.

A partir de la información recabada, tanto teórica como empírica, podemos decir que se han realizado, aunque pocas, intervenciones psicológicas para reducir la frecuencia e intensidad de la migraña y que éstas han sido sumamente efectivas, en los casos reportados.

Se encontró que coinciden las propuestas teóricas y las intervenciones, en emplear técnicas de relajación, modificación de comportamientos, y reestructuración cognitiva. Aunque difieren en el modo de empleo de cada una, principalmente sobre qué técnica de relajación, tienen los mismos objetivos.

Con lo presentado hasta ahora, se puede diseñar una propuesta de intervención cognitivo-conductual para un caso de migraña.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Se realizaron dos tipos de evaluación, la diferencial con el fin de incluir o excluir a las personas que puedan incluirse en la intervención, y la evaluación conductual con el propósito de identificar las variables y factores psicológicos que se relacionan de manera directa o indirecta a la migraña.

Evaluación diferencial

Los objetivos de esta evaluación fueron:

- Establecer que la cefalea sea el problema principal.
- Determinar si la cefalea tiene un origen orgánico.
- Descartar cefaleas psicógenas, de tipo hipocondriaco o de conversión

Evaluación conductual

Los objetivos de la evaluación conductual fueron:

- Análisis topográfico de la cefalea. Se requiere la descripción cuantitativa de la frecuencia, duración e intensidad de los dolores.
- Evaluar la respuesta del dolor en dimensiones psicofisiológico-bioquímicos, motivacional-afectivos, cognitivo-evaluativos y conductuales verbal-motóricos.
- Identificación y evaluación de variables antecedentes, externas e internas, y consecuentes a la cefalea.
- Realizar el análisis funcional.
- Establecer los objetivos terapéuticos abarcando dos líneas. Cambiar situaciones internas o externas que aumentan la probabilidad de las cefaleas, y adquisición de habilidades cognitivo-conductuales de enfrentamiento ante la situación de dolor.
- Elegir las técnicas adecuadas para el usuario en función de los objetivos planteados.

Técnicas de evaluación

Historia clínica tomada de Reynoso (2004) que permite indagar sobre las características generales de la persona, y factores que podrían facilitar o dificultar el desarrollo de la intervención como otras enfermedades presentes (Ver anexo 1). De igual manera se realizó una guía de entrevista con el fin de dirigir las preguntas que pudieran aportar mayor información durante la evaluación (Ver anexo 2).

Nieves (1996) recomienda que los usuarios realicen autoinformes y autoobservaciones que permiten conocer cómo son los cambios de los usuarios. Estos registros se usaron para conocer cuál era el avance de la usuaria en la técnica de relajación.

Técnicas para intervención

Se usaron 3 técnicas de acuerdo con la literatura revisada. Técnicas de respiración, relajación autógena y entrenamiento en Biofeedback (Nieves, 1996; Rodríguez, 1999; Smith, 2001; Comache, 2013; Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012; Parada & Martínez, 2013).

Se enseñó la técnica de respiración en una sesión de acuerdo a las instrucciones de Smith (2001) y Caballo (1998). La técnica de relajación autógena se enseñará en 6 sesiones (Smith, 2001). A continuación se describe la ruta crítica con los objetivos, técnicas y actividades por cada sesión de las nueve sesiones de intervención que se tuvieron, no se incluyen las sesiones de entrevista, cierre y seguimiento.

Ruta crítica

Tabla 3. Desarrollo de sesiones.	
Sesión 1	
Objetivo: Que la usuaria aprendiera a las técnicas de respiración activa, diafragmática y pasiva para lograr la relajación.	Duración: 45-60 minutos

Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
Presentar a la usuaria la técnica de relajación que se llevará a cabo en la intervención, destacando los beneficios en relación al control del dolor y a su evitación.	Tomar notas, hacer preguntas, atender instrucciones del terapeuta.	5-10 min.	Que la usuaria enunciara los beneficios que se obtienen de la relajación.
Dar las instrucciones al usuario de la técnica de respiración activa y pedir que la lleve a cabo	Realizar la técnica de respiración activa.	10 min.	Que la usuaria tenga una respiración lenta, suave y pasiva.
El terapeuta dio las instrucciones de la respiración diafragmática y pedirá al usuario que la lleve a cabo.	Realizar la técnica de respiración diafragmática.	10 min.	Que la usuaria tenga una respiración profunda, lenta y suave.
El terapeuta dio las instrucciones de la respiración pasiva y pedirá al usuario que la lleve a cabo.	Realizar la técnica de respiración pasiva.	10 min.	Que la usuaria tuviera una respiración profunda, lenta y suave.
Seleccionar con el usuario la técnica de respiración que sea más adecuada y fácil para el usuario para que la practique en casa y comprobar su aprendizaje y modificar algunas	Seleccionar la técnica más adecuada y practicar para identificar posibles errores en la práctica en casa.	10 min.	Que la usuaria seleccione una técnica de respiración y la realice 3 veces frente al terapeuta.

conductas de ser necesario.			
Pedir al usuario que realice los ejercicios 3 veces en el día durante una semana y lo registre; explicar el uso del autorregistro.	Tomar notas, preguntar dudas.	5 min.	Que el usuario realice el autorregistro durante una semana.
Sesión 2			
Objetivo: Que la usuaria aprenda los ejercicios de relajación autógena para aumentar el flujo sanguíneo en los brazos y piernas y lo integre al ejercicio anterior.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta dio las instrucciones para el tercer ejercicio y supervisará su realización.	La usuaria llevo a cabo los ejercicios de la sesión anterior y los integrara a las indicaciones de éste ejercicio.	10 min.	Que la usuaria reportara sensaciones de pesadez y calor en brazos y piernas.
El terapeuta pidió a la usuaria que realizara cinco series de ejercicios y supervisará su realización.	La usuaria realizara cinco series de ejercicios supervisado por el terapeuta con pausas de 2 minutos entre cada uno.	25 min.	Que la usuaria reportara las mismas sensaciones que en los ejercicios anteriores integrando las instrucciones de éste.
El terapeuta dio las instrucciones para retirar el estado de relajación con la maniobra de retirada.	La usuaria llevo a cabo la maniobra de retirada para retirar el estado de relajación en el que se encuentra.	10 min.	Que la usuaria reportara que se sienta despierto.

El terapeuta pidió a la usuaria que realice 3 series de 3 ejercicios al día, y que los registre.	Tomar notas, verificar autorregistro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realice el autorregistro durante una semana.
Sesión 3			
Objetivo: Que la usuaria aprenda el ejercicio dedicado al plexo solar para integrarlo a los ejercicios anteriores.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta enseñó a la usuaria los ejercicios de relajación dedicados al plexo solar y pedirá al usuario que lo integre a los ejercicios anteriores.	La usuaria llevo a cabo los ejercicios anteriores e integrará el ejercicio dedicado al plexo solar.	10 min.	Que la usuaria reportara las sensaciones derivadas de los ejercicios anteriores y de la integración de este.
El terapeuta pidió y supervisará al usuario para que realice 3 series de los ejercicios con una pausa de dos minutos entre cada uno.	La usuaria llevo a cabo la integración de los ejercicios de relajación autógena.	25 - 30 min.	Que la usuaria los ejercicios y reportara las sensaciones acordes a los ejercicios.
El terapeuta dio las instrucciones para retirar el estado de relajación con la maniobra de retirada.	La usuaria llevo a cabo la maniobra de retirada para retirar el estado de relajación en el que se encuentra.	10 min.	Que la usuaria no presentara aturdimiento tras los ejercicios de relajación.
El terapeuta pedirá al usuario que realice la integración de los ejercicios en casa en 3 series de 3 y los registre.	Tomar notas, verificar el autorregistro, preguntar dudas.	5 min.	Que el usuario realice el autorregistro durante una semana.

El terapeuta pedio al usuario que practique en casa la integración de los ejercicios en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar autorregistro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realizara el autorregistro durante una semana.
Sesión 4			
Objetivo: Que la usuaria aprendiera el ejercicio dedicado a la frente para que lo integre a los ejercicios anteriores.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta enseñó el ejercicio de relajación dedicado a la frente e indicará al usuario que lo integre a los ejercicios anteriores.	La usuaria llevo a cabo los ejercicios anteriores e integrará el ejercicio de respiración que se le enseñó.	10 min.	Que la usuaria tuviera una respiración suave y lenta además de las sensaciones resultantes de los ejercicios anteriores.
El terapeuta pedio y supervisará al usuario para que realice 3 series de los ejercicios con una pausa de dos minutos entre cada uno.	La usuaria llevo a cabo la integración de los ejercicios de relajación autógena con ejercicios de respiración e imágenes mentales.	25 - 30 min.	Que la usuaria realizara adecuadamente los ejercicios y reporté las sensaciones acordes a los ejercicios.
El terapeuta dio las instrucciones para retirar el estado de relajación con la maniobra de retirada.	La usuaria llevo a cabo la maniobra de retirada para retirar el estado de relajación en el que se encuentra.	10 min.	Que la usuaria no presentara aturdimiento tras los ejercicios de relajación.
El terapeuta pidió a la usuaria que practique en casa la integración de los	Tomar notas, verificar autorregistro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realizara el autorregistro durante una semana con las

ejercicios en 3 series de 3 al día y los registre.			indicaciones del terapeuta.
Sesión 5			
Objetivo: Que la usuaria asociara un estado de relajación con una imagen mental o frase para realizar condicionamiento clásico con el estado de relajación.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta pidió al usuaria que elija una imagen mental que favorezca su estado de relajación para asociarlo a los ejercicios.	La usuaria eligió una imagen mental para asociarla a los ejercicios.	10 min.	Que la usuaria seleccionara una imagen mental para asociarla a los ejercicios.
El terapeuta guió 3 series de ejercicios de relajación dando indicaciones de sensaciones e imágenes mentales.	La usuaria llevo a cabo las series los ejercicios de relajación autógena y los asociará a una imagen mental.	30 min.	Que la usuaria reportara estados de relajación y sensaciones acordes al ejercicio.
El terapeuta dio las instrucciones para retirar el estado de relajación con la maniobra de retirada.	La usuaria llevo a cabo la maniobra de retirada para retirar el estado de relajación en el que se encuentra.	10 min.	Que la usuaria reportara que se siente despierto y activo.
El terapeuta pidió la usuaria que practique en casa la asociación de los ejercicios con la imagen mental en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar registro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realizara el autorregistro durante una semana con las indicaciones del terapeuta.

Sesión 6				
Objetivo: Que el usuario asociara un estado de relajación con una imagen mental o frase para realizar condicionamiento clásico con el estado de relajación.			Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio	
El terapeuta guío 3 series de ejercicios de relajación dando indicaciones de sensaciones e imágenes mentales.	El usuario llevo a cabo las series los ejercicios de relajación autógena y los asociará a una imagen mental.	30 min.	Que la usuaria reportara estados de relajación y sensaciones acordes al ejercicio.	
El terapeuta dio las instrucciones para retirar el estado de relajación con la maniobra de retirada.	El usuario llevo a cabo la maniobra de retirada para retirar el estado de relajación en el que se encuentra.	10 min.	Que la usuaria no presentara aturdimiento tras los ejercicios de relajación.	
El terapeuta pidió a la usuaria que practique en casa la asociación de los ejercicios con la imagen mental en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar registro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realizara el autorregistro durante una semana con las indicaciones del terapeuta.	
Sesión 7				
Objetivo: Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de una situación estresante usando la relajación.			Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio	
El terapeuta pidió a la usuaria que elija diversas situaciones que le puedan desencadenar estrés.	La usuaria eligió posibles escenarios que le permitan contrarrestar las	10 min.	Que la usuaria decidiera cuáles escenarios son más estresantes para ella.	

	respuestas fisiológicas con la relajación.		
El terapeuta guío el ejercicio de imaginación guiada sugiriendo las situaciones antes mencionadas por la usuaria.	La usuaria tuvo las respuestas fisiológicas que la escena le cause y las contrarrestara usando la relajación.	35 min.	Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de la imaginación usando la relajación.
El terapeuta pidió a la usuaria que practique en casa la asociación de los ejercicios con la imagen mental en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar registro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realizara el autorregistro durante una semana con las indicaciones del terapeuta.
Sesión 8			
Objetivo: Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de una situación estresante usando la relajación.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta explicó a la usuaria en qué consistirá la presentación de los videos y el cambio de actividad con respecto a la sesión anterior.	La usuaria preguntó las dudas o aclaraciones pertinentes.	10 min.	Que la usuaria no presentara dudas respecto a la actividad.
El terapeuta reprodujo dos videos de situaciones estresantes.	La usuaria tuvo las respuestas fisiológicas que causaron los videos y las	35 min.	Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de la imaginación usando la relajación.

	contrarrestó usando la relajación.		
El terapeuta pidió al usuario que practique en casa la asociación de los ejercicios con la imagen mental en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar registro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realice el autorregistro durante una semana con las indicaciones del terapeuta.
Sesión 9			
Objetivo: Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de una situación estresante usando la relajación.		Duración: 45 – 60	
Actividades del terapeuta	Actividades del usuario	Duración	Criterio de cambio
El terapeuta explicó a la usuaria los beneficios alcanzados con la sesión anterior.	La usuaria preguntó las dudas o aclaraciones pertinentes.	10 min.	Que la usuaria no presentara dudas respecto a la actividad.
El terapeuta reprodujo tres videos de situaciones estresantes.	La usuaria tuvo las respuestas fisiológicas que causaron los videos y las contrarrestó usando la relajación.	35 min.	Que la usuaria lograra contrarrestar los efectos de la imaginación usando la relajación.
El terapeuta pidió al usuario que practique en casa la asociación de los ejercicios con la imagen mental en 3 series de 3 al día y los registre.	Tomar notas, verificar registro, preguntar dudas.	5 min.	Que la usuaria realice el autorregistro durante una semana con las indicaciones del terapeuta.

