

12/11/13

A
19/11/13
C.I.

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

**PROGRAMA DE INTERVENCION TERAPEUTICA BASADO EN LA
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA EL TRATAMIENTO
DE LA CEFALEA TENSIONAL CRONICA**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TITULO DE
PSICOLOGO
Y AL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

ESCUELA DE PSICOLOGIA



POR

LORENA ALVARADO NUÑEZ, ANGELICA KNOX GODOY

PROFESOR PATROCINANTE

ARTURO PRIETO COMELIN

VALPARAISO, CHILE

matr.: 13876 Reg. 3326

TABLA DE CONTENIDOS

RECONOCIMIENTOS	i
LISTA DE FIGURAS	ii
LISTA DE TABLAS	iii
RESUMEN	v
CAPITULO 1: INTRODUCCION	1
CAPITULO 2: CEFALEA	4
Clasificación de la Cefalalgia Según su Evolución.....	6
Clasificación de las Cefaleas Según su Intensidad.....	7
Clasificación de las Cefalalgias Según su Etiología.....	7
Cefalea Tensional Crónica.....	11
CAPITULO 3: ESTRES	13
La Perspectiva Cognitiva del Fenómeno Estrés.....	15
Sistemas Implicados en los Trastornos Asociados al Estrés.....	20
CAPITULO 4: ANSIEDAD	26
Síntomas Físicos.....	27
Síntomas Psicológicos.....	28
Síntomas Conductuales.....	28

Síntomas Cognitivos.....	29
Perspectiva Cognitiva de la Ansiedad.....	30
CAPITULO 5: FUNDAMENTO TEORICO DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	33
Clasificación de los Esquemas.....	37
Creencias Irracionales.....	39
Distorsiones de Proceso.....	41
Distorsiones de Contenido.....	43
Origen de las Creencias Irracionales.....	45
CAPITULO 6: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	48
Investigaciones que Apoyan los postulados de la Terapia Racional Emotiva.....	50
El Modelo A-B-C de la Terapia Racional Emotiva.....	56
CAPITULO 7: PROGRAMA DE LAS SESIONES.....	60
Primera Sesión.....	60
Segunda Sesión.....	62
Tercera, Cuarta y Quinta Sesión.....	63
Sexta Sesión.....	64
CAPITULO 8: TECNICAS.....	65
Primera Sesión.....	66
Segunda Sesión.....	68
Tercera, Cuarta y Quinta Sesión.....	72

CAPITULO 9: ASPECTOS METODOLOGICOS.....	78
Planteamiento del Problema.....	78
Objetivo General.....	81
Objetivos Específicos.....	82
Hipótesis General.....	83
Hipótesis de Trabajo.....	84
Definición de Variables.....	84
Variable Dependiente: Cefalea Tensional Crónica.....	84
Variable Dependiente: Creencias Irracionales Ansiosas.....	87
Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva.....	89
Descripción del Instrumento.....	92
Ambiente.....	95
Muestra.....	96
Diseño Metodológico.....	99
CAPITULO 10: RESULTADOS.....	102
Descripción de los Datos Brutos.....	102
Análisis de los Gráficos.....	112
Análisis Estadísticos.....	120
CAPITULO 11: CONCLUSIONES.....	125
Conclusiones.....	125
Observaciones Clínicas.....	133

Limitaciones.....	135
Proyecciones.....	136
REFERENCIAS.....	137
APENDICES.....	142
Apéndice A : Inventario de Ansiedad.....	143
Apéndice B: Registro de Pensamientos Disfuncionales.....	146
Apéndice C: Autorreporte Semanal.....	148
Apéndice D: Formato de Autoayuda de la Terapia Racional Emotiva.....	150
Apéndice E: Análisis Costo Beneficio.....	153
Apéndice F: Inventario de Creencias.....	156

RECONOCIMIENTOS

Deseamos agradecer el apoyo e interés entregado por el Doctor Enzo Rivera y por el personal del departamento de Neurología Adulto del Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren, en especial a la enfermera Elba Guerra, quienes nos dedicaron su tiempo, conocimiento y experiencia en forma desinteresada, sincera y profesional.

Por otro lado también queremos agradecer a nuestros pacientes quienes nos permitieron compartir sus experiencias y los cambios que experimentaron durante la terapia.

LISTA DE FIGURAS

<u>FIGURA N°1:</u> Posibles Sistemas Implicados en los Trastornos Asociados al Estrés.....	22
<u>FIGURA N°2:</u> Gráfico de Frecuencia.....	112
<u>FIGURA N°3:</u> Gráfico de Duración.....	113
<u>FIGURA N°4:</u> Gráfico de Intensidad.....	115
<u>FIGURA N°5:</u> Gráfico de las Creencias Irracionales.....	118

LISTA DE TABLAS



<u>TABLA N° 1:</u> Descripción de los Distintos Tipos de Cefalea.....	9
<u>TABLA N° 2:</u> Respuesta al Fenómeno de Estrés.....	19
<u>TABLA N° 3:</u> Distribución de la Muestra Según Edad.....	98
<u>TABLA N° 4:</u> Distribución de la Muestra Según Nivel Educativo.....	99
<u>TABLA N° 5:</u> Distribución de la Frecuencia por Semana.....	102
<u>TABLA N° 6:</u> Distribución de la Duración en la Primera y Segunda Semana.....	103
<u>TABLA N° 7:</u> Distribución de la Duración en la Tercera y Cuarta Semana.....	104
<u>TABLA N° 8:</u> Distribución de la Duración en la Quinta Semana.....	104
<u>TABLA N° 9:</u> Distribución de la Duración en la Primera y Segunda Semana.....	105
<u>TABLA N° 10:</u> Distribución de la Duración en la Tercera y Cuarta Semana.....	105
<u>TABLA N° 11:</u> Distribución de la Duración en la Quinta Semana.....	106
<u>TABLA N° 12:</u> Rangos de Duración.....	106

<u>TABLA N°13:</u> Distribución de la Intensidad en la Primera y Segunda Semana.....	107
<u>TABLA N°14:</u> Distribución de la Intensidad en la Tercera y Cuarta Semana.....	107
<u>TABLA N°15:</u> Distribución de la Intensidad en la Quinta Semana.....	108
<u>TABLA N°16:</u> Distribución de la Intensidad en la Primera y Segunda Semana.....	108
<u>TABLA N°17:</u> Distribución de la Intensidad en la Tercera y Cuarta Semana.....	109
<u>TABLA N°18:</u> Distribución de la Intensidad en la Quinta Semana.....	109
<u>TABLA N°19:</u> Rangos de Intensidad.....	109
<u>TABLA N°20:</u> Comparación del Grupo Experimental y Control en la Semana 1.....	120
<u>TABLA N°21:</u> Comparación de las Creencias Irracionales entre el Grupo Experimental y Control en la Semana 0.....	121
<u>TABLA N°22:</u> Comparación del Grupo Experimental y Control en la Semana 5.....	122
<u>TABLA N°23:</u> Comparación de las Creencias Irracionales entre el Grupo Experimental y Control en la Semana 5.....	123
<u>TABLA N°24:</u> Comparación del Grupo Experimental y Grupo Control Acumulado a la Quinta Semana.....	124

RESUMEN

La presente investigación está orientada a estudiar y analizar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva para la reducción de la Cefalea Tensional Crónica, en pacientes que asisten al Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren. Para este propósito, el programa contempla la modalidad de psicoterapia individual y es desarrollado a través del diseño cuasiexperimental de pre y postprueba en una muestra de 20 pacientes quienes son divididos en 2 grupos: un grupo experimental y un grupo control.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, éstos consisten en el Inventario de Creencias de Navas y en un autorreporte semanal escrito.

Finalmente, el análisis estadístico apoya parcialmente las hipótesis planteadas debido en parte a lo reducido de la muestra utilizada para la presente investigación.

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Frente a los vertiginosos y complejos cambios tecnológicos sufridos por la humanidad en los últimos tiempos, el hombre se ha visto en la imperiosa necesidad de adaptarse a éstos de manera continua lo cual le ha exigido a su organismo estar preparado constantemente frente a cualquier demanda física o psicológica del entorno (Asín, 1994). La respuesta fisiológica natural es lo que se llama estrés, es decir, una forma estereotipada que permite al organismo adaptarse a los cambios externos o internos (Bensabat, 1984).

Sin embargo, cuando los cambios se presentan en forma continuada en el tiempo exigiendo una adaptación frecuente por parte del organismo, comienza a desarrollarse el

fenómeno del estrés crónico lo que puede favorecer que el individuo genere enfermedades psicosomáticas, es decir, aquéllas que no poseen una causa orgánica sino más bien psicógena (Diaz, 1981; Bensabat, 1984; Fustinoni, 1991; Parrochia, 1992). Dentro de éstas, una de las más comunes es la Cefalea Tensional Crónica con una presentación de un 5% en la población en general (Bensabat, 1984; Asín, 1994). A pesar de este elevado porcentaje, se presume que la cantidad de personas que la padecen es aún mayor ya que la gran mayoría presentan una sintomatología leve y con crisis de escasa duración, por lo cual no consultan en los servicios hospitalarios así que no aparecen en los registros médicos (Asín, 1994). Pero en otros casos se presenta como un cuadro grave que, por su intensidad y cronicidad, deteriora de manera importante la calidad de vida de quienes la padecen (Lanzarot y Cerdán, 1972; Bensabat, 1984; Wilson, 1991; Asín, 1994).

En la actualidad el tratamiento médico se orienta sólo a paliar las crisis a través de analgésicos, antidepresivos y/o ansiolíticos los cuales pueden ser incapaces de resolver efectivamente la cronicidad de este tipo de cefalea (Wilson, 1991; Asín, 1994). En estas circunstancias los pacientes constantemente deben estar consultando al especialista y consumiendo fármacos sin que exista una mejoría total ya que no se atacan las variables psicológicas que originan y mantienen la Cefalea Tensional Crónica.

Dado que los factores psicológicos representan una amplia gama de niveles, se ha centrado esta investigación en el nivel cognitivo ya que creemos que la Cefalea Tensional

Crónica puede disminuir al ser modificadas las cogniciones o creencias amenazantes irracionales que mantienen al sujeto en constante alerta, interpretando eventos socioambientales usuales como una constante violación de su adaptación personal. A pesar que nuestro énfasis se sitúa a nivel cognitivo, no menospreciamos la influencia que las otras variables tienen sobre la Cefalea Tensional Crónica.

La investigación está realizada desde una perspectiva cognitivo conductual, dado que esta corriente presenta un gran avance en la comprensión y tratamiento de este desorden. Específicamente, dentro de este enfoque teórico hemos escogido como alternativa terapéutica la Terapia Racional Emotiva dado que ésta ha mostrado ser más eficiente al tener una visión integral del ser humano (Ellis y Grieger, 1981; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Mahoney, 1988; Caballo, 1995), a la vez que es más económica y menos riesgosa a nivel farmacológico.

Frente a lo anteriormente expuesto esta tesis intenta estudiar y analizar si un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva puede disminuir la frecuencia, intensidad y duración de la Cefalea Tensional Crónica y modificar las Creencias Irracionales Ansiosas que presentan estos pacientes.

CAPITULO 2

CEFALEA

En términos generales, los conceptos cefalea o cefalalgia se refieren a todo dolor ubicado en la cabeza (Wilson y Col, 1991) y, aunque aparentemente esta definición puede llevar a creer que no reviste de gran importancia o complejidad médica, distintos estudios y especialistas han llegado a establecer que se trata de un síntoma muy frecuente, presentándose en casi todas las enfermedades, tanto generales como aquellas que afectan al sistema nervioso central (Lanzarot y Cerdan, 1972; Díaz, 1981; Fustinoni, 1991; Wilson y Col, 1991; Parrochia, 1992; Asín, 1994). Debido a esto, actualmente se considera que la cefalalgia presenta un significado incierto (Wilson y Col, 1991) ya que puede ser tanto potencialmente maligna como benigna.

En estrecha relación con lo ya expuesto, el pronóstico de la cefalea difiere según la constelación clínica que lo acompaña (Díaz, 1981; Wilson y Col, 1991). En este sentido, en la mayoría de los casos no pone en peligro ni la vida ni la salud general de aquéllos que la padecen presentando un buen pronóstico, sin embargo, entre un 10 - 15% de las cefalalgias poseen mal pronóstico dado que tras ellas se esconde una grave patología (Díaz, 1981).

Otra manifestación de este “significado incierto” de la cefalea es que ésta se presenta en condiciones muy diversas (Wilson y Col, 1991):

1. Puede aparecer como síntoma acompañante dentro del cuadro clínico de una enfermedad sistémica (enfermedades infecciosas, hipertensión arterial, anemia, alteraciones endocrinas o metabólicas, etc.).
2. La cefalea podría, junto con ser un síntoma, acompañar o anteceder a una enfermedad grave (tumor cerebral o hemorragia meníngea, entre otras).
3. Es la cefalea la que aparece como el fenómeno más importante dentro del cuadro clínico, ya que es en sí toda la enfermedad (éste es el caso de las cefaleas tensionales y vasculares). En estos cuadros, los pacientes que acuden en busca de asistencia médica padecen de cefaleas tan intensas y crónicas que deterioran en gran medida su calidad de vida.

Para clarificar la comprensión de las cefalalgias se señala a continuación una serie de clasificaciones que abordan distintos criterios, gracias a los cuales se puede obtener una mirada sinóptica acerca de este cuadro:

Clasificación de las cefalalgias según su evolución

1. - Agudas
2. - Sub-Agudas:
 2. 1. - Progresivas
 2. 2. - Regresivas
3. - Crónicas:
 3. 1. - Estables
 3. 2. - Recurrentes:
 3. 2. 1. - Periódicas
 3. 2. 2. - Irregulares

Fuente: Boletín del Hospital San Juan de Dios, vol. 22, 1981.

Clasificación de cefaleas según su intensidad

Grado I : Leve : No limita actividad habitual.

Grado II : Moderada : Limita actividad en menos del 50%.

Grado III : Severa : Reduce actividad en más del 50%.

Grado IV : Grave : Requiere reposo en cama.

Fuente: Boletín del Hospital San Juan de Dios, vol. 22, nº2, 1981.

Clasificación de las cefalalgias según su etiología

1. Por hemorragia subaracnoidea.
2. Por procesos expansivos endocraneanos.
3. Cefaleas vasculares (migrañas y no migrañosas).
4. Cefalea de tensión.
5. Heterogéneas (amnesias, intoxicaciones, anóxicas, metabólicas, infecciosas o inflamatorias, post-traumáticas).

Fuente Boletín del Hospital San Juan de Dios, vol. 22, nº2, 1981.

Debido a lo incapacitante del dolor durante las crisis es oportuno mencionar los mecanismos generales a través de los cuales las diversas etiologías anteriormente expuestas provocan dolor (Wilson y Col, 1991):

1. Distensión, tracción o dilatación de arterias intra o extracraneales.
2. Tracción o desplazamientos de venas intracraneales de mayor calibre o de su cubierta dural.
3. Tracción o inflamación de nervios craneales y raquídeos.
4. Espasmos involuntarios, inflamación y traumatismo de músculos craneales y cervicales.
5. Irritación meníngea o aumento de la presión intracraneal.
6. Lesiones ocupantes de espacios intracraneales que deforman, desplazan o traccionan vasos, pares craneales o estructuras durales de la base cerebral.

Para finalizar la exposición acerca de las clasificaciones de la cefalea, se presenta un cuadro comparativo que describe los tipos más frecuentes (Wilson y Col, 1991):

TABLA 1: Descripción de los distintos tipos de cefalea

TIPOS	MIGRAÑA CÓMUN	MIGRAÑA CLÁSICA	CEFALEA EN RACIMO	CEFALEA TENSIONAL
LOCALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> FRONTOTEMPORAL UNILATERAL/BILATERAL. 	<ul style="list-style-type: none"> FRONTOTEMPORAL UNILATERAL / BILATERAL. 	<ul style="list-style-type: none"> UNILATERAL ORBITAL O TEMPORAL. 	<ul style="list-style-type: none"> HOLOCRANEA DE PREDOMINIO OCCIPITAL.
EDAD Y SEXO	<ul style="list-style-type: none"> NIÑOS, ADULTOS, JOVENES O EDAD MEDIANA. MAYOR FRECUENCIA EN MUJERES. 	<ul style="list-style-type: none"> NIÑOS, ADULTOS, JOVENES O EDAD MEDIANA. MAYOR FRECUENCIA EN MUJERES. 	<ul style="list-style-type: none"> ADOLESCENTES Y ADULTOS. MAYOR FRECUENCIA EN HOMBRES. 	<ul style="list-style-type: none"> NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS. AMBOS SEXOS.
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"> DOLOR PULSATIL NAUSEAS O VÓMITOS ES MAS INTENSO DETRAS DE UN OJO O UN OIDO. . 	<ul style="list-style-type: none"> DOLOR PULSATIL FRECUENTEPRODR OMOVISUAL. 	<ul style="list-style-type: none"> DOLOR INTENSO NO PULSATIL 	<ul style="list-style-type: none"> SENSACION DE PRESION TIRANTEZ DOLOR INTENSO.
EVOLUCION EN EL DIA	<ul style="list-style-type: none"> AL LEVANTARSE O EN HORAS MAS AVANZADAS DEL DIA. DURA VARIAS HORAS HASTA DIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> AL LEVANTARSE O EN HORAS MAS AVANZADAS DEL DIA. DURA DE HORAS A DIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> HABITUALMENTE NOCTURNA. DURA UNA O MAS HORAS DESPUES DEL SUENO. . POCO FRECUENTE EN EL DIA. 	<ul style="list-style-type: none"> ES CONTINUA. CON INTENSIDAD VARIABLE.
PATRÓN DE EVOLUCION EN LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> INTERVALO IRREGULAR (SEMANAS O MESES). 	<ul style="list-style-type: none"> INTERVALO IRREGULAR (SEMANAS O MESES). 	<ul style="list-style-type: none"> NOCTURNA SEMANAS / MESES. RECIDIVA AÑOS MAS TARDE. 	<ul style="list-style-type: none"> EPISODIOS RECIDIVANTES DURANTE HORAS O DIAS.
FACTORES QUE LO PROVOCAN	<ul style="list-style-type: none"> INTENSA LUZ. TENSION ALCOHOL 	<ul style="list-style-type: none"> INTENSA LUZ. TENSION ALCOHOL 	<ul style="list-style-type: none"> ALCOHOL 	<ul style="list-style-type: none"> FATIGA TENSION EMOCIONAL
CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	<ul style="list-style-type: none"> NAUSEAS. VÓMITOS. FOTOFOLIA. 	<ul style="list-style-type: none"> CEGUERA. LUCES CENTELLANTES. ENTUMECIMIENTO UNILATERAL ALTERACION EN EL HABLA. 	<ul style="list-style-type: none"> LAGRIMEO. CONGESTION OCULAR UNILATERAL 	<ul style="list-style-type: none"> DEPRESION. ANSIEDAD. IRRITABILIDAD INSOMNIO.

Continuación...

TIPOS	IRRITACION MENÍNGEA	TUMOR CEREBRAL	ARTERITIS TEMPORAL
LOCALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> • GENERALIZADA. 	<ul style="list-style-type: none"> • PARTE ANTERIOR Y POSTERIOR DE LA CIRCUNFERENCIA INTERAURICULAR DEL CRANEO. • HOMOLATERAL CON RESPECTO AL TUMOR, BIFRONTAL, BIOCIPITAL. 	<ul style="list-style-type: none"> • UNILATERAL • TEMPORAL U OCCIPITAL
EDAD Y SEXO	<ul style="list-style-type: none"> • CUALQUIER EDAD • AMBOS SEXOS 	<ul style="list-style-type: none"> • CUALQUIER EDAD • AMBOS SEXOS 	<ul style="list-style-type: none"> • MAYORES DE 50 AÑOS. • AMBOS SEXOS
CARACTERISTICAS CLINICAS.	<ul style="list-style-type: none"> • DOLOR INTENSO CONSTANTE. • DOLOR PROFUNDO EN EL CUELLO. 	<ul style="list-style-type: none"> • VARIA EN INTENSIDAD • DOLOR CONSTANTE • AUMENTA EN EL DECUBITO 	<ul style="list-style-type: none"> • DOLOR INTENSO • DOLOR PERSISTENTE • TRAYECTO ARTERIAL INDURADO Y SENSIBLE
EVOLUCION EN EL DIA	<ul style="list-style-type: none"> • DURA DE HORAS A SEMANAS. 	<ul style="list-style-type: none"> • MINUTOS/HORAS 	<ul style="list-style-type: none"> • ES CONTINUO • INTERMITENTE.
PATRON DE EVOLUCION EN LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • EPISODIO UNICO. 	<ul style="list-style-type: none"> • UNA VEZ EN LA VIDA (SEMANAS/MESES) 	<ul style="list-style-type: none"> • PERSISTENTE POR SEMANAS Y MESES
FACTORES QUE LO PROVOCAN.	<ul style="list-style-type: none"> • FLEXION DEL CUELLO 	<ul style="list-style-type: none"> • EJERCICIOS DE TIPO VALSALVA 	<ul style="list-style-type: none"> • SENSIBILIDAD EN EL CUELLO Y DOLOR EN LAS ARTERIAS.
CARACTERISTICAS ASOCIADAS.	<ul style="list-style-type: none"> • SIGNO DE KERNING Y BRUDZINSKI • VOMITOS • COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL • FIEBRE. 	<ul style="list-style-type: none"> • PAPILEDEMA • VOMITOS • TORPEZA MENTAL 	<ul style="list-style-type: none"> • PERDIDA INTERMITENTE O PERMANENTE DE LA VISION. • MIALGIA REUMATICA Y FIEBRE.

Fuente: Wilson y Col, 1991.

CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA

La cefalea tensional es un dolor de cabeza que corresponde a una respuesta individual al estrés (Sarason, 1980; Díaz, 1981; Spevack, 1984; Labrador, 1988; Strauman, 1994) y se describe como una sensación de presión o constricción, dolorosa, difusa y de localización holocránea con predominio occipital, acompañada de rigidez muscular en el cuello además de una fuerte sensibilidad tanto en esta zona como en el cuero cabelludo (Wilson y Col, 1991; Asín, 1994). Su evolución es habitualmente crónica, estable, constante y persistente a través de varios meses o años lo que trae serios efectos en las actividades cotidianas que realizan aquellas personas que la padecen (Wilson y Col, 1991). A esto debe sumarse el hecho que la cefalalgia no disminuye con ergotamínicos y que los analgésicos tampoco resultan eficaces en el alivio permanente del dolor, por lo tanto, los fármacos realmente no la curan sino más bien resultan ser paliativos momentáneos (Wilson y Col, 1991; Asín, 1994).

Al respecto, es interesante hacer notar que su fisiopatología es hasta ahora desconocida. Comúnmente se había pensado que el origen del dolor era una contracción de músculos craneales y cervicales (Pikienly, 1992; Morales Asín, 1994; Lolas, 1986), sin embargo, existen estudios que muestran que el electromiograma no presenta cambios en la actividad de los músculos involucrados en este tipo de cefalea (Wilson y Col, 1994), aunque otras investigaciones relacionadas también con la actividad muscular muestran

que el dolor es producido por el estado de contracción permanente en la nuca (Lanzarot y Cerdán Vallejo, 1972). Otra línea de pensamiento médico prefiere asociarla con un mecanismo vascular que restringe el flujo sanguíneo a nivel cerebral. Al respecto otros autores señalan que es provocada por un aumento de la tensión nerviosa y una ansiedad crónica que da lugar a un estado de hipertensión vascular (vasoconstricción) seguido de una hipotensión de rebote o vasoconstricción (Díaz, 1981; Lolas, 1986; Wilson y Col, 1991; Dewhurst, 1993; Asín, 1994; Cautela, 1994).

Finalmente, en cuanto al funcionamiento químico de la cefalea tensional pareciera ser que existe una desviación en los mecanismos nociceptivos, los que están relacionados con la disminución de la serotonina sérica y endorfinas en el líquido cefalorraquídeo (Asín, 1994).



CAPITULO 3

ESTRÉS

Este término ha sido definido como “la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga” (Seyle, 1984, p: 19). Esto significa que cualquier demanda, sea física o psicológica (positiva o negativa) provoca una respuesta biológica estereotipada en el organismo para permitir la adaptación del mismo frente a los cambios del medio interno o externo (Bensabat, 1984). Por lo tanto, el estrés es un “proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta del organismo” (Bensabat, 1984, p: 21) que se manifiesta como un estado, llamado Síndrome General de Activación (S. G. A.) el que se caracteriza por un conjunto de modificaciones biológicas, psicológicas, somáticas, funcionales y orgánicas, las que son visibles y cuantificables (Bensabat, 1984).

Los efectos del estrés en el organismo son proporcionales a la magnitud de los cambios tanto internos como externos a los cuales debe hacer frente (Bensabat, 1984).

En cuanto a la duración de estas modificaciones, la respuesta de estrés puede clasificarse como aguda o crónica:

1. Estrés Agudo: Se caracteriza por ser una agresión violenta a nivel físico o psicoemocional, la que se presenta generalmente por un tiempo limitado y frente a la cual el organismo responde de forma violenta, inmediata e intensa, vale decir, corresponde a una reacción de sobrevivencia.
2. Estrés Crónico: Este hace referencia a agresiones que, si bien pueden ser violentas, más frecuentemente son moderadas aunque se repiten con proximidad temporal de manera que exigen una adaptación frecuente (Bensabat, 1984).

En ambos casos el organismo responde de forma física, psíquica y biológica incidiendo en el metabolismo y en el equilibrio bioquímico, pero si la dosis de estrés acumulada sobrepasa el nivel óptimo de adaptación entonces el organismo comenzará a manifestar señales de agotamiento, que en el caso del estrés agudo pueden llegar a ocasionar a veces trastornos psicósomáticos mientras que en el estrés crónico el desgaste psicológico y físico progresivo provocarán las llamadas enfermedades de adaptación (Bensabat, 1984). Para explicar el hecho de que tales enfermedades afectan a un solo órgano o sistema corporal, y sólo rara vez al organismo completo, es interesante

mencionar la Teoría del Punto Débil, según la cual en el cuerpo existiría un órgano más susceptible que otros a sufrir las consecuencias aversivas del medio interno o externo y, aunque el mecanismo biológico del estrés se da siempre de la misma manera, los factores hereditarios, el historial de enfermedades, los hábitos de vida y las características psicológicas van a determinar el órgano o sistema enfermo (Bensabat, 1984).