Tabla 3. Elaborada por David Díaz para el presente trabajo.

RESULTADOS

Para la investigación se contó con la participación de una mujer de 51 años de edad, habitante de la zona metropolitana. Acudió a diversos médicos por la migraña, cuenta con atención médica general y especializada del neurólogo.

La usuaria reportó que padece migraña, fue diagnosticada por un neurólogo desde hace 14 años. Presentaba dolores de cabeza todos los días, y frecuentemente crisis de migraña que incluían dolor insoportable durante varias horas y/o días. Las crisis se presentaban con una frecuencia de una o más veces por semana. Tomaba medicamento para cada dolor y cuando los medicamentos regulares no hacían efecto, acudía a dosis y medicamentos más fuertes. El dolor migrañoso se presenta comúnmente del lado izquierdo de la cabeza por encima de la oreja, aunque en ocasiones le puede doler toda la cabeza.

Las intensidades de los dolores variaban. Aunque el dolor no era incapacitante en ningún caso, la usuaria reportaba que le impedía realizar sus actividades de manera fluida. Las expectativas de la usuaria consistieron en eliminar los dolores de cabeza, o por lo menos aminorar el dolor, tanto en frecuencia como en intensidad.

Cabe mencionar que además de la migraña la usuaria presentaba hipoglucemia e hipertiroidismo, por lo que los cambios fisiológicos repentinos podrían estar relacionados, y puede complicar más el abordaje de la migraña. A su vez toma medicamento para estas condiciones, en particular Levotiroxina.

Se le explicó a que la eliminación total de la migraña estaba más allá de los alcances posibles de la intervención, sin embargo era posible reducirlo, a lo que ella accedió. Debido a sus características, las especificaciones del dolor y a partir de la revisión documental realizada, se realizó un plan de intervención centrado en la enseñanza de relajación, en particular por la técnica de relajación autógena con el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de los dolores y de las crisis de migraña.

La intervención constó de 11 sesiones, en las que se le enseñó una alternativa para desempeñarse mejor a pesar de su condición, así como de prever posibles recaídas. Posterior a estas sesiones se tuvo 4 sesiones de supervisión que pasaron de ser semanales a quincenales. A continuación se hace una reseña de lo que se llevó a cabo durante la intervención.

Como primer actividad de la intervención, se le enseñó a realizar la respiración profunda, esto mediante modelamiento por el responsable de la intervención y ejercicios supervisados en la sesión, en los cuáles se corregía si había algún error. Una vez que lo logró en la sesión se pidió a la usuaria que lo realizara como tarea, 2 veces al día durante una semana.

Una vez establecida la respiración profunda, se comenzó por dar las instrucciones a la usuaria para la relajación de cada parte de cuerpo. El primer ejercicio fue dedicado a piernas y brazos, el segundo al tronco y el tercero a cuello y cabeza. Todos los ejercicios se fueron integrando con los anteriores de modo que al final la usuaria fue capaz de realizar respiración profunda a la vez que iba relajando todo su cuerpo.

Cada ejercicio se enseñó a la usuaria durante la sesión y se le indicó que lo practicara en casa dos veces al día como mínimo. Para pasar al siguiente ejercicio se requería que la usuaria manifestara sensaciones de pesadez y calor en la zona que se había abordado durante esa semana.

Durante algunas sesiones no se lograba la relajación y sensaciones de la parte del cuerpo que se tenía como objetivo durante el ejercicio; por ejemplo en la cuarta sesión no sintió relajado el tronco de su cuerpo, pero sí en los brazos y las piernas, al igual que en la sesión anterior y que practicó durante la semana en casa. Al averiguar sobre qué pasaba durante el ejercicio se encontró que tuvo algunos pensamientos distractores, pero que retomaba el ritmo de su respiración y se volvía a concentrar en el ejercicio.

Aun cuando ocurría esto el nivel de relajación que alcanzó de acuerdo con el reporte verbal de la usuaria era de 8-9, con una diferencia de 3-4-5 antes del ejercicio. El ejercicio se repetía dando nuevas indicaciones y se volvía a dirigir la

respiración y a sugerir las sensaciones de pesadez y calor en la parte objetivo, regularmente al segundo ejercicio, e invariablemente al tercero, la usuaria reportaba presentar las sensaciones y sentirse “totalmente relajada” con el nivel 10.

Hacia la quinta sesión de intervención la usuaria reportó que tuvo un evento estresante referido a uno de sus trabajos, en el cual por cuestiones de tiempo se veía sobrepasada por el trabajo. Durante este evento la usuaria se sintió sumamente tensa y no pudo llevar a cabo la relajación hasta el paso que se había desarrollado en ese momento. Derivado de la tensión la usuaria se lastimó el nervio trigémino de su mandíbula, lo que ocasionó inflamación y dolor, por lo que tuvo que acudir al médico. Se detectó que el nervio estaba dañado desde hacía tiempo y en esa ocasión la tensión desencadenó el malestar mayor. Y es posible que esta condición haya causado otros dolores en su historial con migraña.

La información aportada por la revisión médica derivada de ese evento se usó como parámetro para medir la relajación y los cambios que podía lograr la usuaria. En la 5ta sesión dedicada a la relajación de cabeza y cuello, se le pidió que se enfocará en su mandíbula y el dolor que presentaba en ese momento. Después del ejercicio muestra en el que el responsable de la intervención dio todas las instrucciones, la usuaria reportó mejoría en la mandíbula. En los siguientes ejercicios de práctica de esa sesión reportó sentirse sumamente relajada y haber disminuido la tensión en su mandíbula y el dolor. El responsable de la intervención pudo registrar los cambios en su postura debido a la relajación entre los que se incluyen inclinación de cuello y cabeza, caída de mandíbula y hombros.

Durante la semana siguiente en que se presentó el evento, se siguió practicando la relajación. Se encontró que esto le ayudó a aminorar la tensión de la mandíbula, que hasta el momento en que le ocasionó el episodio de la semana anterior, la usuaria no había notado que tensaba mucho la mandíbula incluso al dormir.

Una vez que se concluyó el entrenamiento en relajación y que la usuaria podía realizar por sí sola todo el ejercicio, se prosiguió a realizar una asociación de estímulo entre el estado de relajación con una palabra.

La palabra que se eligió fue “Tranquila”. Esta asociación se hizo pidiendo a la usuaria que realizara el ejercicio de relajación y mientras lo realizaba que dijera o pensara en la palabra, a su vez el terapeuta la decía cada cierto tiempo.

Al igual que el resto de los ejercicios se practicó en casa decir la palabra mientras se relajaba. Al cabo de una semana la respuesta de relajación se presentaba a los pocos segundos de comenzar el ejercicio y decir o pensar en la palabra, y no a los 2 o 3 minutos que usualmente se daba la relajación.

El primer cambio que pudo ser registrado por la usuaria fue en relación a la frecuencia de dolores intensos de cabeza, que pasó de tener los siete días de la semana a cinco, cuatro, tres y ninguno al cierre de la intervención. Estos dolores no eran propiamente las crisis de migraña, pero eran dolores recurrentes que experimentaba durante el día.

En cuanto a las crisis de migraña, se encontró que disminuyeron en frecuencia. Al inicio la usuaria presentaba por lo menos una o dos crisis por semana. Mientras se enseñaban los ejercicios de relajación pasaron a ser menos frecuentes, una vez a la semana. Al segundo mes de intervención logró tener un periodo de 10 días sin ningún episodio de migraña. Para el cierre de la intervención las crisis eran menos frecuentes, podían pasar 15 o 20 días entre una y otra.

Como consecuencia de lo anterior disminuyó su medicamento por cuenta propia debido a que tenía medicamentos que sólo usaba cuando se presentaba un episodio de migraña muy intenso. A su vez, cambio su medicación por otro más débil, que no había tenido efecto en anteriores ocasiones, lo cual indica una disminución en la intensidad del dolor.

Posterior a la asociación de la palabra y el estado de relajación, se decidió realizar sesiones de prevención de recaídas en cuanto a situaciones estresantes

donde la usuaria pudiera usar la relajación como método para contrarrestar la activación fisiológica que le pudiera desencadenar una crisis de migraña.

Para esto se realizaron sesiones de *Biofeedback*, en donde podía notar al momento los cambios en su frecuencia cardíaca y presión arterial al realizar el ejercicio de relajación. Los datos fisiológicos fueron medidos a través de la App para Android iCare Monitor de Salud usando un Smartphone Samsung Grand Prime.

En un principio se pensó en usar la imaginación guiada para que la usuaria pudiera simular situaciones que pudieran ser estresantes y ante las cuáles no estaría preparada para usar la relajación y que pudieran sobrepasarla. Las situaciones que serían planteadas fueron experiencias que la usuaria reportó como estresantes y que en su momento le habían causado malestar, aunque no dolor de cabeza como tal.

Sin embargo se encontró que la usuaria no podía imaginar las situaciones, sólo las “recordaba” pero no podía actuar como si estuviera en ellas, con lo que el entrenamiento en recaídas no tendría efecto pues la situación carecería de disparadores de estrés.

Se encontró que algunas personas tienen la dificultad para emplear esta técnica, y que lo que se recomienda es realizar todo el entrenamiento en imaginación guiada, sin embargo aún con el entrenamiento no pueden alcanzar plenamente a imaginarse y sentirse en una situación determinada. Debido a que el entrenamiento en imaginación podría ser muy extenso, y no asegurar resultados se optó por otra alternativa. Simular las situaciones a través de vídeos.

Con esta simulación de vídeo y sonido, se dio a la usuaria más elementos para poder sentirse como en una situación estresante. Esto se corroboró mediante la medida de frecuencia cardíaca y tensión arterial.

En estas sesiones se expuso a la usuaria ante situaciones estresantes simuladas por medio de un vídeo y sonido. Las situaciones eran grabaciones reales, entre las que se incluían una riña en el Sistema de Transporte Colectivo Metro, un

asalto a un camión, una pelea entre estudiantes de secundaria, personas atrapadas en el metro y un avión con problemas de turbulencia. A su vez se tomó a estas sesiones como prevención de recaídas ante situaciones estresantes que la pudieran sobrepasar.

Los registros de datos fisiológicos se realizaron antes, durante y después del ejercicio de relajación, y mientras la usuaria observaba las grabaciones ya mencionadas. En las sesiones de *Biofeedback* se registró que la usuaria tuvo un descenso en su frecuencia cardíaca pasando de 88 p/m a 67 p/m. La presión arterial no tuvo grandes divergencias al compararlas entre el antes, durante y después del ejercicio de relajación.