La Perspectiva Cognitiva del Fenómeno Estrés

La evaluación cognitiva en el tema del estrés psicobiológico aparece primeramente mencionada informalmente y de manera no sistemática (Grinker y Spiegel, 1945; Jarus, 1951; Wallance 1956; Firts y Mathewson 1957; Barber y Coules, 1959; Withey, 1962; Shannon e Isbell, 1963). Sin embargo, Arnold (1960-1970) fue el primer autor que la incorporó sistemáticamente a la literatura psicobiológica, aunque la primera teoría cognitiva del estrés basada en el concepto de evaluación cognitiva fue desarrollada por Lazarus y Folkman en 1984. Estos autores consideran que la evaluación cognitiva implica los procesos de evaluación que se dan entre el afrontamiento y la reacción del sujeto, en base a los cuales el sujeto evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

Desde esta teoría se señala que el impacto del estrés depende de la apreciación que las personas hacen por un lado, acerca de la demanda estresante y, por otro, acerca de los propios recursos para hacerle frente. En el primer aspecto, se está valorando la magnitud de las implicaciones que tiene el cambio estresante sobre el funcionamiento habitual del sujeto y, en el segundo aspecto, se evalúa el grado de autoeficacia del sujeto para controlar el posible impacto; por lo tanto, de la interacción entre la apreciación de la demanda y la evaluación de la autoeficacia parece depender que el estímulo estresante sea percibido como un daño, una amenaza o un reto.

Por otro lado aparece probable que en estas valoraciones intervengan las siguientes variables:

1. Mayor o menor tendencia a procesar la información y a evaluar los propios recursos de forma objetiva (Beck, 1984).
2. La percepción del sujeto acerca de su dominio sobre sus propias habilidades (Averill, 1973).
3. La existencia de habilidades en el repertorio conductual del sujeto (Lazarus, y Folkman, 1984; Cohen, 1985).
4. La duración e intensidad de la demanda estresante (Fernández, 1992).

Con posterioridad al planteamiento teórico de Lazarus y Folkman, la investigación cognitiva ha ampliado aún más la comprensión del estrés psicobiológico abarcando desde las características de las situaciones estresantes (Labrador, 1988) hasta

los efectos globales sobre el sujeto y, por supuesto, las formas terapéuticas más eficaces para solucionarlos (Fierro, 1988).

En relación a los eventos estresantes, Labrador considera que éstos deben reunir algunas de las siguientes características:

1. Incertidumbre: Lo que ocasiona en la persona la sospecha de que la situación puede implicar cierto peligro.
2. Cambio: que genera la necesidad de adaptarse a una circunstancia nueva.
3. Falta de información.
4. Sobrecarga en los canales de procesamiento, por lo tanto el sujeto es incapaz de manejar e integrar todos los datos disponibles.
5. Falta de comportamientos para afrontar y manejar la situación que se presenta. La situación estresante conlleva exigencias que la persona considera que no puede enfrentar.

El mismo autor señala que, frente a los sucesos con las anteriores características, las personas pueden responder con el siguiente proceso:

1. Aumentar de manera importante su nivel de actividad fisiológica con lo cual se produce la disminución de los umbrales sensoriales para así percibir estímulos más débiles, logrando mayor cantidad de información.
2. Incrementar el nivel de activación cognitiva, lo cual lleva a un procesamiento más rápido y preciso de los datos recibidos. Esto ayuda a que la información

se organice mejor, posibilitando que las respuestas sean más adaptativas. Este aumento en la actividad cognitiva posee límites de manera que mientras mayor sea la cantidad de información que se deba manejar más fácilmente se saturará el procesador central.

3. El organismo se prepara para responder rápida e intensamente, sobretodo si la situación estresante amenaza físicamente su integridad (como ejemplo, cabe mencionar el incremento de la actividad del sistema cardiovascular). Si la actividad fisiológica sobrepasa el límite de resistencia del organismo puede provocarse un colapso o agotamiento.
4. Crece el vigor y rapidez en la emisión de conductas motoras. Si se sobrepasa un cierto punto, pueden aparecer comportamientos desorganizados (tics, conductas estereotipadas y repetitivas, entre otros).

De fallar alguno de los pasos anteriores en la resolución de la situación estresante, se mantendrá el aumento de la actividad en su totalidad (Labrador, 1988). Con esto se busca solucionar la emergencia a través de un trabajo aún más intenso y de no lograrlo aparecerá el Síndrome General de Adaptación, estado que representa una serie de costos en todas las áreas de la conducta humana (Bensabat, 1984). Al respecto, la siguiente tabla muestra específicamente las distintas respuestas que surgen en los ámbitos subjetivo, conductual, cognitivo y sobre la salud fisiológica.

TABLA 2: Respuesta al fenómeno de estrés

SUBJETIVOS	CONDUCTUALES	COGNITIVOS	SOBRE LA SALUD	FISIOLOGICOS
Ansiedad.	Predisposición a	Incapacidad de	Asma.	Aumento de niveles de
Depresión.	accidentes.	tomar decisiones	Amenorrea.	catecolaminas en sangre y
Agresión.	Consumo drogas.	y/o concentrarse.	Dolor de espalda y	orina.
Apatía.	Explosiones	Olvidos	pecho.	Aumento en
Aburrimiento.	emocionales.	frecuentes.	Trastornos coronarios.	corticosteroides en sangre y
Fatiga.	Comer en exceso.	Hipersensibilidad	Diarrea.	orina.
Frustración.	Bajo apetito.	a la crítica.	Mareos.	Aumento de azúcar en
Sentimientos de	Beber y fumar en	Bloqueos	Desvanecimientos.	sangre.
culpa.	exceso.	mentales.	Trastornos gástricos.	Aumento ritmo cardíaco y
Vergüenza.	Excitabilidad.		Poliuria.	presión arterial.
Irritabilidad.	Compulsiones.		Cefaleas y migrañas.	Sequedad en la boca.
Mal genio.	Alteraciones del		Pesadillas.	Sudación intensa.
Pobre autoestima.	habla.		Psicosis.	Dilatación de pupilas.
Tensión.	Risas nerviosas.		Alteraciones	Dificultad para respirar.
Nerviosismo.	Incapacidad de		psicosomáticas.	Períodos de calor y frío.
Soledad.	descansar.		Diabetes Mellitus.	“Nudo en la garganta”.
	Temblores.		Perdida del interés	Adormecimiento y
			sexual.	hormigueo en miembros.
			Dermatitis.	

Fuente: Fierro, 1988.

Como puede apreciarse el estrés psicobiológico afecta ampliamente el desenvolvimiento habitual en los sujetos pues no sólo influye sobre todos los aspectos del comportamiento humano sino que, además, a cada una de estas variables se les presenta una larga lista de modificaciones disfuncionales tanto para la persona que las padece como para su entorno (Fierro, 1988).

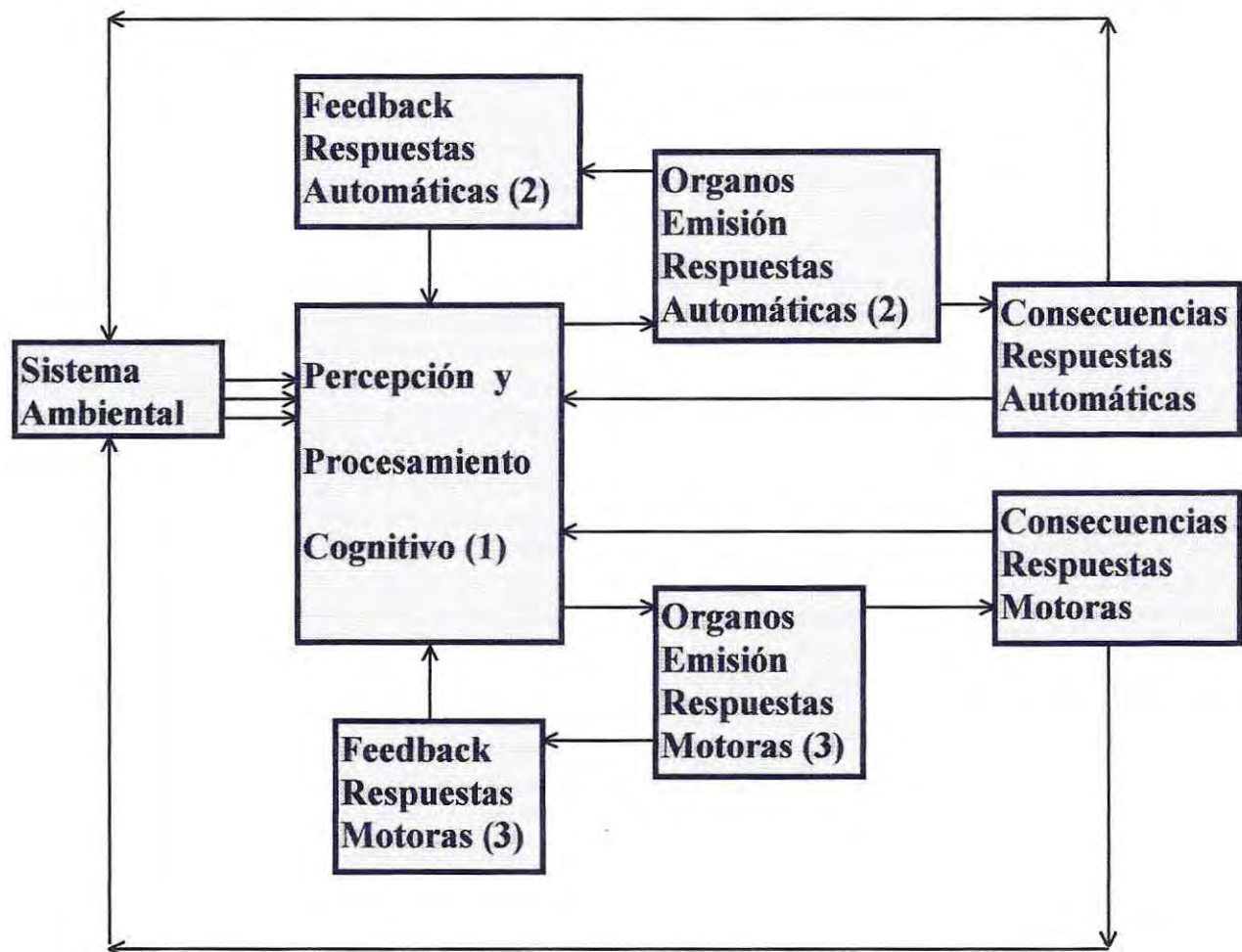
Sistemas Implicados en los Trastornos Asociados al Estrés

Los desórdenes y trastornos provocados por el estrés son causados por fallas en alguno de los siguientes sistemas (Labrador, 1988):

1. Demandas del medio ambiente.
2. Percepción y procesamiento de información.
3. Organos de emisión de respuestas automáticas y el consiguiente feedback sobre el sistema de percepción y procesamiento.
4. Organos de emisión de respuestas motoras y el consiguiente feedback sobre el sistema de percepción y procesamiento.
5. Consecuencias del ambiente sobre la emisión de respuestas automáticas y motoras.

A continuación, se expone una tabla a través de la cual se explican las interacciones entre los posibles sistemas involucrados en las enfermedades asociadas al estrés psicobiológico. En cada caso particular, existe un determinado sistema el cual influye de forma mayoritaria en el trastorno por estrés (Bensabat, 1984). En este sentido, los números que aparecen en cada sistema expuesto en la siguiente tabla representan ciertos procedimientos terapéuticos considerados como aconsejables para resolver las falencias en tal sistema y así resolver la enfermedad por estrés (tales técnicas de intervención serán detalladas más adelante).

FIGURA 1: Posibles sistemas implicados en los trastornos asociados al estrés



Fuente: Fierro, 1988.

Desde esta perspectiva, las relaciones entre los diferentes sistemas son altamente complejas puesto que prácticamente cada uno de ellos interacciona con los demás conformando simultáneamente tanto estímulo como respuesta (Fierro, 1988).

Así mismo, de la tabla anterior se desprende que dependiendo del sistema mayoritariamente implicado en el trastorno por estrés, existirían ciertos procedimientos terapéuticos más efectivos según el tipo de proceso que esté principalmente influyendo en la enfermedad por estrés (Fierro, 1988).

Procesos cognitivos:

1. Resolución de problemas.
2. Autoinstrucción.
3. Inundación.
4. Terapia Racional Emotiva.
5. Modelado Encubierto.
6. Inoculación del Estrés.
7. Desensibilización Sistemática.

Procesos autonómicos:

1. Relajación.
2. Biofeedback.
3. Autocontrol.
4. Desensibilización Sistemática.

Procesos motores:

1. Control de contingencias.
2. Autocontrol.
3. Habilidades Sociales.

Es muy importante considerar la influencia que el nivel cognitivo posee sobre los desórdenes asociados al estrés ya que la mayor parte de tales trastornos están decididamente afectados por este sistema (Labrador, 1988). Al respecto este mismo autor señala que a nivel cognitivo pueden darse las siguientes fallas de procesamiento:

1. Filtrar inadecuadamente la información proveniente del estímulo estresante debido a que las personas perciben sólo ciertos aspectos (generalmente los más negativos o amenazadores).
2. Considerar variables externas (demandas situacionales) o su propio estado (autorreferencia) de manera exagerada en el momento de su evaluación cognitiva.
3. Consideración de una sola forma de interpretación para el evento.
4. Interpretar las circunstancias en términos de todo o nada.
5. Valorar su propio comportamiento en base a criterios inadecuados (por exceso o defecto).

- 6 Incapacidad de distinguir la información relevante de la irrelevante al momento de enfrentarse a la demanda estresante.
7. Incapacidad de procesar cognitivamente todo tipo de información percibida durante la situación estresante.

Desde esta perspectiva teórica, para resolver las falencias en el nivel cognitivo pueden utilizarse las siguientes técnicas (Fierro, 1988):

1. Resolución de Problemas: Esta técnica es útil cuando el sujeto interpreta tardíamente el evento como problemático y, al momento de reaccionar, ya está muy avanzado el problema o sí identifica a tiempo el carácter estresante del evento, pero su reacción es impulsiva y poco eficaz.
2. Autoinstrucción o la Inoculación del Estrés: Son procedimientos indicados cuando el sujeto se desorganiza ante circunstancias amenazadoras, con lo cual no puede evaluar la información ni identificar los estímulos relevantes de los irrelevantes, ni seleccionar los métodos más útiles para enfrentar tal evento.
3. Inoculación por Estrés, Desensibilización Sistemática, Inundación, Modelado Encubierto: Estas estrategias son útiles cuando el sujeto percibe como amenazadoras ciertas circunstancias que objetivamente no poseen tal carácter. Por lo tanto, constantemente se encuentran bajo estrés.
4. Terapia Racional Emotiva: Esta estrategia terapéutica está indicada cuando la persona parte de supuestos (creencias) inadecuadas y según éstas organiza y evalúa su conducta.

CAPITULO 4

ANSIEDAD

Es un estado emocional que engloba una serie de manifestaciones a nivel cognitivo, afectivo, somático y conductual, las que se presentan en una forma muy compleja e integrada (Navas, 1991; Chertok, 1994; Rojas, 1995).

La ansiedad se caracteriza por ser una experiencia difusa dado que surge de una vivencia subjetiva de temor frente a una señal de peligro (no objetiva), la cual el sujeto interpreta como altamente amenazante para él (Lindsay y Norman, 1986; Chertok, 1994; Rojas, 1995). Es así como la ansiedad surge y es determinada en cuanto a su forma de presentación (fobias, ansiedad generalizada, etc.) por el modo en que los individuos procesan la información (Rojas, 1995).

Para una comprensión más acabada de la complejidad y diversidad de las manifestaciones de la ansiedad, se presenta un resumen de sus características (Navas, 1991; Chertok, 1994; Rojas, 1995):

Síntomas físicos

A nivel somático las respuestas son producidas por el sistema nervioso central simpático y parasimpático presentándose de las siguientes formas:

1. Taquicardia e hipertensión arterial.
2. Dilatación pupilar.
3. Vaso constricción generalizada.
4. Temblores finos en extremidades.
5. Hipersudoración.
6. Sequedad de la boca.
7. Sensación de ahogos o de opresión torácica.
8. Náuseas, vómitos.
9. Espasmos gastrointestinales.

10. Sensación pseudovertiginosa e inestabilidad en la marcha.

Síntomas psicológicos

1. Sensación de desasosiego y agobio.
2. Estado de desesperanza.
3. Una diversidad de temores, los cuales se caracterizan por ser difusos.
4. Existe una disminución en la capacidad de atención.
5. Sensación de inseguridad.

Síntomas conductuales

1. Conducta de alerta e hipervigilancia.
2. Inhibición conductual y dificultad para la acción, incluso en trabajos simples.
3. Bloqueo afectivo.
4. Inquietud psicomotora.

5. Expresión facial congelada (asombro, duda, estupor).
6. Expresión facial displacentera: frente fruncida y tensión en las mejillas, boca, mentón y mandíbulas.
7. Voz cambiante.
8. Descoordinación de manos y brazos.

Síntomas cognitivos:

Estos se manifiestan dependiendo de la elaboración que haga el individuo de la información que incorpora así como de sus recuerdos, experiencias previas, etc. lo que hace que el estilo de procesamiento sea individual, subjetivo y característico de cada persona. Estos se pueden presentar de la siguiente forma:

1. Expectativas negativas generalizadas.
2. Presentan un estilo de pensamiento distorsionado (sin lógica y con emoción negativa).
3. Pensamiento autoritario y estereotipado (pensamiento irreflexivo e impulsivo).
4. Presentan problemas de memoria y concentración.
5. Tendencia a sentirse afectado negativamente.

Perspectiva Cognitiva de la Ansiedad

Para explicar la generación de la ansiedad desde la perspectiva cognitiva se presentan los tres tipos de problemas que se generan en distintos niveles de funcionamiento (Fernández, 1992):

1. Fallas de focalización:

Estas se pueden producir por tres razones:

- 1.1. Que frente a un acontecimiento, el individuo seleccione la información en forma errónea.
- 1.2. Que en una situación determinada, el sujeto ingresa una mayor cantidad de información de la que el sistema está en condiciones de procesar.
- 1.3. Que el nivel de la información que incorpora, es de una complejidad más elevada, para la cual sus esquemas disponibles no están preparados.

Estas fallas de focalización pueden gatillar estados de ansiedad debido a que en situaciones normales el organismo está acostumbrado a procesar una determinada cantidad de información con un cierto nivel de complejidad, la que se mantiene dentro de ciertos rangos; sin embargo, cuando se presentan algunas circunstancias que aumentan la cantidad y calidad de la información que se incorpora al sistema, superando los límites habituales, es muy probable que se llegue a desarrollar en el individuo estados de ansiedad.

2. Fallas en los mecanismos de clasificación:

Estos mecanismos de clasificación, se relacionan con los sistemas de memoria y cumplen la función de incorporar la nueva información, relacionándola con los esquemas anteriores y permitiendo su utilización en situaciones futuras.

Dentro de este marco, la ansiedad puede ser producida por ciertas disfunciones a nivel de las operaciones clasificatorias. Aquí el problema radica en que la persona no puede acceder en forma eficiente a los recuerdos almacenados lo que le impide disponer de su aprendizaje y de la experiencia previa que le permitió llevar a cabo la resolución del problema en alguna ocasión anterior, por lo tanto, aquí el individuo se ve enfrentado a una situación de incertidumbre elevando así su nivel de ansiedad.

3. Fallas en los esquemas nucleares de procesamiento:

Aquí el problema de funcionamiento que desencadena un estado ansioso se presenta porque la persona posee un sistema de creencias que le lleva a procesar negativamente una situación y a percibirla como altamente atemorizante, lo que le genera síntomas de ansiedad.

Muy relacionado con lo anterior, Beck y Emery postularon que el funcionamiento cognitivo de la ansiedad gira en función los temas Aceptación, Competencia y Control, los que presentan un sentido común, el de la amenaza (Caballo, 1995).

1. Aceptación:

El paciente tiene la creencia de que tiene que ser aceptado por todos quienes le rodean para ser feliz, lo que lo hace estar siempre vigilante a las reacciones de rechazo o aprobación de los demás.

2. Competencia:

Estos sujetos se caracterizan porque se consideran inferiores a los demás debido a una minusvalía física, intelectual, racial, entre otras. Cuando asumen este patrón tienden a autosabotearse frente a ciertos trabajos, evitando responsabilidades ya que creen no poder asumirlas. Este tipo de cognición refleja una subestimación de sus potencialidades y una exageración de sus debilidades.

3. Pérdida del control:

Estas personas se caracterizan porque temen la dominación de otros (personas, situaciones) sobre ellos, considerándolos como una amenaza frente a la cual reaccionan con ansiedad. Sin embargo, no son estos estímulos externos los que perciben como amenazantes sino la posible pérdida de su autocontrol.



CAPITULO 5

FUNDAMENTO TEORICO DE LA TERAPIA COGNITIVA

El organismo siempre está expuesto a una gran cantidad de estímulos (tanto del medio interno como externo) de los cuales atiende a algún segmento e ignora el resto (al menos temporalmente) para mantener una relación significativa y adaptativa con su medio. De ahí la relevancia que posee para el ser humano los llamados procesos cognitivos; los cuales abarcan desde la teoría cognitiva-conductual a “ los procesos simbólicos, mentales e inferidos (no directamente observables) de los humanos” (Ellis, 1980).

Consecuentemente, estos fenómenos encubiertos son variables legitimadas científicamente como necesarias desde un punto de vista clínico ya que son observados por su poseedor pudiendo investigarse empíricamente y someterse al control experimental. Estos eventos encubiertos (también llamados coverantes u operantes encubiertos de la mente) son parte de toda conducta, por tanto, no considerarlos genera una división mente-cuerpo, que no es sostenida por ninguna perspectiva cognitiva-conductual ni por la presente tesis (Yates, 1977).

Para la terapia cognitiva-conductual, la emoción, la cognición y la conducta se hayan inextricablemente relacionadas, es decir, toda persona al pensar también siente y actúa; cuando siente, paralelamente está pensando y comportándose; por último, al comportarse simultáneamente piensa y se emociona (Lazarus, 1976; Navas, 1988; Ellis, 1994). Por lo tanto, cuando se modifica alguno de estos tres aspectos también se producen cambios en los otros dos (Navas, 1988; Ellis, 1994).

La terapia eficaz, desde esta línea, utilizará técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para que los clientes mejoren sus disfuncionalidades (Navas, 1988; Ellis, 1994).

Debido al tema de la presente tesis se profundiza el aspecto cognitivo, el cual según esta teoría parte del supuesto de que existen importantes estructuras cognitivas que

están organizadas jerárquicamente en categorías y cuyo funcionamiento está profundamente interrelacionado (Fernández, 1992; Beck, 1995).

Estas estructuras o esquemas cumplen la función de organizar la experiencia y determinan la forma en que cada persona se representa el mundo (Fernández, 1992; Chertok, 1994; Beck, 1995). Estos esquemas están conformados por unidades básicas (sistemas de creencias, ideas, recuerdos, etc.) las que en definitiva guían toda la forma en que se incorpora y procesa la información, por lo tanto, son los esquemas los responsables de la secuencia que va desde que se percibe un estímulo hasta la consecuente conducta o estrategia que se adopta para hacer frente a una situación determinada. Por consiguiente, los esquemas influyen sobre los patrones de pensamiento, conductuales y afectivos (Fernández, 1992; Ellis, 1994; Beck, 1995) y, a través de los cuales, se refleja la forma y estilo particular de enfrentar la realidad.

Esta forma en que se construye la realidad se realiza a partir de las estructuras de significado, también llamadas unidades básicas, las que se caracterizan por actuar como un sistema organizado e integrado, los cuales tienden a preservarse en la medida en que el individuo pueda atribuir sentido o significado a su experiencia (Fernández, 1992; Beck, 1995).

Estas estructuras de significado se desarrollan y organizan en forma dinámica operando directamente sobre la selección y procesamiento de la información relacionada

con la experiencia y, dado que ésta es cambiante, las estructuras también tenderán a evolucionar conforme vayan respondiendo a las necesidades del medio y a las exigencias de organizar la experiencia (Fernández, 1992; Chertok, 1994; Beck, 1995).

Esta capacidad que poseen los seres humanos de adaptarse en forma activa a su experiencia es al mismo tiempo autorganizante dado que son ellos quienes modifican los significados de forma cada vez más elaborados y complejos, generándose así nuevos guiones los que le permitirán un acercamiento más eficaz al mundo (Fernandez, 1992; Beck, 1995).

Dada la importancia de los esquemas en las distintas formas de procesamiento, se presentará una clasificación de éstos, la que permitirá tener una visión más acabada sobre los mismos.

Clasificación de los esquemas (Beck, 1995)

Estos pueden dividirse según sus distintas características:

1. Esquemas según sus funciones:

1.1 Esquemas cognitivos: Estos se relacionan con las funciones de abstracción, interpretación, recuerdo, etc.

1.2 Esquemas afectivos: Son los que tienen una importante función en la generación de sentimientos.

1.3 Esquemas motivacionales: Estos se relacionan con los deseos de los individuos.

1.4 Esquemas instrumentales: Se caracterizan por realizar funciones de control, autoobservación, inhibición, acción o dirección.

2. Esquemas según sus cualidades:

2.1 Esquemas de amplitud: Estos se caracterizan por su dimensión, es así como pueden ser reducidos, discretos y amplios.

2.2 Esquemas de flexibilidad o rigidez: Estos se caracterizan por su grado o capacidad de modificación.

2.3 Esquemas de densidad: Estos se clasifican según su preeminencia relativa en la organización cognitiva.

3. Esquemas según su valencia o grado de activación :

3.1 Esquemas latentes: Son aquéllos que no participan en el procesamiento de información.

3.2 Hipervalente: Estos se caracterizan porque participan activamente y canalizan el procesamiento.

Cuando estas características permiten una evolución en forma armónica y coherente de la experiencia, se está hablando de esquemas que resultan funcionales para el individuo. Sin embargo, cuando los esquemas no permiten que se estructure la experiencia dificultando así los procesos de diferenciación y diversificación de los significados, se estará entonces frente a esquemas que resultan disfuncionales para el individuo (Fernández, 1992; Beck, 1995). Esto se puede deber, entre otras razones, a que los esquemas adquieren rasgos de rigidez, se vuelven más imperativos o éstos tienden hacia una generalización excesiva, lo que interfiere en el procesamiento de la información generando distorsiones en las interpretaciones que se hacen a partir de ellas (Navas, 1988; Fernández, 1992; Ellis, 1981, Beck, 1995).

CREENCIAS IRRACIONALES

La teoría cognitiva parte del supuesto de que las metas básicas y fundamentales del ser humano están orientadas a la supervivencia y a la búsqueda de un nivel adecuado de disfrute o de felicidad (Navas, 1988). Es así que cuando se encuentran patrones que bloquean el logro de estas metas o que conducen a consecuencias contraproducentes y autodestructivas se habla de pautas o creencias irracionales, dado que éstas tienden a interferir sin razón alguna con la propia vida, satisfacción y desarrollo del individuo (Navas, 1988; Navas, 1991; Ellis, 1994).