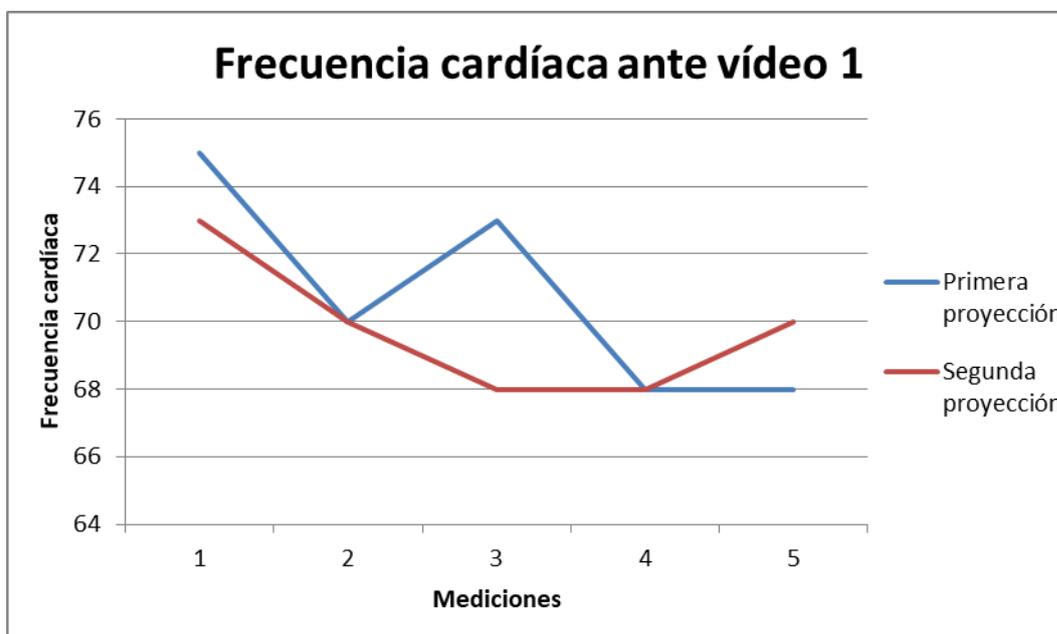


Figura 1. Gráfica comparativa de mediciones para el primer vídeo.

En la Figura 1 se observan las comparaciones de las mediciones para el primer vídeo. La primera medición corresponde a la frecuencia inicial a la proyección. Las últimas tres mediciones corresponden a los momentos en que se llevaba a cabo el ejercicio de relajación. En ambas es notable el declive en la frecuencia cardíaca, sin embargo existen diferencias entre la primera y segunda. En el caso de la primera la frecuencia cardíaca aminora antes de realizar el ejercicio, y sube durante la medición al iniciar el ejercicio, para bajar notablemente después. En la segunda proyección también se observa un declive antes de iniciar el ejercicio,

sin embargo sigue bajando hasta establecerse en 68 bpm y sólo aumentar a 70 al final de ejercicio. Aunque aumenta, sigue siendo una frecuencia menor que la primera antes de hacer el ejercicio de relajación.

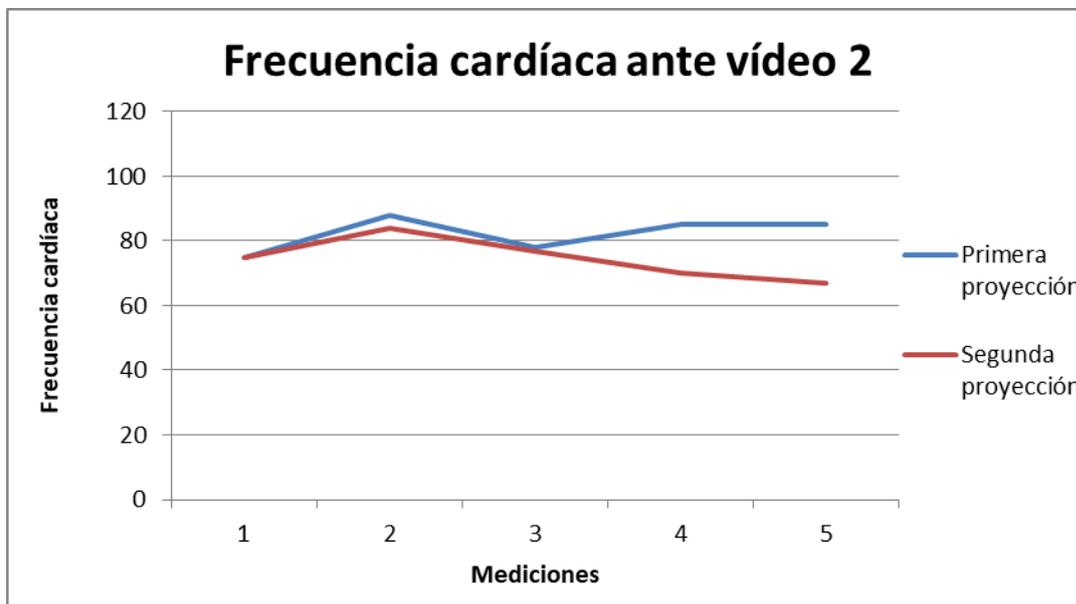


Figura 2. Gráfica comparativa de las mediciones del segundo vídeo.

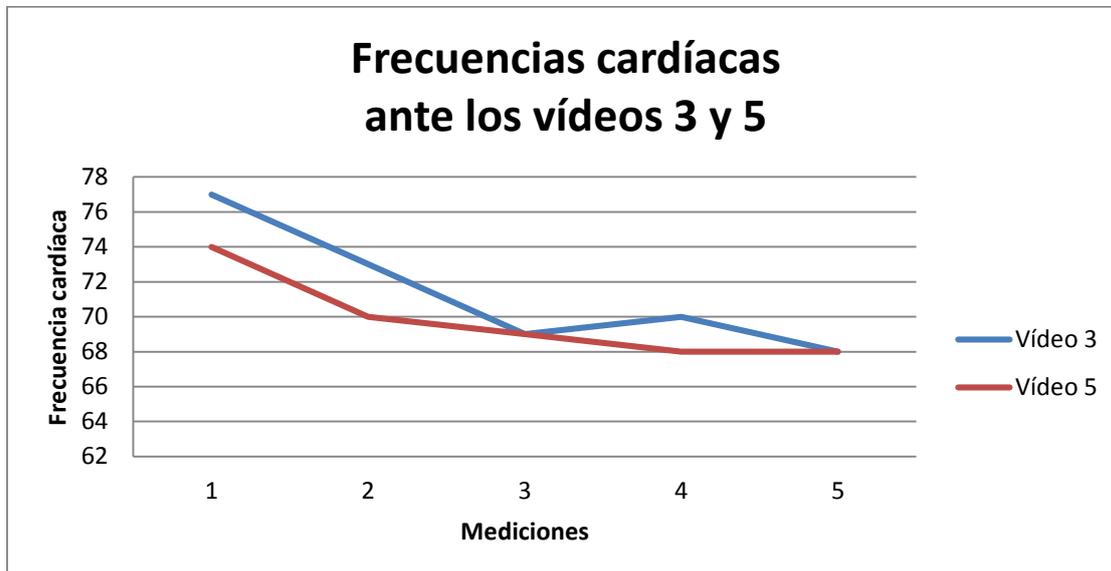


Figura 3. Gráfica comparativa de las únicas mediciones realizadas para los vídeos tres y cinco.

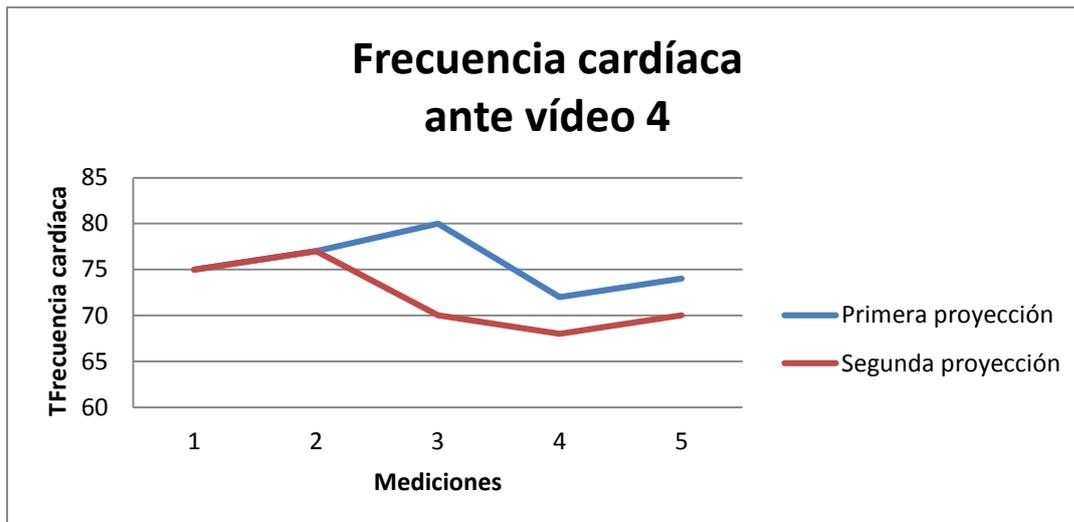


Figura 4. Gráfica comparativa de las mediciones del cuarto vídeo.

En todas las mediciones se observa una tendencia a la baja conforme avanza el vídeo lo que sugiere que la relajación ayuda a esta disminución. De igual forma en todas las figuras la segunda proyección tiene mediciones más bajas, por lo que podría ser un signo de habituación a la situación. Sin embargo, incluso en esta habituación estaría actuando la relajación, ya que conforme realiza el ejercicio la frecuencia baja aún más.

Es importante destacar que durante todo el proceso de la intervención la usuaria asistió de manera puntual a todas las sesiones, sólo tuvo dos inasistencias atribuidas a una enfermedad ajena a la migraña, y a incompatibilidad de horarios. Aunado a esto, cumplió con todas las tareas y ejercicios requeridos, algunos reflejados en los registros y otros reportados de manera verbal durante la sesión.

En el seguimiento que se hizo un mes después de terminar la intervención. La usuaria sólo presentó un episodio de migraña. Al ahondar sobre los factores que pudieron influir, se encontró con diversas variables como el cambio de una rutina de ejercicio, exceso de cantidad de trabajo y un periodo de tres días con un nivel de glucosa por debajo del normal. Se le indicó acudir a revisión médica y se le dieron indicaciones para el ejercicio de relajación.

Teniendo en cuenta que anterior a la intervención la usuaria podía presentar hasta cinco crisis de migraña intensa en un periodo de 15 días, y al finalizar sólo una o ninguna, la reducción de frecuencia fue de un 75%. Se dio por terminada la intervención al momento que se notó la una tendencia a que la frecuencia de las crisis de migraña se mantuviera baja. Para revisar con mayor detalle el desarrollo de cada sesión se sugiere revisar el anexo 3.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados que se reportan de esta intervención se suman a las aportaciones que se han dado en el interés de vincular a la psicología con la salud. De igual manera se observa una relación entre el comportamiento y el estado de salud que presenta una persona.

El que sea una intervención enfocada a la migraña como problemática de una persona, responde a la alta prevalencia que presentan los casos de migraña y de cefalea en general en México y el mundo de acuerdo con Dobler (2001), Clínica Mayo (2004), Deza (2010), El informador (2012) y la OMS (2014).

Al inicio del proyecto se planteó que la duración aproximada de la intervención sería de 20 sesiones, a partir de las referencias revisadas y teniendo en cuenta el tiempo empleado en las técnicas que se sugerían. Sin embargo la intervención tuvo una duración de casi la mitad, 11 sesiones y cuatro sesiones de supervisión en los cuales se abordó una situación diferente que la usuaria planteó. Debido a que no fue necesario utilizar todas las técnicas sugeridas. La duración de esta intervención se acerca más a la reportada por Comache (2013), que fue de 16, 12 semanales, y el resto quincenales a modo de supervisión.

En este caso, la usuaria no presentaba la mayoría de las características de migraña que fueron descritas por Sacks (1992). Dobler (2001), Clínica Mayo (2004), Gestro (2004) y Leyva y Corona (2011). De las cuatro fases descritas, se presentaba principalmente la del dolor propiamente, la fase premonitoria y la fase posterior al dolor no fueron reportadas. En cuanto a la fase de aura, aunque la usuaria no manifestó características notables de esta como alteraciones visuales, parálisis o dificultades del lenguaje, sólo podía percibir un dolor de cabeza “diferente” que ella identificaba como un indicador de crisis de migraña. El tipo de migraña sería el de Migraña con aura de acuerdo a los criterios expuestos por Sacks (1992), Dobler (2001), Clínica Mayo (2004), Deza (2010), Leyva y Corona (2011) y Gestro (2014)

En cuanto a las causas, la usuaria había identificado algunos alimentos grasosos como detonantes principales, aunque dado la última crisis registrada fue debida a un cambio en la rutina de ejercicio también lo explicaría las causas descritas por Clínica Mayo (2004) y Gestro (2014).

No se encontró que la migraña le impidiera realizar actividades diarias como comentó Rodríguez (1999), sin embargo, sí mencionó que cuando presentaba las crisis y se mantenía en el trabajo su productividad era menor, corroborando lo descrito por Clínica Mayo (2004). No tuvo repercusiones de otro tipo como depresión o aislamiento social total, sólo limitantes en la interacción en fiestas o de tipo alimenticios.