En relación a las creencias irracionales, Ellis postula que ellas “no solamente brotan de tu tendencia humana a ver el mundo algo deformado y a hacer afirmaciones antiempíricas acerca de lo que te ha ocurrido o te ocurrirá probablemente, sino de tus afirmaciones exigentes e imperativas acerca de “te debería ocurrir” o es “preciso que te ocurra” de tal forma que así puedas conseguir absoluta y necesariamente lo que desees” (Ellis, 1994, p: 22). Este mismo autor postula que estas afirmaciones antiempíricas e irracionales se caracterizan porque ellas reflejan cualidades absolutistas, exageradas, imperativas y extremas lo que conduce a estados emocionales perturbados y conductas disfuncionales, produciendo infelicidad en el individuo (Navas, 1988; Ellis, 1994; Beck, 1995).

En el presente trabajo y, para una mejor comprensión, se adoptará la definición de Albert Ellis sobre las creencias irracionales las cuales “son conclusiones erróneas acerca del mundo que lleva a problemas emocionales y conductuales que pueden derivar de un proceso de razonamiento en el cual una persona emplea una asunción o premisa acerca del mundo la cual no está basada en ninguna evidencia sostenible lógicamente, para llegar a una conclusión errónea” (Navas, 1988, p: 78).

Junto con lo anteriormente expuesto, la premisa básica de la teoría cognitiva es que toda perturbación emocional y conductual se deriva de distorsiones a nivel cognitivo (Navas, 1988; Goldfried, 1993; Chertok, 1994; Beck, 1995), es decir, que la psicopatología para este enfoque es una condición de irracionalidad que se presenta cuando se genera una distorsión del proceso (paso que antecede la formación de las creencias irracionales) lo que posteriormente deriva en una distorsión del contenido (lo que Ellis entiende como creencias irracionales) produciéndose así un estado de perturbación para el individuo (Navas, 1988; Ellis, 1981; Beck, 1983; Beck, 1995).

A continuación se exponen las características de cada una de las dimensiones de proceso y de contenido:

Distorsiones de proceso

1. Sobregeneralización (Beck): Esta consiste en sacar una conclusión en base a un incidente simple o aislado (Beck, 1983; Navas, 1988; Ruiz, 1994).
2. Exageración o catastrofización (Beck): Se caracteriza por una tendencia a negativizar las consecuencias de un acontecimiento o a enfatizar más los aspectos displacenteros de éstos (Beck, 1983; Navas, 1988).
3. Pensamiento dicotómico (Beck): Los juicios que efectúan los sujetos se basan en categorías extremas y opuestas, del tipo todo o nada (Beck, 1983; Navas, 1988; Ruiz, 1994).
4. “Deberizaciones” (Ellis): Esta se presenta cuando establecemos expectativas acerca de nosotros y de los demás en función a lo que debería ser, las que resultan muy elevadas e irreales por lo que tienden a producir fracasos y desilusiones (Navas, 1988; Ellis, 1994; Ruiz, 1994).
5. Inferencia arbitraria (Burns): La persona llega a conclusiones sin que exista una evidencia objetiva o a través de una información inadecuada. Este autor propuso dos formas (Beck, 1983; Navas, 1988; Ruiz, 1994):
 - 5.1 Leer la mente: Esta distorsión surge de la inferencia que hace la persona a partir de sus propios supuestos (sin base objetiva) , lo que le lleva a suponer que las otras personas piensan o sienten de una determinada manera formándose así una opinión sin haberla evaluado racionalmente en

función de los hechos. Todo lo anterior hace que la persona responda de acuerdo a esas premisas facilitando el proceso de “profecía autocumplida” (Navas, 1988; Ruiz, 1994).

5.2 Error del adivino: Este se caracteriza porque la persona tiende a anticiparse al futuro con una expectativa negativa y catastrófica, asumiendo esta predicción como un hecho cierto (Navas, 1988; Ruiz, 1994).

6. Abstracción selectiva (Beck): Este consiste en que la persona se enfoca en un detalle simple tomado fuera de contexto e ignora otros detalles, llegando a conceptualizar la totalidad de la experiencia de esta manera (Beck, 1983; Navas, 1988; Ruiz, 1994).
7. Personalización (Beck): Esta forma de distorsión se caracteriza porque, aún cuando exista una evidencia contraria, la persona tiende a pensar que todos los acontecimientos o sucesos externos tienden a estar muy directamente relacionados con ella, lo que puede dar origen a sentimientos de culpa o de responsabilidad excesiva (Beck, 1983; Navas, 1988; Ruiz, 1994).
8. Razonamiento emocional (Burns): Este se presenta cuando el sujeto elabora e interpreta sus juicios y creencias en función de sus sentimientos y/o emociones, las que considera como una evidencia de realidad, distorsionando así los hechos objetivos (Navas, 1988; Ruiz, 1994).
9. Etiquetamiento y maletiquetamiento (Burns): Esta se define como “ la inclinación de la persona a crear una imagen de sí mismo y de los demás completamente negativa y basada en errores” (Ruiz, 1994, p: 57) lo que

implicaría una sobregeneralización y pérdida de otros aspectos importantes de la persona, formándose una opinión parcializada de sí misma (Navas, 1988; Ruiz, 1994).

10. Descontar lo positivo: Esta distorsión se relaciona con la tendencia de la persona a minimizar sus éxitos y logros (Navas, 1988).

Distorsiones de contenido

Estas se pueden presentar en el proceso de razonamiento y pueden estar formadas por una o más distorsiones a la vez. Es a este tipo de distorsiones a las que Ellis denomina específicamente como creencias irracionales. Según Ellis las más características de este tipo de distorsiones son (Navas, 1988):

1. La imperiosa necesidad de las personas de obtener amor y aprobación por parte de quienes le rodean (Mahoney, 1988; Navas, 1988).
2. Se tiene la idea de lo terrible, que es cuando las cosas no resultan en la forma en que ellos desearían (Mahoney, 1988; Navas, 1988).
3. Parten del supuesto de que la infelicidad del ser humano se debe a causas externas y, por lo tanto, los problemas que se derivan de estos hechos escapan a su control (Mahoney, 1988; Navas, 1988).

4. Tienen la idea de que frente a situaciones amenazantes, peligrosas o conflictivas deben asumir una conducta de evitación o escape (Mahoney, 1988; Navas, 1988).
5. Parten de la premisa de que siempre hay una solución perfecta para un determinado problema, la que debe ser encontrada o de otra forma se estaría ante un fracaso (Mahoney, 1988; Navas, 1988; Ruiz, 1994). Por lo tanto, aquí las personas suponen que se debe tener un control total y perfecto sobre las cosas (Mahoney, 1988; Navas, 1988).
6. Parten del supuesto de que ellos deberían ser exitosos y competentes en todas las áreas posibles (Mahoney, 1988; Ruiz, 1994).
7. Los sujetos tienen la idea de que, porque alguna vez una situación los afectó, los resultados de ésta deberían durar indefinidamente (Mahoney, 1988).

Dentro de éstas, la distorsión más relevante para el presente trabajo es la número cuatro dado que de ella surgen las ideas irracionales que se presentan en los pacientes ansiosos.

La mayoría de las creencias irracionales se pueden enmarcar dentro de las siguientes cuatro categorías (Navas, 1988; Ellis, 1994):

1. Declaraciones catastróficas: Estas se caracterizan por exagerar las consecuencias negativas de las situaciones.

2. Demandas irreales: Estas se presentan en forma de deberizaciones impuestas sobre ellos mismos, sobre los demás y sobre determinados eventos.
3. Declaraciones de evaluación: Estas se manifiestan como una tendencia a valorizar o categorizar en distintos niveles a los seres humanos, es así como bajo esta perspectiva existen personas más valiosas o importantes que otras.
4. Declaraciones de necesidad: Estas se caracterizan porque son demandas absolutistas y arbitrarias de felicidad.

Estas formas de distorsiones (de proceso y de contenido) están presentes en las cuatro categorías básicas, dificultando el procesamiento de la información y haciendo más probable el desarrollo de una sintomatología patológica dado que sus características de frecuencia, intensidad y duración se encuentran en un rango mayor de lo esperado lo que produce una limitación y bloqueo en la consecución de la satisfacción y felicidad del individuo (Navas, 1988).

Origen de las Creencias Irracionales

La orientación cognitiva postula que a la base del sistema de creencias existen tanto tendencias biológicas como de factores ambientales, las que pueden contribuir a

desarrollar reacciones contraproducentes para el sujeto (Beck, 1983; Navas, 1988; Chertok, 1994; Ellis, 1994).

Estas tendencias pueden ser adquiridas en el proceso de socialización, aprendizaje y por distintas formas de interacciones que se han dado en el individuo, sobretodo en edades muy tempranas de su vida en donde se inculcaron las normas y valores familiares así como también ciertas influencias culturales y sociales las que lo han condicionado a una cierta forma de razonamiento.

La perpetuación de estas pautas se debe a (Fernández, 1992; Guissepp, 1986; Freeman, 1987; Leaf, 1989):

1. Locus de control externo: Las personas tienden a atribuir la causa de sus problemas a las circunstancias o a otras personas, más que a su sistema de creencias.
2. Las personas permanecen en su sistema dado que actúan en relación a sus propias expectativas y predicciones, lo que se explica como el fenómeno de profecía autocumplida.
3. La baja tolerancia a la frustración que presentan algunos sujetos es otra forma para explicar la resistencia al cambio. Esta se caracteriza por llevarlos a evitar el costo y el trabajo necesario para lograr cambios a nivel psicológico, aún cuando les pueda reportar beneficios en el largo plazo.

4. Los seres humanos poseen la tendencia a repetir las conductas, esquemas cognitivos y de acción ya que les permiten mantener una cierta congruencia y continuidad interna, asegurándole así un grado de certidumbre y seguridad.

Con todo lo anteriormente expuesto, es conveniente recalcar la importancia que presentan las creencias irracionales para este enfoque, el que está orientado a buscar y descubrir los pensamientos y cogniciones subyacentes a toda perturbación emocional.

Para un entendimiento más completo sobre las aplicaciones concretas de este enfoque, se exponen los objetivos, definiciones y características de la Terapia Racional Emotiva ya que ésta es el área dentro de la perspectiva cognitiva que sustenta el trabajo terapéutico en esta tesis debido a su efectividad y su capacidad para integrar y abarcar las distintas áreas del comportamiento humano.

CAPITULO 6

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Esta terapia se engloba dentro de las terapias cognitivas-conductuales y, por lo tanto, parte de la premisa de que la cognición, la emoción y la conducta humana están íntimamente relacionadas, ejerciendo una influencia recíproca entre sí por lo que se utilizan estrategias que apuntan a esas tres modalidades del comportamiento humano (Navas, 1988; Ellis, 1994).

La Terapia Racional Emotiva se caracteriza por ser un procedimiento terapéutico activo-directivo cuyo objetivo consiste en ayudar a los pacientes a identificar y modificar los patrones disfuncionales, que serán reemplazados por otras formas cognitivas más

racionales y efectivas que les permitirán lograr una adaptación más realista y satisfactoria en su medio (Navas, 1988; Ellis, 1994; Chertok, 1994).

Otra característica de esta corriente, es la forma en que contrarresta los guiones o expresiones cognitivas disfuncionales por medio del método lógico empírico. Es así como el terapeuta formula hipótesis sobre las creencias del paciente intentando comprobarlas y refutarlas en forma sistemática durante el transcurso de la terapia. Es importante hacer notar que el ataque es dirigido al sistema de creencias irracionales y en ningún caso a la persona, la que es respetada y aceptada (Navas, 1988).

Otro rasgo distintivo de este enfoque es que se centra en el presente, en el “aquí y en el ahora”, dado que no busca determinar las causas que originaron el problema; por el contrario, intenta determinar el actual sistema que mantiene los patrones que generan la conducta perturbada (Navas, 1988; Ellis, 1994).

Dado que la Terapia Racional Emotiva busca perpetuar el cambio y la autonomía del paciente en el corto plazo, el terapeuta se orienta a:

1. Enseñarle al paciente a identificar y contrarrestar sus patrones negativos.
2. Que el paciente aprenda a reconocer la relación que existe entre sus pautas cognitivas, afectivas y conductuales.
3. Que aprenda a verificar la evidencia que exista en favor o en contra de sus patrones automáticos negativos.

4. Enseñarle al paciente a cambiar estos pensamientos distorsionados por otros más realistas y beneficiosos.
5. Que el paciente llegue a la conclusión que es él quien crea sus propias perturbaciones y que éstas no son determinadas por las circunstancias externas.

Investigaciones que Apoyan los Postulados de la Terapia Racional Emotiva

Toda teoría psicoterapéutica requiere, además de una buena consistencia lógica en sus postulados, una base empírica que los apoye. Es así que las hipótesis que plantea la Terapia Racional Emotiva han sido sometidas a investigaciones rigurosas desde la década de 1950. Los resultados arrojados por el 90% de estos estudios confirman los postulados de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1994).

A continuación se presentan algunas de las principales hipótesis de la Terapia Racional Emotiva y las investigaciones que las avalan (Ellis, 1994).

Hipótesis 1: El pensamiento produce la emoción.

Como se expuso anteriormente en el marco teórico, la cognición y las emociones están estrechamente relacionadas. Es así como las reacciones emocionales y conductuales de las personas son influidas por las creencias y premisas que poseen respecto del evento determinado.