De acuerdo con la revisión de estudios y propuestas, se esperaba que las técnicas usadas fueran relajación muscular, relajación autógena, *Biofeedback*, control del estrés, TREC o modificación de contingencias en alimentos y/o conductas que provocaran o mantuvieran el dolor (Nieves, 1996; Rodríguez, 1999; Navarro, 2006; Moix, Casado; 2011, Parada & Martínez; 2013). Sin embargo debido a las características de la usuaria y de las técnicas a usar, se decidió sólo por emplear el entrenamiento en relajación autógena y *Biofeedback* durante el entrenamiento en recaídas. Sería importante contrastar entre individuos cuáles serían las técnicas que ofrecen mejor resultado para los usuarios, y bajo qué características se aplican cada una de ellas.

Moix y Casado (2011) presentaron la revisión de cuáles son las técnicas que más se usan en intervención con personas migrañosas, sin embargo no especifican cuáles son las características de los usuarios a las que se le aplican. El reportar las características o el por qué se usó una técnica y no otra aportaría información qué modo de intervención es mejor para cada persona, con el fin de plantear de mejor manera alternativas útiles a los usuarios.

Se encontraron algunas concordancias con lo que menciona Powell (S/F) en relación a que la población en general en caso de presentar dolor se atienden con medicamentos, acupuntura, meditación, estimulación eléctrica, terapia física y ocupacional, psicoterapia, hipnosis, *Biofeedback*, e incluso cirugía. La persona

que se atendió había usado medicamentos, relajación, terapia física, y otros métodos sugeridos por conocidos, amigos y/o familiares. Sin embargo no había obtenido mejoras significativas y duraderas. Con ésta intervención la usuaria habría agregado psicoterapia y *Biofeedback* como modos de enfrentar la migraña, y los resultados fueron significativamente mejores, en comparación los que ya había experimentado. Es importante destacar que aunque había acudido a ejercicios de relajación, este no fue enseñado y supervisado por un profesional de la salud, por lo que es posible que la técnica fuera enseñada de manera errónea, pudiendo ser incluso contraproducente.

En concordancia con Latorre (1992), Domínguez y Olvera (2005) y Moretti, (2010) la intervención se centró en entrenar a la usuaria en técnicas que estuvieran diseñadas para capacitar a las personas a desempeñarse mejor a pesar de su dolor, y prevenir recaídas. En particular la relajación autógena permitió a la usuaria desempeñar de mejor manera sus actividades tanto personales, como laborales. La aportación de estos autores es central en las intervenciones psicológicas de este tipo, ya que la disciplina psicológica no tiene como fin eliminar condiciones fisiológicas de ningún tipo, en este caso que generen cefalea, ya que estos serían objetivos de la medicina. Si se diera un cambio de este tipo sería un resultado *extra* al de la intervención que pudiera ser de mayor beneficio a los usuarios, pero no es uno de los criterios para evaluar la intervención psicológica.

En el caso aquí tratado se observó una disminución de la intensidad y frecuencia de los dolores de cabeza. Como consecuencia de esto, la usuaria redujo su consumo de fármacos, lo que hace referencia a lo que menciona Nieves (1996) en cuanto a que para esta autora los tratamientos conductuales han sido usados para sustituir a los fármacos. En contraste, Rodríguez (1999) refirió que la mejora alcanzada por los tratamientos conductuales no supera al de los fármacos. Dado que las intervenciones psicológicas no tienen como objetivo la reducción de fármacos, no se puede afirmar que éstas sustituyan los fármacos, superen, igualen o sean menos efectivas, sólo se puede señalar la disminución en frecuencia e intensidad del dolor, y la reducción del consumo como consecuencia

de ésta disminución, que se puede tomar solamente como un indicador del éxito alcanzado en cuanto al objetivo de la intervención.

Parecería una mejor alternativa la propuesta realizar una intervención psicológica a la par del tratamiento y supervisión médica en concordancia con lo que menciona Rodríguez (1999) y Madrid (2013). Esto debido a que el psicólogo no posee los conocimientos suficientes sobre el organismo como para atender posibles complicaciones, o dar instrucciones a los usuarios para tomar o no un medicamento.

Con respecto a lo comentado por Parada y Martínez (2013) en cuanto a que el dolor suele transformarse en conductas operantes, es decir, la conducta del dolor producido por la cefalea puede ser reforzada con descanso, atenciones excesivas, bajas laborales, o cuando el padecimiento permite al sujeto librarse de cosas o situaciones desagradables, en el análisis funcional de este caso no se encontró nada de lo señalado por estas autoras. La usuaria al presentar los dolores de cabeza continuaba realizando sus actividades de manera regular, por lo que no se puede conceptualizar al dolor como una conducta. Por tanto se entiende que la usuaria realiza diversas conductas bajo la condición orgánica de dolor, y que esta condición responde a alteraciones biológicas que no pueden ser modificadas directamente por el psicólogo.

Dado que no se puede modificar mediante técnicas conductuales el dolor, se debe proceder a entrenar a los usuarios en habilidades que puedan modificar el dolor de manera indirecta. En el caso aquí reportado se optó por la relajación autógena, ya que de acuerdo con Navarro (2006) las jaquecas se producen por alteraciones fisiológicas, que el estado de relajación ayudaría a controlar. Ruiz, et al. (2012) mencionaron que la relajación autógena actúa a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática por lo que sería efectiva en este caso.

En la intervención se pudo notar que la relajación disminuyó la intensidad y la frecuencia de los dolores, y al medir las respuestas fisiológicas en pulsación cardíaca y tensión arterial se observaron cambios cuando la usuaria realizaba la

relajación éstas disminuían, en particular la pulsación cardíaca. Estos resultados concuerdan con Navarro (2006) en cuanto a la explicación de las jaquecas y su posible solución.

De igual manera la concordancia de resultados con Navarro (2006) parece contraponerse a la explicación de Parada y Martínez (2013), ya que si el dolor, en este caso por migraña, es controlado por alteraciones fisiológicas, difícilmente puede ser mantenido por reforzadores desde la perspectiva conductual, y por consiguiente su modificación. Se desconoce cómo podría ser en el caso de otros tipos de dolores, sin embargo teniendo en cuenta sólo los resultados de esta intervención, se puede decir que el dolor no es una conducta que pueda modificarse, y se podría confundir esta “conducta de dolor” con conductas provocadas por el dolor que ocurren durante o después del dicho evento.

La mejoría alcanzada por la usuaria usando la relajación autógena corrobora que es una técnica útil en casos de personas con migraña, y se sumaría a la recomendación de Ruiz, et al. (2012) quienes la comparan con otras técnicas de relajación en cuanto a su eficacia en personas con migraña e hipertensión.

La dificultad que tuvo la usuaria para realizar la imaginación guiada no carece de importancia, pues es un punto que hay que tomar en cuenta con los usuarios. No todos tienen las mismas capacidades y características. Se deben diseñar alternativas específicas cuando se encuentra alguna dificultad, pues poner el énfasis en enseñar una habilidad que no sea tan útil para la usuaria, conlleva una inversión de tiempo que puede no ser recompensada del todo.

Los manuales de Caballo (1998) y Labrador (2002) no explican el por qué algunas personas presentan dificultades para realizar el ejercicio de imaginación, y no fue objetivo de esta intervención averiguarlo. Sin embargo es muy importante conocer cuáles son las características ya que podría ser una dificultad muy importante en las intervenciones de este tipo.

La alternativa que se planteó de presentar vídeos de situaciones estresantes, cumplió con el objetivo ya que los estímulos visuales y auditivos facilitaron a la usuaria producir los cambios esperados, y contrarrestarlos con la respuesta de

relajación. Como explicación tentativa al por qué no se pudo dar el ejercicio de imaginación guiada, se podría decir que algunas personas necesitan de estímulos de tipo visual o auditivo para producir estos efectos, y sería importante conocer qué tipo estímulos pueden producir una mayor respuesta estresante, o si se requieren de la presentación de ambos.

Las disminuciones de la frecuencia cardíaca registrada durante la proyección de los vídeos permite establecer que la relajación aminora la activación fisiológica, y esto a su vez podría ayudar a disminuir la intensidad del dolor cuando se presenta, o evitar que se presente por lo mencionado por Navarro (2006) y Ruiz, et al. (2012) entre la relación de la migraña y las alteraciones fisiológicas.

Como se describió en los resultados la segunda proyección de los vídeos muestra una frecuencia cardíaca más baja en todos. Aunque el hecho podría ser debido a la habituación del vídeo, parece ser más el efecto de la relajación pues la primera medición de la segunda proyección coincide, o varía muy poco, con la medición de la primera y disminuye cuando la usuaria comienza a realizar el ejercicio.

La descripción del modelo cognitivo-conductual que dio Moretti (2010) en cuanto a que el dolor de las personas está mediado por las cogniciones y creencias que tienen, y que éstas pueden ser entendidas como conceptualizaciones propias de cada persona sobre qué es el dolor y qué significa para ellos, no encuentra evidencia en este caso como modo de intervención, ya que la usuaria no reporto tener creencias particulares sobre el dolor, u otro tipo de pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas como las propuestas por Ellis y Beck que se pudieran relacionar con el dolor de manera directa.

Aún si la usuaria tuviera dichas creencias, la manera en que se abordó fue suficiente para lograr los objetivos de la intervención, por lo que no sería necesario emplear otra técnica. Uno de los objetivos de futuras investigaciones podría ser conocer cuál es el porcentaje de personas migrañosas que requerirían modificar estos pensamientos para disminuir el dolor de migraña, y qué tanta

funcionalidad tendrían las técnicas de tipo cognitivo en comparación con el modo de proceder que se presentó aquí.

En lo que esta intervención sí concuerda con Morretti (2010) es que la intervención tuvo como objetivo enseñar al usuario estrategias que le permitieran a la usuaria afrontar el dolor, disminuirlo o soportarlo, ya que como señalaba el autor, es posible que las personas con migraña utilicen otros modos de proceder ante el dolor que les resulten ineficaces, y habría que cambiarlos por otros más funcionales. En este caso se recurrió al entrenamiento en relajación.

Teniendo en cuenta los resultados de esta intervención, sumados a los de Comache (2013) Parada y Martínez (2013) y los reportados por Madrid (2013), sería altamente recomendable, como lo sugiere el último reporte, que las personas que tienen este padecimiento asistieran a terapia cognitivo-conductual, y sería altamente recomendable que a la par se tuviera tratamiento y supervisión médica.

Teniendo presente que el 57% de los mexicanos sufre dolor de cabeza, o un tipo de migraña y se coloca en el primer lugar en Latinoamérica en incidencia de este padecimiento (Elinformador, 2012), es altamente recomendable que se sigan haciendo investigaciones e intervenciones sobre este tema.

Estas recomendaciones cobran relevancia dada la prevalencia en México, ya que se calcula que en los últimos años alrededor de 28 millones de personas padecen de dolor (Covarrubias-Gómez; Guevara-López; Gutiérrez-Salmerón; Betancourt-Sandoval; Córdova-Domínguez; 2010), y a su vez realizar difusión de los tratamientos ya que como mencionan Leyva y Corona (2011) sólo 5% de las personas con cefaleas busca ayuda. Y

Tomando en cuenta que el objetivo de este trabajo fue reducir o controlar el dolor en una persona con diagnóstico de migraña, a través de una intervención con el modelo cognitivo-conductual, podemos decir que el objetivo fue cumplido a partir de los resultados obtenidos. Sin embargo los problemas de migraña tienen una alta incidencia y son de muy diferentes características como para que unas pocas investigaciones puedan dar cuenta de todo. Las intervenciones que se

realicen ayudarían a dar una mejor propuesta, para explicar el dolor migrañoso y un modo efectivo de intervenir con cada caso particular.

Es importante mencionar que aunque se realicen las intervenciones, los reportes de resultados de dichas intervenciones benefician a la disciplina y al resto de los psicólogos ya que permiten conocer qué y cómo se hizo, así como qué tantos beneficios se obtuvieron. Se invita a los colegas psicólogos interesados en el campo de la salud, a intentar replicar este y otros estudios y reportarlos para conocer mejor cómo es que se puede atender a personas con migraña desde la psicología.

De igual manera se extiende la invitación a todos los profesionales de la salud a que complementen su formación con conocimientos de otras disciplinas para poder abordar problemáticas transdisciplinarias, así como para poder colaborar con otros profesionales y cooperar para dar un mejor servicio, y continuar contribuyendo a las disciplinas dedicadas al campo de la salud.

REFERENCIAS

- Abou-assoli, B. R. (2012). Migraña. Más que un dolor de cabeza. España: Editorial Oceano.
- Aldrete, J. A. (2000). Manual clínico del dolor. México: Manual Moderno.
- Alfonso, L. M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana salud pública*, 29(3), 275-81. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.pdf
- Amigo, I. V. (2012). Aspectos teóricos y estrategias de intervención para la modificación de la conducta de salud En: *Manual de psicología de la salud* (pp. 31-46). España: Pirámide.
- Amigo, I. V. (2012). Cefaleas En: *Manual de psicología de la salud* (pp. 159-168). España: Pirámide.
- Banyard, P. (2002). Adherence to medical service En: *Psychology in Practice* (pp. 39-54). United Kingdom: Hodder & Stoughton educational.
- Brannon, L. & Feist, J. (2007). Adhering to medical advice En: *Health psychology an introduction to behavior and health* (pp. 71-96). E.U.A.: Cengage Learning.
- Brannon, L. & Feist, J. (2007). Managing stress and pain. En: *Health psychology an introduction to behavior and health* (pp. 184-212). E. U. A.: Cengage Learning.
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2 España: Siglo XXI.
- Caudill, M. A. (1998). Controle el dolor antes de que el dolor lo controle a usted. México: Paidós.
- Carod-Artal, F.J; Irimia, P. & Ezpeleta, D. (2012). Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Revista de neurología* (54) 629-37. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5410/bh100629.pdf>
- Carr, E. J. (2007). Desarrollo de los modelos del cuidado de la salud. En: Sahler, O. J. Z. & Carr, E. J. *Ciencias de la conducta y cuidados de la salud* (pp. 5-16). México: Manual Moderno.

- Caudill, M. A. (1998). Apendice A. En: *Controle su dolor antes de que el dolor lo controle a usted* (pp. 215-223). México: Paidós.
- Clínica Mayo. (2004). Guía de la Clínica Mayo sobre dolor de cabeza. México: Inter Sistemas.
- Compas, E. B. & Gotlip, H. I. (2003). Psicoterapia: enfoque cognitivo Conductual. En: *Introducción a la psicología clínica* (369-400). México: McGrawHill.
- Comache, M. M. I. (2013). Tratamiento psicológico de la migraña o cefalea vascular. A propósito de un caso. *Revista de casos clínicos en salud mental*, (2), 17-37. Recuperado de: http://www.casosclnicosensaludmental.es/files/caso_migrana_maribel_omeche.pdf
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A. & Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de anestesiología*, 33 (4), 207-213. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
- De la Fuente, J. R. (1999). Trastornos psicolobiológicos medicina psicosomática. Desarrollo histórico. *Psicología médica* (pp. 321-383). México: Fondo de Cultura Económica.
- Del Monaco, R. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud colectiva*, 9(1), 65-78. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100006&lng=es&tlng=es
- Del Monaco, R. (2014). Emociones, género y moralidades: modos de padecer la migraña en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, (19), 121-142. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1900-54072014000200006&lng=es&nrm=iso
- Deza B., Luis. (2010). La Migraña. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 129-136. Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000200009&lng=es&tlng=es.

- Dobler, L. R. (2001). Las 25 causas de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención. En: *Guía normativa, diagnóstica y terapéutica* (pp. 59-144). Para el médico en el primer nivel de atención. México: Manual moderno.
- Doy, P. (S/F). 183 remedios naturales para aliviar el dolor. España: Tikal ediciones.
- El Informador (25 de octubre del 2012). México primer lugar en cefaleas y migrañas de latinoamerica. Recuperado de: <http://www.informador.com.mx/tecnologia/2012/413337/6/mexico-primer-lugar-en.cefaleas-y-migranas-de-latinoamerica.htm>
- Gatchel, R. J. (2001). Biofeedback and self-regulation of physiological activity: A Mayor adjunctive treatment modality in healt psychology En: Baum, A.; Revenson, T. T. & Singer, E. J. (Coord.) *Handbook of healt psychology* (pp. 95-104). E.U.A.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Garduño, C,; & Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 69-80.
- Goicoechea, A. (2009). Migraña. Una pesadilla cerebral. Desclée de Brouwer. México.
- González (2002). Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA. (Tesis de maestria) Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González, A. E. & González, V. R. (2017) Unidad y diversidad de corrientes en psicología: Una introducción al tema. España: Editorial académica española.
- Haslam, S. A.; Jetten, J.; Postmes, T. & Haslam, C. (2008). Social identity, health and well being: An emerging agenda for applied psychology *Applied psychology: An intrenational review*, 28 (1), 1-23.
- Hinojosa, F. (2006). Migraña en racimos. Almadía. México.

- Kazdin, A. (1996). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kempler, J. (2014). Gender in the migraine market. En: *Not tonight. Migraine and the politics of gender and health* (pp. 106-133). E.U.A. The University of Chicago.
- Labrador, J.; Muñoz, M. & Cruzado, J. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Latorre, J. M. P (1992). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. República Argentina. Lumen.
- Leyva, R. A. & Corona, T. (2011) Cefalea y migraña En: Narro, R. J. Rivero, S. O. & López, B. J. J. *Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica* (pp. 317-324). México: Manual Moderno.
- Madrid (30 de Diciembre de 2013) La terapia cognitiva-conductual alivia los síntomas de la migraña pediátrica. *Cuídate plus*. Recuperado de: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/2013/12/30/terapia-cognitiva-conductual-alivia-sintomas-migrana-pediatica-31418.html>
- Mateos, V. M. (2011). Migraña con y sin aura. Manifestaciones clínicas. En: Pascual, G. J. *Migraña y otras cefaleas* (pp. 83-106). España: Masson.
- McLaughlin, C. & Scadding, J. (1999). *Alivia tu dolor con técnicas sencillas*. España: Hispana Europea.
- Meichenbaum, D. (1988). Aplicaciones específicas del adiestramiento en inoculación de estrés. En: *Manual de inoculación de estrés* (pp. 103-117). México: Ediciones Martínez Roca.
- Moix, J. & Casado, M. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618548003>
- Moreno, M; Contreras, D.; Martínez, N.; Araya, P.; Livacic-Rojas, P. & Vera-Villarro, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile*, (134), 433-440.

- Navarro, C. M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología* 20(107), 1-21. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442006000100001&lng=pt&tlng=es
- Nieves, M. & Silva, J. (1991). Técnicas de relajación muscular En: Caballo, V. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (pp. 161-190). España: Pirámide.
- Oblitas, G. L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en psicología*, 16 (1), 9-38. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (12 de Febrero del 2014). ¿Qué tan Frecuentes son los dolores de cabeza. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/25/es/>
- Parada, F. P. & Martínez, Z. F. (2013). Implementación de un programa cognitivo–conductual para personas afectadas de migraña. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología* (6) 1, 73-83.
- Pascual, G. J. (2001). Manifestaciones clínicas. En: *Migraña* (pp. 57-74). España: Masson.
- Pascual, J.; Sánchez del Río M, Jiménez, M. D.; Láinez-Andrés, J. M.; Mateos, V.; Leira, R. Pozo-Rosich, P. & Guzmán-Quilo, C (2010). La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III). *Revista de Neurología*, (50), 705-10. Recuperado de: http://www.doctormateos.com/documentacion/articulos/la_migrana_cronica_vista_por_el_neurologo_y_el_paciente.pdf
- Peterson, C. (2000). *Las migrañas cómo aliviar el dolor*. España: Ediciones Oniro.
- Phares, E. J. & Trull, T. J. (1999). Psicología de la salud y medicina conductual En: *Psicología clínica: Conceptos, métodos y práctica* (pp. 457-478). México: Manual Moderno.
- Piña & Rivera (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669 – 679.

- Ramiro, H. M. (2012). Repercusiones físicas de las enfermedades mentales En: De la Fuente, J. R. & Heinze, G. *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 231-237). México: McGraw Hill.
- Reynoso, E. L. (2013) Medicina conductual introducción. En: Reynoso, E. L. & Becerra, G. A. L. *Medicina conductual: Teoría y práctica* (pp. 11-27). México: Qartuppi. UNAM.
- Riveros, A.; Cortazar-Palapa, J.; Alcazar, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.
- Ribes, E. (2008). El ámbito psicológico de la salud En: *Psicología y salud: un análisis conceptual* (pp. 11-18). México: Trillas.
- Ribes, M. C. (2006) Diferenciación con otras cefaleas. En: Chambó, M .F. & Ribes, M. C. *Farmacología de la migraña* (pp. 51-58). España. Formación Alcalá.
- Riveros, A. y Ceballos, G. y Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537304>
- Rivero, S. O. & López, B. J. J. *Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica* (pp. 317-324). México: Manual Moderno.
- Robson, J. (2003). La migraña cómo tratarla. España: Fapa ediciones.
- Rodríguez, J. (1999). Estilo de vida y salud En: Latorre, P. J. M. *Ciencias psicosociales aplicadas II* (pp. 25-36). España: Editorial síntesis.
- Rodríguez, O. G. (1999). *Intervenciones psicológicas en pacientes con dolor*. México: UNAM.
- Rodríguez, O. G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina conductual*, 1(1), 5-12.
- Rossel, V. E. & Rivero, J. N. A. (1989) Algunas consideraciones metodológicas para un tratamiento alternativo para el estrés y la migraña. (Tesis de licenciatura) UNAM. México.

- S/A (2012) Dinámica de la migraña. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(6), 47-52. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un126i.pdf>
- Sánchez, M. J. y Alcázar, A. & Olivares Rodríguez, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711316>
- Sacks, O. (1992). Migraña. México: Anagrama.
- Sancho, R. J. (2008). Prólogo. En: MAori, Z. J. A. & Santos, L. S. *Epilepsia y migraña* (pp. 3-6) España: Ergon.
- Santos, N. C. (2009) Manejo terapéutico de la migraña *Revista mexicana de algología*, 6(2), 20-24. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealgologia/2009/vol6/no2/4.pdf>
- Smith, J. C. (2001) Instrucciones básicas de las seis técnicas principales de relajación. En *Entrenamiento en relajación* (87-216). España: Desclée de Brouwer
- Straub, R. O. (2002) Managing pain En: *Health psychology* (pp. 550-589). E.U.A.: Wort Publisher.
- Straub, R. O. (2002). Introducing Health psychology. En: *Health Psychology* (pp. 2-41). E.U.A.: Wort Publisher.
- Taylor, S. E. (1996) *Health Psychology*. New York. Random House.
- Titus, F. & Pozo, R. P. (2009). *Comprender la migraña*. España: Amat editorial.
- Toxqui, G. A. (2006) *Migraña una construcción psicósomática*. (Tesis de licenciatura) UNAM-FESI. México.
- Urbina, S. J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud En: Rodríguez, G. (2004) *Medicina conductual en México* (pp. 57-70). México: Sociedad Mexicana de Medicina Conductual.
- Wilkinson, M. & MacGregor, A. (1999). *La migraña y otras cefaleas*. España: Ediciones B.

Zanjuampa, P. R. I. (2007) Estrés laboral y migraña. (Tesis de licenciatura).
UNAM. México.

ANEXOS

Anexo 1

Historia clínica

Nombre:		
Teléfono:		Celular:
Dirección:		
Edad:	Ocupación:	Sexo:
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:
Religión:		Tiene médico: SI NO
Estado civil:		
¿Con quién vive?		
¿En qué trabaja?		
¿Su trabajo le satisface? SI NO ¿Por qué?		
¿Ha estado en terapia antes o ha recibido atención profesional para su problema? SI NO ¿Dónde y Cuándo?		
Describa en sus propias palabras su problema actual:		
¿Cuándo empezó la problemática?		
¿Con qué empeora su problema?		
¿Con qué mejora, o qué ha sido de ayuda para usted?		