Esta hipótesis tiene el apoyo empírico en las siguientes investigaciones:

Bandura (1969, 1974); Bannister (1971); Bannister y Fransella (1973); Bem (1967); Gray, Gray y Gray (1975); Irwin (1971); Kagan (1972); Kendler (1971); Lazarus (1971, 1974, 1976); Lazarus y Averill (1975); Lazarus, Averill y Opton (1970); London y Nisbett (1974); Mandler (1975); Meichenbaum (1974, 1975, 1977); Neisser (1966); Pavlov (1941); Schacter (1965, 1966, 1971); Theisen (1973); Wardell y Royce (1975); Weimer y Palermo (1974) y Weiner (1974).

Hipótesis 2: La cognición influye sobre el estado anímico de las personas.

Los estados de ánimo en las personas son influidos tanto por las cogniciones o creencias que tengan respecto de sí mismos como por su percepción del entorno. Esta

hipótesis se relaciona con la hipótesis anterior, así como con los temas de desamparo aprendido y de expectativas (Ellis, 1994).

Los estudios que confirman esta hipótesis son los siguientes:

Anderman (1972); Blue (1975); Coleman (1975); Hale y Strickland (1976); Valten (1967, 1968).

Hipótesis 3: La consciencia, insight y la auto-indicación afectan la conducta.

La capacidad que tienen los seres humanos para pensar respecto de sus pensamientos y de sus conductas, les permite efectuar modificaciones y cambios en éstos.

Cuando una persona se encuentra perturbada emocionalmente es probable que aumente o disminuya su perturbación dependiendo de cómo procese el problema. Es así que estas capacidades de consciencia, insight y autoindicaciones incluyen los procesos cognitivos que influyen y producen cambios a nivel conductual y emocional.

Las siguientes son las investigaciones que confirman esta hipótesis:

Berne (1961, 1964); Bandura y Jeffaly (1973); Batson (1975); Cradler y Goodwin (1971); Friedman (1972); Ellis (1957, 1958, 1962, 1973); Friedman (1972); Jones

(1975); Kelly (1955); Muehlman (1972); O' Donnell Y Brown (1975); Vargas y Adesso (1976); Wexler (1974) y Wortman (1974).

Hipotesis 4: La cognición, la emoción y la conducta están interrelacionadas.

Estas tres entidades están estrechamente relacionadas y se influyen recíprocamente, por lo tanto, un cambio en cualquiera de estas modalidades implica necesariamente una alteración en las otras dos.

A continuación se presentan los estudios que la confirman:

a) Cuando las personas tienen cambios a nivel conductual también éstos se manifiestan a nivel cognitivo y emocional.

Becker, Horowitz y Campbell (1973); Bell (1972); Byrne, Fisher, Lamberth y Mitchell (1974); Caulfield y Martin (1976); Detweiler y Zanna (1976); Diamond y Shamiro (1973); Fisher y Winkler (1975); Grezsiak y Locke (1975); Jacobs, Jacobs, Cavior y Burke (1974); Kopel y Arkwitz (1974); Krisher, Darley y Darley (1973); Laird (1974); Perez (1973); Schacter y Singer (1962); Strog y Gray (1972).

b) Los investigadores que confirman la idea que los cambios en los conocimientos producen cambios en la emoción y la conducta son los siguientes:

Acock y de Fleur (1972); Arnheim (1969); Arnold (1960); Bandura (1974); Batson (1975); Brown (1973); Dienstbier, Hillman, Lehnhoff, Valkenaar (1975); Hickey (1976); Kiesler (1971); Klix (1971); Marshall, Strawbridge y Keltner (1972); Raimy (1975); Wexler (1974).

c) Las investigaciones que apoyan la idea las modificaciones en las emociones afectan de modo significativo las cogniciones y las conductas de las personas son:

Cook, Pallak y Sogin (1976); Coons y Mc Eachern (1976); Giesen y Hendrick (1974); Hale y Sdrckland (1976); Horowitz (1973); Landfield (1971); Level y Martin (1975); Strickland, Hale y Anderson (1975) y Wine (1971).

Hipótesis 5: Las emociones y la conducta son influidas por los errores de atribución.

Muchas de las perturbaciones emocionales surgen de los errores de atribución cognoscitivas.

Los estudios que apoyan esta hipótesis son los siguientes:

Bem (1965, 1966, 1967); Davisen y Gatchet (1971); Davison y Valis (1969); Nisbett y Schacter (1966); Kelly (1968); Khenke (1975); Koeing (1973); Krebs (1975); Sullivan (1969); Wooley (1975).

Hipótesis 6: El estilo terapéutico activo-directivo resulta más útil que la terapia pasiva.

Dado que los hábitos cognitivos están muy arraigados, es muy difícil que éstos no aparezcan nuevamente si es que no son tratados en forma más directiva.

Los investigadores que confirman esta posición son los siguientes:

Blumberg (1972); Curren, Gilbert y Little (1976); Ellis (1957, 1958, 1962, 1972, 1974); Ferenczi (1952); Garner (1970); Golfried y Davison (1976); Greewald (1967); Haley (1961, 1963); Homme (1969); Matarazo (1962); O'Connell (1966); Pachwood (1974); Padfield (1976); Perls (1969); Piaget (1970); Regardie (1952); Thorne (1950); Warren y Rice (1972); Wolpe (1956) Y Wolpe y Lazarus (1967).

El Modelo A-B-C de la Terapia Racional Emotiva

Dentro del esquema A-B-C-D-E propuesto por Ellis, las etapas del A-B-C están orientadas a determinar claramente el acontecimiento frente al cual el paciente se perturba, los pensamientos que existen a la base y las manifestaciones que se derivan de éstos. A pesar de que son expuestos separadamente por motivos didácticos, en la realidad los componentes del modelo A-B-C están interrelacionados (Navas, 1988; Chetok, 1994; Ellis, 1994; Ruiz, 1994).

Para un entendimiento más acabado de este modelo, se explica cada una de las fases de este proceso.

Etapas: **Etapa A:** Evento activante que la persona interpreta como perturbador, sin embargo, no causa ni produce directamente las consecuencias de la fase C.

Las personas, según Ellis, van a responder al acontecimiento activante en función de:

1. Su predisposición biológica o genética.
2. Su historia constitucional.
3. Su aprendizaje anterior a nivel interpersonal y social.
4. Sus pautas de hábitos predisuestos y adquiridos.

Etapa B: Son las cogniciones o creencias que las personas presentan frente al evento activante (Navas, 1988; Chertok, 1994; Ellis, 1994; Ruiz, 1994). Estas se pueden dividir en:

1. **Creencias Racionales:** Las que se caracterizan por ser pensamientos realistas acerca de A y llevan a las personas a desarrollar conductas apropiadas. Estas creencias son consideradas racionales dado que no son dogmáticas ni absolutistas, sino más bien indican una preferencia o deseo por parte del sujeto.
2. **Creencias Irracionales:** Son consideradas como irracionales dado que bloquean y dificultan el funcionamiento normal del individuo produciendo estados emocionales perturbados y conductas disfuncionales. Estas creencias se caracterizan por intensificar sus deseos transformándolos en demandas o exigencias absolutistas.

Etapa C: Son aquellas consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales que surgen de la evaluación que hace la persona acerca de A por medio de su sistema de creencias B (Navas, 1988; Chertok, 1994; Ellis, 1994; Ruiz, 1994).

Las etapas D y E, o también llamadas “working through”, son las más importantes dentro de la Terapia Racional Emotiva ya que en ellas se logra que el paciente abandone sus ideas irracionales sustituyéndolas en su sistema cognitivo por creencias lógicas y

adaptativas. De esta manera, se busca la permanencia de los cambios terapéuticos alcanzados durante la Terapia Racional Emotiva.

Etapa D “de Debate”: Mediante una metodología lógico-empírica, el terapeuta enseña al paciente:

1. Debatir sus Creencias Irracionales para probar su validez o invalidez.
2. Discriminar entre:
 - a) Sus deseos y sus necesidades (debes).
 - b) Los efectos indeseables y los terribles.
 - c) Los malos comportamientos y rasgos autoderrotistas.
 - d) Las conclusiones racionales y las irracionales.
 - e) Los resultados posibles y los absolutos.
3. Definir claramente las frases del paciente para que se aborden las distorsiones cognitivas (tales como generalizaciones, abstracciones selectivas, etc.).

Por lo tanto, puede decirse que esta etapa se caracteriza por los intentos de modificar las creencias erróneas del paciente a través del debate de su sistema de ideas irracionales mediante distintas técnicas cognitivas-conductuales (Navas, 1988; Ellis, 1994).

Dentro de esta fase, existen dos partes:

1. El psicólogo presenta dudas acerca de las evaluaciones que el paciente ha hecho sobre A, con lo cual el sujeto es llevado, oración por oración, a desafiar su Creencia Irracional.
2. El paciente es ayudado por el terapeuta a desarrollar nuevas filosofías más racionales.

Etapa E “Efectos Cognitivos o Filosóficos”: Se refiere a las nuevas premisas racionales que llevan al paciente a interpretar de manera más adaptativa su realidad (A). Con esto reaccionará emocional, cognitiva y conductualmente de forma más eficiente alcanzando así la felicidad (Navas, 1988; Chertok, 1994; Ellis, 1994, Ruiz, 1994).

CAPITULO 7

PROGRAMACION DE LAS SESIONES DE TERAPIA

Primera Sesión

Está orientada a alcanzar ocho objetivos generales:

1. El establecimiento de una buena relación terapéutica basada en un nivel de rapport adecuado que permita al paciente sentirse comprendido y aceptado.
2. Se recoge información relevante acerca de:
 - 2.1 Expectativas del paciente sobre el tratamiento.
 - 2.2 El paradigma del paciente sobre su problema, es decir, a qué factores atribuye él la causa y mantención de sus problemas.

- 2.3 Motivación para el tratamiento.
3. Se le entrega al paciente la información necesaria para:
 - 4.1 Disipar dudas o cualquier concepto erróneo que el paciente tenga sobre la terapia.
 - 3.2 El terapeuta deja claro las posibles fluctuaciones (con avances y retrocesos) que puede sufrir durante el proceso terapéutico.
4. El terapeuta establece diálogos que facilitan la comunicación y comprensión dentro de la relación terapéutica, lo que permite un proceso de feedback adecuado entre ambas partes. Este feedback consiste en:
 - 4.1 Observar todas las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.
 - 4.2 Las apreciaciones que en forma directa expone el paciente sobre la terapia.
5. Se llega a un acuerdo con el paciente en relación a:
 - 5.1 Los objetivos del tratamiento, por tanto, se establece una selección conjunta del problema-meta.
 - 5.2 La necesidad de una colaboración activa para definir y resolver el problema.
6. Esta primera sesión finaliza con una asignación de tarea para la casa, la que consiste en:
 - 7.1 Un autorreporte semanal en el que debe registrar cada crisis de cefalea.

Para facilitar la utilización del instrumento se explica el objetivo del autorreporte semanal y además se instruye acerca de la forma de responderlo.

Segunda Sesión

Comienza con la revisión de la tarea de la sesión anterior y de la actitud que el paciente tiene en relación a ella.

Los objetivos de esta sesión son:

1. Explicar el modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva y entre los puntos a tratar destacan:
 - 1.1 La relación que existe entre cognición, afecto y conducta por medio del modelo A-B-C de Ellis.
 - 1.2 La importancia de la participación en forma activa durante el tratamiento.
 - 1.3 El carácter limitado de la terapia en cuanto a su duración.
2. Definir el evento activador con el cual la persona asocia cada crisis de cefalea durante la semana de medición.

3. Se definen las cogniciones que se presentan antes, durante y después del acontecimiento perturbador lo cual permite determinar:
 - 3.1 Las creencias irracionales, es decir, aquéllas pautas disfuncionales que son objeto de intervención.
 - 3.2 Las creencias racionales, o sea, aquéllas que son consideradas como recursos del paciente, las que son reforzadas y fortalecidas en el transcurso de la terapia.
4. Se dejan establecidas las manifestaciones físicas, conductuales y emocionales que el paciente presenta durante la crisis de cefalea.

Una vez que se establece claramente este proceso, se le muestra al paciente (a partir de su propia experiencia) como es él quien genera las perturbaciones a partir de sus patrones disfuncionales.

Tercera, Cuarta y Quinta Sesión

Son iniciadas con la revisión de la tarea de la sesión anterior y se comienza con la última fase del tratamiento la que consiste en la modificación de las nociones irracionales. Esta etapa, llamada The Working Through (etapa D-E del proceso), se enfoca directamente en la discusión, discriminación y definición de las

premisas filosóficas disfuncionales del paciente para finalmente terminar con la incorporación de nuevas formas más adaptativas de pensamiento, las que permiten generar patrones más eficaces y realistas.

Sexta Sesión

En esta última sesión se realiza una evaluación por parte del terapeuta y del paciente acerca de los logros y asuntos pendientes de la terapia. Además, se evalúa nuevamente el Inventario de Creencias y se recibe el último autorreporte del programa de intervención.



CAPITULO 8

TECNICAS

Las técnicas dentro de la Terapia Racional Emotiva, son estrategias por medio de las cuales se pueden alcanzar los siguientes objetivos (Navas, 1988; Ellis, 1994):

1. Que el cliente reconozca las creencias irracionales que están obstaculizando su desarrollo personal.
2. Facilitar el pensamiento lógico-deductivo basado en la evidencia objetiva.
3. Fomentar la adquisición de nuevas pautas de pensamiento más adaptativas y racionales.