<p>¿Cuál cree que ha sido su nivel de tensión durante el mes pasado?</p> <p style="text-align: center;">Relajado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenso</p>
<p>Describa alguna sensación placentera para usted</p>
<p>Describa alguna sensación que le cause malestar</p>
<p>En pocas palabras ¿Qué piensa de esta terapia psicológica?</p>
<p>¿Cómo pasa su tiempo libre?</p>
<p>¿Qué actividades son sus hobbies o disfruta usted para relajarse?</p>
<p>¿Tiene problemas para relajarse y disfrutar de sus fines de semana o vacaciones?</p> <p>SI NO</p> <p>Si respondió si, por favor explique:</p>
<p>Describa una situación en la que se sienta calmado o relajado</p>
<p>¿Tiene usted un problema de salud física? ¿Cuál?</p>
<p>¿Toma medicamentos? ¿Cuáles?</p>
<p>¿Sus dolores de cabeza coinciden con su periodo menstrual? SI NO</p>

Anexo 2

Guía de entrevista

1. ¿Tiene otras enfermedades?
2. ¿Tiene tratamiento?
3. ¿Cada cuándo ocurre la crisis?
4. ¿Qué suele hacer cuando ocurre?
5. ¿Qué hacen los demás?
6. ¿Cuánto dura?
7. ¿En qué zona de la cabeza se presenta el dolor?
8. ¿Cambia de zona?
9. ¿Cuántas veces ha ido al médico a revisión sobre este problema?
10. ¿Qué otros síntomas presenta durante el dolor?
11. ¿Qué sucede antes de que empiece el dolor?
12. ¿Toma medicamento regularmente o sólo cuando tiene algún síntoma?
13. ¿Qué medicamento toma? ¿Cada cuánto tiempo?
14. ¿Algún alimento le desencadena la crisis/Tiene alguna dieta especial?
15. ¿Desde hace cuánto tiempo se presentan los síntomas de migraña?
16. ¿Qué soluciones a intentado además del medicamento para reducir el dolor u otros síntomas?
17. ¿Ha tenido periodos de migraña durante varios días?
18. ¿En qué temporadas?
19. ¿Qué situaciones?
20. ¿Qué tan fuerte es el dolor durante un ataque?
 - a) No limita sus actividades
 - b) puede hacer la mayoría de las actividades
 - c) no puede hacer algunas actividades
 - d) es incapaz de hacer la mayoría de las actividades
 - e) incapaz de hacer cualquier actividad debido al dolor
21. ¿Cómo afecta a sus actividades el que tenga un ataque?
22. ¿En dónde se encontraba cuando comenzó el ataque?
23. ¿Qué piensa que puede haber detonado el ataque?
24. ¿Qué piensa mientras ocurre el ataque?
25. ¿Qué hace durante la crisis?
26. ¿Cuándo pasa la crisis que hace usted?
27. ¿Qué hacen los demás cuándo terminan las crisis?
28. ¿Qué piensa respecto a la migraña?
29. ¿Cree usted que tiene el control de alguna manera o está fuera de sus posibilidades?

Anexo 3

Reportes de sesión.

Número de sesión: 1	Fecha y horario: 6 de Mayo 16 – 17 hrs.
<p>Actividades realizadas: Presentación de la intervención Historia clínica Entrevista sobre Migraña</p>	
<p>Información de la sesión:</p> <p>La usuaria se presentó en el lugar acordado de manera puntual, con su esposo. Se presentó a ambos las características de la intervención y los objetivos de la misma. Se obtuvo la autorización de la usuaria para participar en la intervención y usar sus datos para el reporte de investigación como medio de titulación. Se acordó realizar las sesiones una vez por semana con una duración de una hora.</p> <p>La usuaria llenó el formato de datos para la entrevista clínica con el fin de identificar datos generales sobre su salud y personalidad que pudieran resultar útiles durante la intervención.</p> <p>El responsable de la intervención realizó la entrevista abordando la frecuencia, intensidad, y características del dolor de cabeza. Se encontró que la usuaria tiene migraña diagnosticada por un neurólogo desde hace 13 años aproximadamente, aunque la usuaria comenta que durante toda su vida a sido propensa a los dolores de cabeza. Los dolores de migraña son diarios, y toma diversos medicamentos para aliviar el dolor que en ocasiones funcionan. Cuando el dolor es muy intenso toma medicamentos más fuertes. El ataque de migraña puede llegar a ser muy intenso y no ser resuelto por ningún medicamento, en cuyo caso suele durar varios días.</p> <p>La usuaria reporta que a pesar del dolor se esfuerza en continuar con sus actividades regulares, tanto en el trabajo como en casa. De igual forma reporta que tanto sus familiares como compañeros de trabajo no se comportan de manera diferente cuando tiene un dolor de cabeza, sólo preguntan “¿te sientes mal?” o le dan algún consejo para el dolor.</p> <p>Se encontró que las variables situacionales que pueden estresarla, y que de acuerdo con la revisión bibliográfica pueden desencadenar el dolor de cabeza, son discusiones con otras personas, principalmente en su trabajo. En relación a esto la usuaria reporta que la cambiaron de puesto de trabajo, por lo cual ha estado en contacto con más situaciones de las que ella se solía encargar.</p> <p>Los disparadores del dolor que ha logrado identificar la usuaria sólo son los alimentos grasosos, los cuales evita comer debido a que cuando lo hace al día posterior a consumirlos despierta con migraña muy intensa y tiene que recurrir a medicamentos más fuertes.</p>	

También se identificó que la usuaria tiene dificultades para dormir debido al dolor. Cuando el dolor es muy fuerte debe dormir sentada, debido a que si se acuesta el dolor es más intenso. En ocasiones la despierta el dolor cuando es muy intenso.

Entre los intentos que ha llevado a cabo para aminorar el dolor se encuentran las visitas a diferentes médicos y especialistas del dolor, tratamientos alternativos, yoga, y tratamientos naturistas. No ha asistido a ningún psicólogo.

Avances:

Se identificó las características del dolor migrañoso y se descartaron de manera general algunos posibles desencadenantes del dolor

Tareas para siguiente sesión:

Realizar un registro de frecuencia del dolor.

Número de sesión: 2 | **Fecha y horario:** 12 de Mayo 16 – 17 hrs.

Actividades realizadas:

Entrevista sobre Migraña
Enseñanza de respiración profunda

Información de la sesión:

Al inicio de la sesión se revisó el registro de frecuencia de dolor por día. En el registró la usuaria sólo marcó tres días (**verificar**) en los que el dolor fue más intenso en las horas de 8 a 9 de la mañana, mientras trabajaba. No marco el resto de los días de la semana debido a que ella reporta que en todos los días tuvo dolor de cabeza durante el día por lo que sólo destacó los más intensos. Con esto se corrobora la información obtenida durante la entrevista inicial que el dolor es diario y hay días en los que es más intenso.

Durante el periodo y los días en los cuáles la usuaria destacó el dolor no se identificó alguna variable que pudiera ser relacionada con el dolor, tanto de los alimentos que mencionó como de variables ambientales en su trabajo en ese momento.

Se comenzó con la enseñanza del ejercicio de respiración profunda. Para esto se le explicó a la usuaria que durante la intervención se le enseñaría el método de relajación autógena que disminuye la intensidad y la frecuencia de los dolores de cabeza, y cuyo primer paso consiste en aprender la respiración profunda.

El responsable de la intervención explicó la respiración profunda haciendo énfasis en que el aire al momento de la inhalación debe llegar al fondo de los pulmones inflando el estómago, para asegurar que se está realizando de manera correcta se colocó la mano sobre el vientre y se observó cómo se mueve al realizar la respiración profunda.

Una vez que se realizó la explicación se pidió a la usuaria que colocará su mano sobre el vientre e hiciera la respiración cómo se mostró. Después de 3 series de respiración, se corroboró que la usuaria realizó el ejercicio de manera adecuada ya que su mano se alzaba al inhalar y descendía al exhalar.

Avances: La usuaria aprendió a realizar respiración profunda.	
Tareas para siguiente sesión: Registro de actividades por periodos de dos horas para identificar posibles actividades relacionadas con el dolor. Registro de ejercicios de respiración y relajación.	
Número de sesión: 3	Fecha y horario: 20 de Mayo del 2017
Actividades realizadas: Revisión de registro de respiración Entrenamiento en ejercicio de relajación serie de brazos y piernas.	
Información de la sesión: Al inicio de la sesión se hizo preguntas de seguimiento para indagar sobre el estado actual del dolor de cabeza, y si había cambiado algo. Se encontró que el dolor se mantenía todos los días y en algunos desde el despertar. Hasta el momento no se había registrado ningún cambio en éste fenómeno. Al revisar el registro de los ejercicios de respiración profunda que se indicó practicar 3 veces al día en diferentes horarios, se encontró con que la usuaria los practicó por la mañana, a medio día y durante la tarde/noche. En los ejercicios de relajación se registró un nivel de relajación inicial promedio de 5.7 de acuerdo a lo que la usuaria reportó. Durante los ejercicios de respiración profunda la usuaria tuvo sensaciones de pesadez, calor y reporta que se mantuvo el dolor de cabeza y el cansancio. Las observaciones que se registraron durante el ejercicio de tarea fueron muy variadas, tanto de distracción pensando en el trabajo, o por ruidos externos, hasta quedarse dormida durante el ejercicio. Sólo en 5 de las 21 series la usuaria reportó que se pudo concentrar en su respiración. Es importante destacar que el nivel de relajación obtenido después del ejercicio fue en promedio de 9.3, donde se puede observar un aumento del nivel de relajación muy significativo, a pesar de que el ejercicio de respiración sólo es la base para la relajación autógena propiamente. El registro también dio cuenta de que la usuaria practicó la respiración profunda en casa, se le pidió que en esta sesión realizara el ejercicio de respiración para verificar que lo llevó a cabo de la manera adecuada. Al hacerlo se corroboró que la usuaria aprendió la respiración profunda. Aunado a esto los niveles de relajación obtenidos después del ejercicio permitió que se comenzara con la enseñanza del ejercicio de relajación autógena. La enseñanza del primer ejercicio de relajación autógena está dirigido a los brazos y las piernas, tomando como base la respiración profunda. Se explicó a la usuaria que durante éste ejercicio se iba a concentrar en las extremidades y que se durante el ejercicio se sugerirían sensaciones de pesadez, calor, y relajación en éstas, y que al igual que el ejercicio anterior, se encadenaría con otros posteriormente. El responsable de la intervención corroboró verbalmente que la usuaria comprendiera el ejercicio y procedió a dar las instrucciones.	

Se pidió a la usuaria que se sentara de manera cómoda en la silla, y comenzará a realizar el ejercicio de respiración profunda. Cuando se observó que la usuaria mantenía un ritmo estable de respiración se pidió a la usuaria que concentrara su atención en brazos y piernas. Después, se comenzaron a sugerir las sensaciones de pesadez, cansancio, descanso, características del ejercicio de relajación. Se realizó el ejercicio durante 3 minutos. Al terminar se realizó la maniobra de retirada propuesta por Smith (**verificar año**).

La usuaria reportó sentirse más relajada, con un nivel de relajación de 9. No identificó las sensaciones sugeridas por el responsable de la intervención, sólo se sintió un poco más relajada en brazos y piernas en comparación con el resto del cuerpo. Tuvo algunos recuerdos de pendientes por hacer que recordó durante el ejercicio pero mencionó que no se distrajo y pudo retomar la atención.

Después de que la usuaria disminuyera su nivel de relajación debido a la serie de preguntas, se pidió realizar el ejercicio una vez más. Ésta vez se pidió a la usuaria que a la vez que el responsable de la intervención sugería las sensaciones ella se las sugiriera a sí misma. El ejercicio se extendió hasta los 5 minutos y se pidió a la usuaria que terminara.

En este segundo ejercicio la usuaria reportó que se relajó más que en el ejercicio anterior y que pudo identificar las sensaciones sugeridas en brazos y piernas. En especial los pies los sentía “muy pesados, como si estuvieran clavados en el suelo”. Durante el ejercicio el responsable de la intervención observó que la posición de los hombros de la usuaria bajó y su cabeza se inclinó, lo cual es se toma como otro indicador de la relajación.

Para finalizar la sesión se pidió a la usuaria que realzará el ejercicio recién enseñado ella sola, con el fin de corroborar que lo pudiera llevar a cabo como tarea para su casa. La usuaria comenzó el ejercicio con la respiración profunda y continuó realizándolo, con la participación mínima del responsable de la intervención sólo dando indicaciones breves de mantener la respiración lenta, concentrarse en brazos y piernas y estando atento a los cambios en la postura que reflejaran un estado de relajación.

En el último ejercicio se corroboró que la usuaria aprendió a relajar brazos y piernas, y sugerirse las sensaciones. Reportó haberse relajado 10, en la escala de 0 a 10, y volver a sentir más relajadas las extremidades, en comparación con el resto del cuerpo.

Se indicó a la usuaria que lo llevará a la práctica en casa por las mañanas y antes de dormir para mantener la conducta, y proseguir con el siguiente ejercicio la próxima sesión.

Avances:

La usuaria aprendió a relajar brazos y piernas, e integrarlo con la respiración profunda.