Primera Sesión

Objetivos:

1- Establecimiento del rapport:

El rapport está compuesto por diversas actitudes genuinas del terapeuta:

1.1 Autenticidad: Es la honestidad que presenta el terapeuta consigo mismo y la que muestra ante el paciente, esto se manifiesta en la capacidad para comunicar abiertamente lo que siente o piensa (Beck, 1983; Navas, 1988).

1.2 Empatía: Se refiere a la capacidad para percibir lo que le ocurre a la otra persona y expresarlo acertadamente a partir de sus conductas verbales y no verbales. Con la empatía el terapeuta es capaz de entender cómo el paciente percibe y significa ciertas situaciones, y puede dejar entrever que es capaz de comprender y compartir los sentimientos y pensamientos del paciente (Beck, 1983; Navas, 1988).

1.3 La aceptación: Implica preocupación e interés sincero por lo que sucede al cliente. La aceptación está dirigida en cuanto a su condición de ser humano y no necesariamente a sus conductas y cogniciones. Esto se

manifiesta en gestos, expresiones verbales, en la forma de construir frases, en el tono de voz, e t c (Beck, 1983; Navas, 1988).

1.4 Cortesía en el trato: Esto se expresa en diversas conductas, las que muestran una consideración especial por el paciente:

- a) No hacer esperar al paciente.
- b) Recordar situaciones importantes acerca de él.
- c) Recibirlo con una sincera pero no efusiva aprobación.
- d) Comentarios positivos de interés y afecto por el cliente.

1.5 Mantener un contacto visual constante con el paciente.

1.6 Atender al contenido de lo que el cliente expresa.

1.7 Inferir y reflejar las emociones más relevantes del paciente en momentos oportunos para ello.

1.8 Formular diplomáticamente todas las preguntas y comentarios durante la terapia.

1.9 Voz suave y tranquila.

Segunda Sesión

Objetivos

1. Explicación del modelo A-B-C por medio de:

1.1 Una explicación breve sobre el modelo A-B-C. Lo importante es que

quede claro:

a) Que aunque no podamos cambiar A, lo que sí se puede cambiar es la

interpretación que hagamos de ella.

b) La correlación entre emoción, conducta y cognición.

1.2 El contraste:

Esta estrategia lleva a contrastar a la persona el cómo él siente y a cómo otras personas piensan, actúan y sienten en una situación parecida.

Ejemplo:

“Cómo crees que reaccionarían otras personas (100 personas) frente a un mismo problema (evento activador A).”

Lo importante es que el cliente se de cuenta de que las reacciones, conductas o respuestas varían dependiendo de las características de cada individuo así como también por la forma de evaluar los eventos (Navas, 1988).

1.3 Cómo te sentirías si: Esta técnica consiste en llevar al paciente a una situación hipotética frente a la cual se le presenta una creencia distinta a la que él sostiene, con la intención de demostrarle que B y no A es lo que causa C. (Navas, 1988).

1.4 Ejemplos:

Estos se pueden plantear de la siguiente manera: “Supongamos que hay 100 matrimonios y la esposa de cada matrimonio le dice a su esposo que se va a divorciar. ¿Reaccionarían en forma similar los 100 esposos? (Navas, 1988; p: 133).

Probablemente el cliente responda que no y que los esposos muestran distintas reacciones. Lo importante es que el paciente busque una explicación para estas diferentes reacciones.

Al igual que en la técnica de contraste, lo central es que el paciente llegue a la conclusión de que las personas interpretan y valoran las situaciones desde su propio sistema de creencias (Navas, 1988).

2. Definir el problema. Se efectúa mediante el autorreporte de la semana anterior, lo cual permite especificar claramente el evento activador.
3. Definir las cogniciones que se presentan antes, durante y después del acontecimiento perturbador. Estos datos también son recogidos por medio del autorreporte.

4. Determinar las manifestaciones físicas, conductuales y emocionales del proceso que se derivan del modelo A-B-C, esta información se establece a través del estudio del autorreporte.

Lo anterior permite establecer el proceso A-B-C del cliente, pudiendo ser expuesto ante él a través de su propio ejemplo y por medio del siguiente formato:

- a) Experiencia o situación activante (A).
 - b) Pensamientos, ideas o creencias irracionales (B).
 - c) Sentimientos, emociones y conductas (C) (Tanto racionales como irracionales).
5. Oraciones incompletas: Estas ponen de manifiesto la idea irracional que se manifiesta en forma disfrazada.
 6. Preguntas concisas y directas: Las cuales permiten una mayor especificación y concretización en el discurso del paciente, guiando su atención a los pensamientos.

Ejemplos:

- a) ¿Bajo qué circunstancias tú presentas esos sentimientos?
- b) ¿Cómo te sientes en esa situación?
- c) Descríbeme esas circunstancias.
- d) Y sintiéndote así, ¿Cómo actuaste y qué hiciste?
- e) ¿Qué sucedía en tu mente?

- f) ¿Cuáles eran tus pensamientos?
7. Respuestas de clarificación: Esta técnica se realiza repitiendo el contenido o el significado de lo expuesto por el paciente en su discurso (tanto a nivel de sentimiento como de pensamiento).
 8. Confrontación: El terapeuta confronta al cliente con las contradicciones que presenta en sus declaraciones o entre sus pensamientos y acciones, con el fin de determinar las creencias que tengan que ver y/o se relacionen con las conductas y sentimientos del paciente.
 9. También son usados ejemplos, metáforas y adagios para mostrar al cliente a través de símbolos las ideaciones irracionales.
 10. Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales: El sujeto debe describir detalladamente los pensamientos disfuncionales, la emoción, la evidencia que mantiene a las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas presentadas.

Tercera, Cuarta y Quinta Sesión

Objetivos

Etapas working through (Etapas D y E): Estas etapas consisten en la discusión, discriminación y modificación de las premisas filosóficas disfuncionales del paciente.

Disputar o etapa D: esta etapa del proceso se puede realizar a través de distintas técnicas:

1. Preguntas estratégicas del terapeuta (Navas, 1988; Dobson y Franche, 1995):

¿Dónde está la lógica?.

¿Cuál es la evidencia en favor o en contra?.

¿Estás pensando en términos del todo o nada?.

¿Están tus juicios basados en tus sentimientos o en hechos?.

¿Estás pensando en términos de certidumbre absoluta o de probabilidades?.

2. Técnica de proyección en el tiempo: esta técnica fue creada por Lazarus y su función es poner en perspectiva la negatividad de un evento actual y/o potencial. Este instrumento permite a los clientes que tienden a catastrofizar ver la situación “terrible” con alguna solución futura y disminuir la ansiedad con la que perciben (Navas, 1988; Dobson y Franche, 1995).

3. Imaginación racional emotiva: Creada por Maultsby. Esta consiste en la utilización de la capacidad de visualización de los pacientes para contrarrestar los estados de ansiedad, frustración, etc. En esta estrategia se pueden usar imágenes positivas o negativas (Maultsby, 1975; Navas, 1988).

3.1 Imágenes negativas:

- a) Imaginar clara e intensamente una experiencia desagradable (pasada, presente o futura).
- b) Al mismo tiempo que esté viendo esa imagen intenta sentirse lo más incómodo que pueda (ejemplo: ansiosos, avergonzados, deprimidos).
- c) Experimentar estas emociones por 25 a 35 segundos.
- d) Se obliga a cambiar estas emociones perturbadas por otras más moderadas, por ejemplo cambiar la rabia por la irritación.
- e) Cuando se logren sentir las emociones moderadas se presta atención a los pensamientos para ver de qué forma han cambiado las ideas en relación al evento desagradable.

- f) Si los pasos uno al cinco no han resultado, entonces es necesario intentarlo de nuevo.

3.2 Imágenes positivas:

- a) Imaginar clara e intensamente una experiencia desagradable pasada, presente o futura.
- b) Se intenta experimentar y sentir lo más incómodo que sea posible cuando está imaginando.
- c) Experimentarlo durante 25 a 35 segundos.
- d) Cuando se está experimentando estas sensaciones desagradables, se buscan los pensamientos irracionales que están asociados a dichas emociones.
- e) Imaginar cómo se sentiría y comportaría en la misma situación desagradable luego de abordar los pensamientos irracionales.
- f) Imaginar cómo se comportaría, una vez desechadas las creencias irracionales y aceptadas las creencias racionales, en la situación desagradable.

- 4. Técnica de auto-disputar las creencias irracionales: Esta estrategia fue desarrollada por A. Ellis y consiste en que durante 10 minutos diarios el paciente se aplique a sí mismo las siguientes preguntas, pensándolas

detenidamente y registrándolas por escrito o por medio de una grabación (Navas, 1988).

Preguntas:

- 1- ¿Cuál es la creencia irracional que quiero contradecir y/o eliminar?.
- 2- ¿Puedo sostener racionalmente esta creencia?.
- 3- ¿Qué evidencia de falsedad existe en esta creencia?.
- 4- ¿Existe alguna evidencia de verdad en esta creencia?.
- 5- ¿Cuál sería la peor cosa que podría sucederme si no obtengo lo que creo que debo obtener (u obtengo lo que creo no debo obtener)?.
- 6- ¿Qué cosas buenas podrían sucederme si no obtengo lo que yo creo debo obtener (u obtengo lo que creo que no debo obtener)?.
- 7- ¿Esta creencia está apoyada en hechos, opiniones, inferencias?.
- 8- ¿Por qué no debería ser así?.
- 9- ¿Es realmente terrible?, ¿es lo peor que me podría suceder?.
- 10- ¿De qué manera eso me volvería una persona sin valor?.
- 11- ¿Me está ayudando esta creencia a obtener lo que quiero?.

5. Disputación pragmática: Con esta técnica al cliente se le anima a abandonar sus creencias irracionales y se le hace ver los efectos e implicaciones de éstas (Navas, 1988).

6. Análisis costo beneficio: Consiste en que el cliente analice los posibles daños que causa su pensamiento y los beneficios que resultan de él. Para esto se hace uso del formato de costo-beneficio (Navas, 1988).
7. Precisión semántica: El terapeuta puede ayudar a obtener una mayor precisión semántica y a cambiar las creencias irracionales por medio de la corrección del lenguaje.

Etapa E: Para esta fase de la terapia se dispone de la siguiente técnica:

1. Técnica de autoinstrucción: Esta puede ser aplicada a nivel de imaginación o en vivo.
 - 1.1 Practicar autoinstrucciones racionales cada vez que sea posible. Las autoinstrucciones son realistas y deben tener un sentido claro y concreto.
 - 1.2 Se puede utilizar la tabla de autoinstrucciones racionales.
 - 1.3 También se utiliza el formato de autoayuda de la Terapia Racional Emotiva diseñado por Ellis y Sichel. Este formato es de gran utilidad ya que permite ver el desarrollo completo del proceso A-B-C-D-E.

Además de las técnicas anteriormente expuestas, el terapeuta tiene la posibilidad de utilizar durante cualquier etapa del programa la siguiente técnica de relajación:

“Ahora presta atención en silencio sólo a la imagen de estar sentada a orillas de un río, refrescante río de una montaña. Tus pies se mecen suavemente en el agua fresca, refrescante.

La tensión fluye bajando por cada pierna hasta la punta de los pies y se disuelve y el agua se la lleva. Puedes ver el agua clara, brillante, oler su limpia pulverización y sentir el calor del sol en tu piel.

Presta atención con todos tus sentidos a este bello y relajante momento. Presta atención en silencio al ir y venir del momento presente” (Smith, 1992, pp: 110).

CAPITULO 9

ASPECTOS METODOLOGICOS

Planteamiento del Problema:

El ritmo actual de vida en nuestra sociedad representa para muchas personas una fuente continua de cambios y demandas tanto físicas como psicológicas que los obligan a permanentes intentos de adaptación los cuales, si se perpetúan a través del tiempo, desarrollan el fenómeno de estrés crónico que facilita la aparición de las enfermedades psicosomáticas, o sea, aquéllas que no poseen causa orgánica sino psicológica (Díaz, 1981; Bensabat, 1984; Fustinoni, 1991; Parrochia, 1992). Al respecto, la Cefalea Tensional Crónica constituye una de las enfermedades psicosomáticas más frecuentes ya que el 5% de la población padece este tipo de cefalea (Bensabat, 1984; Asín, 1994).

En relación a los factores que podrían causar la Cefalea Tensional Crónica, tradicionalmente se ha señalado a la ansiedad como una de las variables involucradas en esta enfermedad (Williams y Wikins, 1993), aspecto que no sorprende si se considera que la ansiedad aparece entre las numerosas respuestas subjetivas al fenómeno de estrés (Fierro, 1988). Por lo tanto, a partir de lo anteriormente expuesto se podría pensar que la Cefalea Tensional Crónica está íntimamente relacionada y condicionada por la ansiedad (Williams y Wikins, 1993).

Desde esta perspectiva, se comprende que el abordaje médico tradicional no logre contrarrestar totalmente la gran probabilidad de cronicidad que se presenta en esta enfermedad además de conseguir la remisión total en la mayoría de los pacientes. Es así como las personas con Cefalea Tensional Crónica presentan un gran deterioro en su calidad de vida. Por lo tanto, para estos pacientes sería pertinente proponer una psicoterapia, coadyuvante a la terapia médica, que se oriente a tratar el impacto de este tipo de cefalea.

Los niveles de la ansiedad constituyen un amplio conjunto, sin embargo, la presente tesis está dirigida a trabajar con el nivel cognitivo. Dentro de este contexto, la investigación se orienta a las cogniciones disfuncionales que mantienen a los pacientes en un estado ansioso tal como lo expusieron Beck y Emery (Caballo, 1995). Por lo tanto, acorde a este planteamiento teórico ha decidido enfocarnos a la Creencias Irracionales que afectan el procesamiento de la información llevando a estas personas a un estado de

hipervigilancia constante ya que interpretan los eventos del medio como amenazas a su integridad personal.