Tareas para siguiente sesión: Practicar 2 veces al día el ejercicio de relajación de brazos y piernas, con una duración de 3 a 5 minutos.	
Número de sesión: 4	Fecha y horario: 27/05/2017
Actividades realizadas: Revisión de registro de relajación Enseñanza de la relajación para tronco del cuerpo	
Resumen: Se indicó a la usuaria que en esta sesión se procedería a realizar el ejercicio de relajación en la parte del tronco del cuerpo, con el objetivo de que lo aprendiera para la integración a los ejercicios anteriores, y los posteriores. El responsable de la intervención explicó que durante el ejercicio la usuaria se concentrara en la parte del tronco de su cuerpo, para identificar las sensaciones que pudiera tener. De igual manera se le dio la instrucción que durante el ejercicio si se llegase a distraer, retomará el ritmo de su respiración como eje para la concentración. La usuaria comenzó con el ejercicio de respiración, en la posición habitual sentada en la silla con los ojos cerrados. Cuando el responsable de la intervención notó que el ritmo de la respiración era estable y lenta comenzó a darle las instrucciones de concentrarse en su tronco, pecho, estómago y espalda, y se sugirieron las sensaciones de relajación, calidez y pesadez. Durante el ejercicio se observó que la postura de la usuaria cambió encorvándose ligeramente hacia adelante, y bajando los hombros. Al terminar el ejercicio, se pidió a la usuaria que realizara la maniobra de retirada y estirara los brazos ya que de nueva cuenta, sintió adormecimiento en las manos. La usuaria reportó que durante el ejercicio no sintió relajado el tronco de su cuerpo, pero que sintió relajación en los brazos y las piernas, al igual que el ejercicio de la sesión anterior y que practicó durante la semana en casa. Reportó que durante el ejercicio tuvo algunos pensamientos distractores, pero que retomó el ritmo de su respiración y se volvió a concentrar en el ejercicio. El nivel de relajación que alcanzó de acuerdo con el reporte verbal de la usuaria fue de 9, con una diferencia de 5 antes del ejercicio. Después de que la usuaria disminuyera su nivel de relajación, que repitiera el ejercicio de la misma manera que se le indicó antes, comenzando con el ejercicio de respiración. Una vez más el responsable de la intervención comenzó a dar las instrucciones de concentrarse en el tronco de su cuerpo cuando la respiración tuvo un ritmo estable y lento, y se volvieron a sugerir las sensaciones de relajación, calidez, y pesadez. Durante el segundo ejercicio se volvió a observar el cambio de postura de la usuaria. Al terminar, la usuaria reportó que en esta ocasión se relajó “aún más que los ejercicios anteriores” y que pudo sentir calidez en la parte de su espalda y “muy poco” en su estómago. De igual manera tuvo adormecimiento	

en sus manos y sintió muy relajadas y pesadas las piernas y manos. Calificó el nivel de relajación logrado como “totalmente relajada”.

Se realizó un tercer ejercicio integrando las instrucciones de la relajación en brazos y piernas, y tronco del cuerpo. En este ejercicio se pidió a la usuaria que se concentrara alternativamente en los brazos, piernas, pecho, espalda y estómago, mientras se sugería las sensaciones de pesadez, calidez y relajación en dichas partes. De igual manera se pidió que prestara atención a la parte de su cuerpo que se relajara más y se sugería que la sensación que se presentase ahí, “invadiera” las otras partes del cuerpo integradas hasta ese momento.

Al finalizar el ejercicio la usuaria reportó sentirse “sumamente relajada” y con mucha pesadez, especialmente en los pies, y las piernas a la altura donde colocó sus manos. Aunque tuvo algunos distractores durante el ejercicio, que fueron ruidos externos, mencionó que los escuchó pero no perdió la concentración en el ejercicio.

Para finalizar la sesión se pidió a la usuaria que realizará el ejercicio integrado ella sola, con el fin de corroborar que lo pudiera llevar a cabo de manera correcta en su casa como tarea.

En este último ejercicio, el responsable de la intervención sólo marcó el inicio, realizó recordatorios breves sobre las sugerencias de las sensaciones durante el ejercicio y señaló el final del ejercicio. La usuaria reportó que no tuvo problemas en concentrarse en las partes del cuerpo integradas al ejercicio en esta sesión y que alcanzó un nivel de relajación igual al de los ejercicios anteriores.

Avances:

La usuaria aprendió a integrar el ejercicio de relajación del tronco del cuerpo con las extremidades.

Tareas para siguiente sesión:

Practica del ejercicio dos veces al día, y realizar registro de relajación.

Número de sesión: 5

Fecha y horario: 3 de Junio del 2017

Actividades realizadas:

Revisión de tarea

Ejercicio de relajación para cuello y cabeza

Resumen:

En esta sesión se prosiguió con el ejercicio de relajación para cuello y cabeza con el fin de integrarlo a los ejercicios anteriores.

Para esta sesión se contaba con un elemento inesperado debido a que en días anteriores la usuaria presentó un problema relacionado con su trabajo, que no pudo realizar en el tiempo requerido a fin de mes de Mayo y le desencadenó un episodio de tensión muy alta provocando un dolor en la quijada que desencadenó un dolor de cabeza igualmente intenso. La usuaria reportó intento hacer el ejercicio de relajación para disminuir un poco el dolor, pero lo realizó cuando el dolor ya era muy intenso por lo que el ejercicio no logró disminuir el dolor.

Debido a esto la usuaria acudió al médico y dentista para revisión del dolor de quijada que se mantuvo en días posteriores. El dentista identificó que la usuaria tensaba mucho la parte de la quijada, dañando el nervio que bajaba desde el cráneo, y que esto era consecuencia de años de tensión en ese nervio, el día en que la usuaria presentó el dolor más intenso, de acuerdo con el dentista, fue el detonante que ocasionó que el nervio se tensara aún más y le desencadenara el dolor. A juicio del odontólogo es probable que algunos de los dolores de cabeza se relacionaran con la tensión en esos nervios. Se le recetó un medicamento para desinflamar el nervio.

Teniendo como reciente situación el dolor del nervio, el responsable de la intervención aprovecho el ligero malestar que en el momento de la sesión presentaba la usuaria en la mandíbula y parte izquierda del cráneo para tomarlo como indicador de la disminución del dolor como consecuencia del ejercicio de relajación.

Se explicó a la usuaria que a manera coincidente el ejercicio de esta sesión estaba destinado a relajar la parte del cuello, mandíbula, cara y cabeza, y que de esta manera podría ayudarle a disminuir el dolor y la tensión que ejercía sobre los nervios de la mandíbula. Se pidió a la usuaria que durante el ejercicio se concentrara sólo en el cuello y la cabeza para identificar las sensaciones que pudiera experimentar en esas zonas.

El responsable de la intervención pidió a la usuaria que se colocará en la posición habitual del ejercicio y comenzará con los ejercicios de respiración. Una vez que la usuaria mostraba un ritmo lento y estable de respiración el responsable de la intervención comenzó a dar las indicaciones de concentrarse en el cuello y cabeza e identificara qué partes sentía más tensas, o con dolor. Se sugirieron las sensaciones de pesadez y relajación en el cuello, nuca, cabeza, cara y mandíbula.

Durante el ejercicio se observaron cambios de postura en la usuaria, principalmente inclinación de espalda, y bajar los hombros. En este ejercicio no se observaron cambios de postura en cuello y/o cabeza.

Al finalizar el ejercicio la usuaria reportó sentir más relajada en todo su cuerpo. Menciona que se concentró en el cuello y cabeza, pero que se sintió relajada en piernas y brazos por igual. En cuanto al malestar de la mandíbula la usuaria mencionó que disminuyó el dolor, pero que fue muy leve el cambio. Después de disminuir el nivel de relajación de la usuaria se repitió el ejercicio, con el fin de aumentar el nivel de relajación.

En el segundo ejercicio se observaron más cambios posturales en la usuaria siendo más notable su encorvadura de la espalda, y la inclinación de la cabeza hacia delante, sumando a bajar los hombros. Al finalizar este ejercicio la usuaria reportó que se sentía sumamente relajada y que había disminuido notablemente el malestar de la mandíbula, y el dolor en la parte izquierda de la cabeza.

Se pidió a la usuaria que realizara un tercer ejercicio integrando los ejercicios anteriores, es decir, que no concentrara su atención sólo en el cuello y cabeza, si no también, en la espalda, pecho, estómago, piernas y brazos, y de igual manera sugerir las sensaciones de relajación en esas partes del cuerpo. En este ejercicio la usuaria reportó un nivel de relajación de 10 y menciona haber tenido sensaciones de pesadez principalmente en las piernas, y adormecimiento en las manos, al igual que en ejercicios anteriores, lo que se toma como indicador de relajación.

Avances:

La usuaria aprendió el ejercicio de relajación para cuello y cabeza y lo integró a ejercicios anteriores.

Se identificó como posible desencadenante del dolor la tensión en la mandíbula.

Tareas para siguiente sesión:

Practicar el ejercicio integrado de relajación en casa y realizar autorregistro de relajación.

Número de sesión: 6

Fecha y horario: 10 de Junio del 2017

Actividades realizadas:

Revisión de tarea

Integración del ejercicio completo de relajación autógena

Condicionamiento encubierto

Resumen:

Para esta sesión se revisó qué tanto había avanzado la usuaria en el aprendizaje del ejercicio de relajación y de los niveles alcanzados de relajación en casa durante y después del ejercicio.

Se indagó sobre el estado en que se encontraba el dolor y tensión de la mandíbula que la usuaria reportó la sesión anterior. Ella misma reportó que el ejercicio de relajación le ayudó a aminorar la tensión de la mandíbula, que hasta el momento en que le ocasionó el episodio de la semana anterior “no había notado que tenso mucho la mandíbula e incluso al dormir”

Al realizar los ejercicios antes de dormir le ayudaba a sentir más relajada la parte del cuello y mandíbula, por lo que no tenía que recurrir a los analgésicos recetados por el dentista para controlar el dolor.

Se prosiguió a realizar el ejercicio planeado de condicionamiento encubierto, con el fin de que la usuaria pudiera llevar a cabo la relajación en escenarios más complicados, que le pudieran desencadenar molestias, como el de la semana anterior que no pudo contrarrestar con el ejercicio de relajación.

Para esto se establecieron situaciones en las que la usuaria se sintiera tensa, preocupada y/o estresada. Las situaciones que mencionó la usuaria fueron Las discusiones de otras personas en el ambiente de trabajo, una llamada de extorsión, un periodo donde no podía localizar a su madre, y un recuerdo en donde su hija jugaba a una altura peligrosa.

Se decidió por utilizar las discusiones de otras personas en el ambiente de trabajo por ser la más común y que mayor relación tiene con la tensión y el dolor de cabeza.

Al realizar el ejercicio de imaginación guiada para recordar la situación, se encontró con el problema de que la usuaria no podía evocar la situación como si la viviera, reportaba “recuerdo la discusión y el escenario, pero no me siento tensa. Sólo es como si fuera espectadora, sé que ya pasó” El ejercicio se repitió un tres ocasiones. Sólo en el último la usuaria reportó sentir un poco de tensión y dolor de cabeza, pero fue muy ligero de acuerdo a ella, y se realizó el ejercicio de relajación que disminuyó el dolor.

Avances:

Se establecieron situaciones como posibles desencadenantes.

Se identificó la limitante de que la usuaria evoque por medio de imaginación una situación problemática.

Tareas para siguiente sesión:

Elegir una palabra o sonido que pueda ser usado para realizar un condicionamiento a la relajación.

Practicar el ejercicio integrado de relajación en casa y realizar autorregistro de relajación.

Número de sesión: 7	Fecha y horario: 21 de Junio del 2017
Actividades realizadas: Asociación de estímulo	
<p data-bbox="225 304 1356 371">Resumen:</p> <p data-bbox="225 371 1356 483">Para esta sesión se le pidió como tarea que la usuaria eligiera una palabra o sonido que se pudiera usar sólo durante la relajación para asociarlo al estado y que funcionara como estímulo condicionado.</p> <p data-bbox="225 517 1356 819">La usuaria eligió la palabra “tranquila”, que incluso comenzó a usar durante el transcurso de la semana mientras realizaba la relajación. En relación a esto se podría considerar que la usuaria se “adelantó” a las actividades de la sesión, sin embargo, en este caso en particular no afectó la planeación o desarrollo de las actividades ya que lo realizó de manera correcta: repetía la palabra elegida mientras realizaba el ejercicio de relajación completo. Debido a esto para la fecha de la sesión la usuaria ya comenzaba a asociar el estímulo neutro, la palabra, con el estado de relajación.</p> <p data-bbox="225 853 1356 1256">Durante la sesión se realizaron 3 ejercicios de relajación en los cuáles se asoció la palabra con el estado. Durante el primer ejercicio el responsable de la intervención guió las instrucciones y repetía la palabra “tranquila” hacia la usuaria. En el segundo ejercicio se pidió a la usuaria que ella repitiera la palabra o pensara en ella mientras el responsable de la intervención guiaba las instrucciones del ejercicio, marcando los tiempos de la respiración, haciendo las sugerencias de sensaciones, etc. Para el último ejercicio la usuaria debía guiarse durante todo el ejercicio y repetir o pensar en la palabra, en este el responsable de la intervención sólo supervisaba su postura para identificar el estado de relajación, daba recordatorios sobre los tiempos u otras instrucciones pertinentes.</p> <p data-bbox="225 1290 1356 1435">Entre cada ejercicio se realizó una pausa de alrededor de 5 minutos para que la usuaria recobrara el estado anterior al de relajación y disminuir la acumulación con los siguientes ejercicios. A su vez se realizaban ejercicios de estiramiento en brazos.</p> <p data-bbox="225 1469 1356 1626">En los tres ejercicios la usuaria reportó haber alcanzado un estado de relajación profundo, calificándolo de 9 o 10 en una escala de 0 a 10, siendo 0 el más bajo. De igual manera destacó que pasaba menos tiempo entre que comenzaba el ejercicio y se sentía relajada.</p> <p data-bbox="225 1659 1356 2022">Durante todos los ejercicios reportó que no se distrajo con sonidos del ambiente y que se pudo concentrar en el ejercicio y en la palabra. El ejercicio número dos, fue el que alcanzó mayor grado de relajación, ella mencionó “es el ejercicio en el que más me he relajado, de todos los que hemos hecho”. Incluso el responsable de la intervención pudo corroborar esto ya que cuando dio la instrucción de terminar el ejercicio la usuaria continuó en estado de relajación y se mantenía haciendo la respiración, al repetir la instrucción la usuaria terminó el ejercicio y mencionó que se sentía como si estuviera dormida, pero seguía atenta a la voz del responsable de la intervención, “me costaba trabajo dejar de hacer el ejercicio”.</p>	

Avances: Se comenzó a usar la asociación de estímulos para el condicionamiento. La usuaria alcanza estados de relajación profundos.	
Tareas para siguiente sesión: Realizar el ejercicio de relajación en casa mientras se dice o piensa en la palabra.	
Número de sesión: 8	Fecha y horario: 28 de Junio del 2017
Actividades realizadas: Ejercicio de Imaginación guiada	
Resumen: Esta sesión tuvo como objetivo que la usuaria aprendiera a usar el estado de relajación para contrarrestar estados de estrés que pudieran desencadenar dolores de cabeza o crisis migrañosas. Para esto se pensó en situaciones que le pudieran ocasionar estrés, sin embargo no fue factible llevar a cabo el ejercicio en situaciones reales, por lo que se recurrió a hacerlo mediante un ejercicio de imaginación guiada. Se eligieron situaciones que le habían causado estrés, malestar o dolor de cabeza en otras ocasiones. Consistieron en escenas cotidianas como discusiones de compañeros en el trabajo y el recuerdo de su hija jugando a una altura peligrosa. El responsable de la intervención fue dirigiendo la imaginación sugiriendo los elementos de la escena, y pidiendo a la usuaria que se imaginara como si en ese momento estuviera en ellos mientras mantenía los ojos cerrados. Primero se llevó a cabo la situación con la hija. Reportó recordarlo pero no alterarse de ninguna manera, ni identificarse con la situación, sólo “como si lo viera, pero no participara”. Se repitió esta escena un par de veces más con los mismos resultados. Cuando se pidió imaginarse en la discusión en el trabajo, tampoco pudo involucrarse de manera activa con la situación. Se describió la situación lo más detallado posible y con sugerencia sobre qué hacían los demás, sin embargo esto no causó ninguna afectación. Al igual que en la otra escena, se repitió el ejercicio con los mismos resultados. En ambos casos la usuaria no logró evocar las sensaciones que le causaba situaciones así. Podía imaginarse visualmente la situación y describirla, sin embargo no tenía las respuestas fisiológicas esperadas, como tensión en el cuerpo, dolor de cabeza, o preocupación por la situación. Dado que no se pudo obtener los cambios esperados, no se llevó a cabo la relajación para contrarrestarlos, por lo que en esta sesión la usuaria no pudo aprender usarlo en situaciones cotidianas que le podrían causar niveles altos de activación fisiológica. El responsable de la intervención procedió a investigar alternativas para la usuaria en sesiones posteriores.	

Avances: Se identificó la imposibilidad de usar la imaginación como medio para el aprendizaje de la relajación a situaciones cotidianas.	
Tareas para siguiente sesión: Practicar la relajación pensando/diciendo la palabra “tranquila”.	
Número de sesión: 9	Fecha y horario: 17 de Julio del 2017
Actividades realizadas: Biofeedback con videos	
Resumen: <p>Dado que no fue posible realizar con satisfacción el ejercicio de imaginación guiada, se buscaron alternativas para que la usuaria aprendiera a usar la relajación para contrarrestar los niveles altos de activación fisiológica que le puedan desencadenar una crisis migrañosa. La alternativa que se eligió fue usar videos en donde se mostraran situaciones estresantes. Los videos se presentaron en una laptop y se midieron los niveles de activación fisiológica de frecuencia cardíaca para corroborar el cambio mientras se veían los videos. Para esta sesión se mostraron dos videos, un asalto a camión y una riña en el Sistema de Transporte Colectivo Metro.</p> <p>Se mostró el video de la riña en el metro. La usuaria dijo sentirse preocupada “y algo alterada” pero no presentó dolor de cabeza, sin embargo su frecuencia cardíaca aumentó a 78 latidos por minuto (LpM) por lo que sí hubo un cambio. Cuando se identificó esto, se indicó a la usuaria que comenzará a realizar el ejercicio de relajación con la palabra “tranquila” mientras veía el video. Se observó que su frecuencia cardíaca descendió, y para la siguiente medición aumentó. En total se realizaron 5 mediciones mientras veía el video. Las mediciones fueron: 1) 75 2) 70 3) 73 4) 68 5) 68.</p> <p>Al averiguar sobre cómo se sintió al hacerlo menciona que por un momento se distrajo con el video y no se perdió la concentración en la relajación, pero después la retomó. Esto coincidiría con el leve aumento de LpM durante la 3er medición. Posterior a esto se hizo una segunda reproducción del video y se dieron las mismas instrucciones y mediciones. Para este caso las mediciones fueron: 1) 73 2) 70 3) 68 4) 68 5) 70.</p> <p>Una vez se estableció una tendencia a la baja de LpM en el primer video, se pasó a reproducir el video del asalto en el camión. Para este reportó sentirse muy preocupada y sorprendida debido a que recientemente su hija había sido asaltada y pudo ver cómo ocurre un asalto en realidad que no se había imaginado. Se pidió a la usuaria que realizara la relajación mientras ocurría el video y se tomaron 5 medidas de LpM, los resultados fueron los siguientes: 1)75 2)88 3)78 4)85 5)85. Al igual que en el anterior video la usuaria se distrajo pensando en lo que ocurría y no en la relajación, lo que provocó un aumento en los LpM en vez de un descenso, e incluso un pequeño malestar en la cabeza sin llegar a dolor.</p>	

En este momento se realizó un ejercicio de relajación sin el video para que la usuaria mejorara. Una vez que reportó sentirse mejor, se prosiguió a realizar la segunda reproducción del video con las mismas indicaciones. Para este caso las mediciones fueron: 1) 75 2) 84 3)77 4)70 5) 67

En esta segunda reproducción se llevó a cabo el ejercicio de relajación sin distracciones. La usuaria seguía viendo el video pero se concentraba en el estado de relajación y en la palabra “tranquila”. Las mediciones mostraron un claro descenso en comparación con la primera reproducción.

Avances:

La usuaria logró contrarrestar los niveles de activación fisiológica dada una situación de estrés.

Tareas para siguiente sesión:

Practicar el ejercicio de relajación con la palabra “tranquila”.

Número de sesión: 10

Fecha y horario: 31 de Julio del 2017

Actividades realizadas:

Biofeedback con videos

Resumen:

Siguiendo la línea de la sesión anterior, se prepararon tres videos más en los cuales se pretende contrarrestar los niveles de activación que pudieran provocar, con el fin de prever posibles acontecimientos y recaídas.

El primer video que se mostró fue una pelea entre estudiantes de secundaria. La primera medición de este video fue alta, similar a la de los videos de la sesión anterior. Sin embargo no se tuvieron otros síntomas de malestar. Se pidió a la usuaria que llevara a cabo la relajación y logró reducir los Latidos por Minuto (LpM). En las cinco mediciones realizadas los resultados fueron: 1) 77 2) 73 3) 69 4) 70 5) 68. Dado la tendencia a la baja y que la usuaria no reportó dificultades, se decidió no repetir el video.

En el segundo video de esta sesión, 4to en total, se presentó una grabación de personas atrapadas en el túnel del metro con posible incendio. Para este, la usuaria reportó no sentirse “como si estuviera en el lugar” pero sí se registraron Lpm más altos. Cuando realizó la relajación tuvo el problema de distraerse con el video y no lograr relajarse, sin embargo no presentó algún malestar como en el video de la sesión anterior. Las mediciones fueron: 1) 75 2) 77 3) 80 4) 72 5)74.

Se repitió el mismo video y se dio la indicación de hacer la relajación concentrándose en la respiración y en la palabra “tranquila”. En esta segunda reproducción las mediciones fueron más bajas: 1) 75 2) 77 3) 70 4) 68 5) 70. Con esto se pudo establecer una tendencia a la baja de LpM para este video.

El en último video se mostró una grabación dentro de un avión con problemas de turbulencia y pánico en los pasajeros. Éste sólo se mostró una vez ya que la usuaria no tuvo problemas para reducir su frecuencia cardíaca durante el video. Las mediciones fueron: 1)74 2)70 3)69 4)68 5)68.

<p>En los tres videos de esta sesión la usuaria logró contrarrestar los niveles de activación fisiológica. No le causaron ningún malestar, y la dificultad que tuvo durante el video del metro fue superada cambiando el foco de atención.</p>	
<p>Avances: Se contrarrestan los niveles de activación con la relajación ante diferentes situaciones.</p>	
<p>Tareas para siguiente sesión: Practicar la relajación con la palabra “Tranquila”</p>	
<p>Número de sesión: 11</p>	<p>Fecha y horario: 7 de Agosto del 2017</p>
<p>Actividades realizadas: Presentación de avances y cierre de intervención</p>	
<p>Resumen:</p> <p>Esta fue la última sesión de la intervención. Se dedicó a presentarle a la usuaria los avances que se obtuvieron, los cambios esperados y a que ella reportara otros logros que no se hubieran registrado.</p> <p>Se indicó que la intervención, con ésta sesión, constó de 11 sesiones semanales, y se inició el día 5 de Mayo. Durante este periodo se dieron tres sesiones canceladas, dos a petición de la usuaria y una por el responsable de intervención, en esos días las sesiones se llevaron a cabo a los 15 días.</p> <p>La intervención tuvo como objetivo reducir la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza, lo cual hasta el momento se logró. Se dedicó la primera parte de la intervención a aprender la relajación autógena, y la segunda parte de la intervención a prevención de recaídas y enseñanza de la relajación en situaciones estresantes.</p> <p>La usuaria corroboró que habían disminuido la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza, y que además había reducido su consumo de medicamentos a raíz de esto. Como otros logros derivados de la intervención reporta que se siente más tranquila y relajada durante el día, y menos tensa cuando se han presentado situaciones “pesadas” en el trabajo o en su vida. De igual manera mencionó que una persona conocida le dijo que la notaba “muy bien y más relajada”.</p> <p>Se calificó al servicio como muy bueno y dijo estar “satisfecha” con los logros alcanzados. Sin embargo mencionó que quería que abordásemos otra problemática fuera del objetivo de la intervención. El responsable de la intervención accedió a esto y se aprovecharon las sesiones posteriores como seguimiento. En las cuáles se encontró que un mes después tuvo sólo un dolor de cabeza ocasionado por un cambio en su rutina de ejercicio, por lo que se considera una recaída en cuanto a la frecuencia de los dolores, pero no como retroceso de lo aprendido en la intervención.</p>	

Avances:

Se presentaron los logros y la usuaria dio retroalimentación de la intervención.

Tareas para siguiente sesión:

N/A