Consecuentemente dentro de esta perspectiva cognitiva-conductual se ha elegido como alternativa psicoterapéutica a la Terapia Racional Emotiva debido a su visión integradora del ser humano (Ellis y Grieger, 1981; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Mahoney, 1988; Caballo, 1995). Este tipo de psicoterapia promueve un enfoque activo y directivo para llevar a las personas a detectar y modificar sus patrones de pensamientos disfuncionales por medio del método lógico-empírico a través del cual se cuestionan y refutan las premisas disfuncionales, las que son reemplazadas por otras cogniciones más racionales que permiten una adaptación más realista a su entorno (Navas, 1988; Chertok, 1994; Ellis, 1994).

Es así como la Terapia Racional Emotiva plantea que para lograr los objetivos psicoterapéuticos anteriormente expuestos es necesario aplicar el esquema A-B-C-D-E propuesto por Ellis (Ellis, 1994). En las tres primeras etapas de este esquema se busca determinar el acontecimiento activante, los pensamientos racionales e irracionales que existen a la base así como las consecuencias emocionales y conductuales que se derivan de estas cogniciones. Por otra parte, las etapas D y E están orientadas a la discusión y al debate de las pautas de pensamiento disfuncionales para reemplazarlas por ideas más funcionales y realistas que permitan una forma más sensata de pensamiento (Ellis, 1994).

De acuerdo a los objetivos de la presente tesis, se ha diseñado un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva, el cual se desarrolla a lo largo de seis sesiones enmarcadas en un diseño cuasiexperimental para lograr contestar: ¿será el programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva eficaz para disminuir la Cefalea Tensional Crónica, en los pacientes que concurren al Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren?.

Objetivo General

Estudiar y analizar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva para la reducción de la Cefalea Tensional Crónica, en una muestra de pacientes que concurren al Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren.

Objetivos Específicos

1. Establecer si los cambios en la frecuencia de la Cefalea Tensional Crónica evidenciados en el grupo control y grupo experimental, son estadísticamente significativos.
2. Determinar si los cambios en la duración de la Cefalea Tensional Crónica evidenciados en el grupo experimental y grupo control son estadísticamente significativos.
3. Establecer si los cambios en la intensidad de la Cefalea Tensional Crónica manifestados en el grupo experimental y grupo control son estadísticamente significativos.
4. Determinar si los cambios manifestados por el grupo experimental y grupo control en las Creencias Irracionales que generan conductas ansiosas, son estadísticamente significativos.

Hipótesis de Investigación

Hipótesis General

El programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva, producirá la reducción significativa de la sintomatología de la Cefalea Tensional Crónica en los sujetos del grupo experimental con respecto al grupo control.

Hipótesis de Trabajo

1. Por efecto de la Terapia Racional Emotiva, el grupo experimental presentará una reducción significativa en la frecuencia de crisis de Cefalea Tensional Crónica en comparación con el grupo control.
2. Como resultado de la Terapia Racional Emotiva, el grupo experimental presentará una disminución significativa en la duración de las crisis de Cefalea Tensional Crónica en comparación al grupo control.

3. Por efecto de la Terapia Racional Emotiva, el grupo experimental presentará una reducción significativa de la intensidad en las crisis de Cefalea Tensional Crónica en comparación con el grupo control.
4. Como resultado de la Terapia Racional Emotiva el grupo experimental presentará cambios significativos en las Creencias Irracionales en comparación con el grupo control.

Definición de Variables

1- Variable Dependiente: Cefalea Tensional Crónica

1.1 Definición Conceptual:

“Dolor de cabeza asociado a la tensión nerviosa, ansiedad, etc. A menudo relacionada con una contracción crónica de los músculos del cuero cabelludo”.

(Williams y Wikins, 1993).

1.2 Definición Operacional:

Diagnóstico médico realizado por neurólogos del Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren y la frecuencia, duración e intensidad de la Cefalea Tensional Crónica durante el tratamiento.

1.2.1. Dimensiones:

- a) Frecuencia: Número de veces en la semana en que se presentan las crisis de Cefalea Tensional Crónica.
- b) Duración: Cantidad de minutos con ingesta de analgésicos que dura cada crisis de Cefalea Tensional Crónica en la semana y la cantidad de minutos sin consumo de analgésicos que dura cada crisis de Cefalea Tensional Crónica en la semana.
- c) Intensidad: Nivel de dolor con ingesta de analgésico de cada crisis de Cefalea Tensional Crónica ocurrida en la semana y el nivel del dolor sin analgésico de cada crisis de Cefalea Tensional Crónica padecida durante la semana.

1.2.2. Indicadores:

- a) Frecuencia: Autorreporte semanal en un cuadro de doble entrada en que el paciente escribe todas las crisis de Cefalea Tensional Crónica ocurridas.

b) Duración: Autorreporte semanal en un cuadro de doble entrada en que el paciente escribe la cantidad de minutos que permanece con Cefalea Tensional Crónica, el nombre y la cantidad de analgésico consumido si corresponde.

c) Intensidad: Autorreporte semanal en un cuadro de doble entrada en el cual el paciente escribe el número que corresponde al nivel de dolor que siente durante cada crisis de Cefalea Tensional Crónica, según la siguiente escala:

1 – 3: Molestia Ligera.

4 - 5: Molestia Considerable.

6 – 8: Muy Molesto.

9 – 10: Insoportable/ Incapacitaste.

Además, el paciente escribe en el autorreporte semanal en un cuadro de doble entrada tanto el nombre como la cantidad de analgésico ingerido en cada crisis de Cefalea Tensional Crónica, si es que corresponde.

2- Variable Dependiente: Creencias Irracionales Ansiosas

2.1. Definición Conceptual:

“Son conclusiones erróneas acerca del mundo que llevan a problemas emocionales y conductuales que pueden derivar de un proceso de razonamiento en el cual una persona emplea una asunción o premisa acerca del mundo la cual no está basada en ninguna evidencia sostenible lógicamente para llegar a una conclusión errónea”. (Navas, 1988, p: 78).

2.2. Definición Operacional:

La puntuación obtenida por el sujeto en el Inventario de Creencias desarrollado por Navas (1988) en el cual se evalúan las Creencias Irracionales de: Aprobación, Competencia y Control.

2.2.1. Dimensiones:

- a) Creencia Irracional de Aprobación: La puntuación del paciente en los ítems 1-11-21-31-41-51-61-71-81-91.

- b) Creencia Irracional de Competencia: El puntaje del paciente en los ítems: 2-12-22-32-42-52-62-72-82.
- c) Creencia Irracional de Control: El puntaje obtenido por el paciente en los ítems: 4-14-24-34-44-54-64-74-84-94.

2.2.2. Indicadores:

- a) Creencia Irracional de Aprobación: Registro con una “X” que el paciente realiza en el lugar de respuesta del Inventario de Creencias que corresponde al casillero “De Acuerdo” o “En Desacuerdo”, en cada uno de los ítems 1-11-21-31-41-51-61-71-81-91, lo que se puntúa de la siguiente manera:

Creencia Racional= 0 punto.

Creencia Irracional= 1 punto.

- b) Creencia Irracional de Competencia: El paciente marca con una “X” en el lugar de respuesta del Inventario de Creencias que corresponde al casillero “De Acuerdo” o “En Desacuerdo”, en cada uno de los ítems 2-12-22-32-42-52-62-72-82. Esto se puntúa de la siguiente forma:

Creencia Racional=0 punto.

Creencia Irracional=1 punto.

c) Creencia Irracional de Control: Registro de una “X” que el paciente hace en el lugar de respuesta del Inventario de Creencias que corresponde al casillero “De acuerdo” o “ En Desacuerdo”, para cada uno de los items 4-14-24-34-44-54-64-74-84-94; lo cual se puntúa de la siguiente manera:

Creencia Racional=0 punto.

Creencia Irracional=1 punto.

3. Variable Independiente: Terapia Racional Emotiva

3.1 Definición Conceptual:

“Según Ellis, el estilo de la Terapia Racional Emotiva es activo, directivo y, en gran parte educativo (Ellis y Dryden, 1987); su objetivo como hemos señalado, consiste en alterar el sistema de creencias del sujeto y ayudarlo a generar una nueva filosofía de vida”. (Carrasco, 1993, p: 671).

3.2 Definición Operacional:

Programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva dirigido a reducir la Cefalea Tensional Crónica, así como las Creencias Irracionales asociadas a esta enfermedad que ocasiona comportamientos ansiosos.

3.2.1. Dimensiones:

- a) Etapa A: El objetivo de esta etapa es determinar concretamente el o los eventos activantes que el sujeto interpreta como perturbadores o amenazantes.
- b) Etapa B: Para esta fase se busca detectar las cogniciones ilógicas que la persona presenta frente a el o los eventos activantes.
- c) Etapa C: En esta etapa se intenta esclarecer las consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales de la persona, especialmente la Cefalea Tensional Crónica y las Creencias Irracionales Ansiosas, que surgen de la interpretación que el sujeto hace del evento activante a través de sus ideas irracionales.
- d) Etapa D: Esta fase se orienta al debate lógico-empírico, de forma activa, directiva y educativa con el objetivo de modificar las Creencias Irracionales por otras ideas más realistas y adaptativas.

- e) Etapa E: En esta fase se busca alcanzar los nuevos efectos cognitivos, emocionales y conductuales (muy especialmente la disminución de la sintomatología de la Cefalea Tensional Crónica y la modificación de las Creencias Irracionales Ansiosas) las cuales se desprenden de las premisas racionales logradas en la etapa anterior.

3.2.2 Indicadores:

- a) Etapa A: En esta etapa se utiliza el autorreporte semanal escrito en un cuadro de doble entrada en donde el sujeto describe el evento activador en cada crisis de Cefalea Tensional Crónica.
- b) Etapa B: Para esta fase se utilizan las técnicas psicoterapéuticas Oraciones Incompletas, Preguntas Concisas y Directas, Respuestas de Clarificación, Confrontación, Ejemplos y Metáforas.
- c) Etapa C: Dentro de esta etapa se usa el autorreporte semanal escrito en un cuadro de doble entrada en el cual la persona escribe las emociones, conductas, crisis de Cefalea Tensional Crónica y los pensamientos presentados después del acontecimiento activante. Además son usadas las técnicas: De Contraste, Cómo Te Sentirías Si..., Respuestas de Clarificación y el Registro Diario de Pensamientos Disfuncionales.
- d) Etapa D: Para esta fase se utilizan las siguientes técnicas terapéuticas: Preguntas Estratégicas, Proyección en el Tiempo, Imaginación Racional

Emotiva, Autodisputación Racional Emotiva, Disputación Pragmática, Análisis Costo-Beneficio y Precisión Semántica.

e) Etapa E: En esta fase se aplica la técnica de Autoinstrucción.

Descripción del Instrumento

1- Cuadro de Dolor de Cabeza:

Este instrumento es un autorreporte semanal escrito por el paciente en un cuadro de doble entrada. El autorreporte contiene la siguiente información:

- a) Fecha: En este recuadro el paciente debe escribir la hora, el día y mes en que se presenta cada crisis de cefalea durante la semana.
- b) Situación Desencadenante: Aquí el paciente tiene que describir el acontecimiento que lo perturba, que genera tensión y con el cual él asocia la crisis de cefalea.
- c) Duración: En este recuadro el paciente tiene que escribir la cantidad de minutos que dura cada crisis de cefalea.
- d) Intensidad: El paciente tiene que escribir el número que mejor representa la intensidad de su crisis, según la siguiente escala:

1-3 Molestia Ligera.

4-5 Molestia Considerable.

6-8 Muy molesto.

9-10 Insoportable / Incapacitante.

e) Etapa C: En este cuadro el paciente debe describir la reacción emocional y conductual que tiene frente a la situación desencadenante.

f) Además de lo anterior el paciente debe contestar (sólo en caso de que haya consumido analgésico) la siguiente información:

1-El nombre del analgésico que ingiere durante la crisis.

2-La cantidad de fármacos que consume para cada crisis de cefalea.

Este autorreporte semanal es aplicado al grupo experimental durante las seis sesiones del tratamiento, en tanto que al grupo control se le aplica un autorreporte muy similar que contiene toda la información anteriormente expuesta con la excepción de los cuadros que hacen referencia a la situación desencadenante y a la etapa C.

2- Inventario de Creencias:

El presente instrumento representa una herramienta de tipo clínico dirigida a la evaluación de creencias irracionales en settings de psicoterapia, principalmente en aquéllas que siguen el modelo de la Terapia Racional Emotiva.

Al respecto, este inventario es ampliamente utilizado y conocido debido tanto a su facilidad de aplicación como a la rapidez de evaluación. En consecuencia, Navas lo ha incorporado en su texto “Procesos e Innovaciones de la Terapia Racional Emotiva” (1988) para apoyar el manejo psicoterapéutico, especialmente en las primeras etapas de la terapia de orientación racional emotiva.

En cuanto a la estructura del instrumento, el inventario constituye un conjunto de 99 ítems los cuales miden una serie de creencias ilógicas; sin embargo, para efecto de esta tesis sólo se dan a conocer las cogniciones de Aprobación, Competencia y Control que aparecen medidas en la siguiente forma:

- a) La creencia de Aprobación es evaluada por medio de los ítems: 1-11-21-31-41-51-61-71-81-91.
- b) La idea de Competencia está medida a través de los ítems: 2-12-22-32-42-52-62-72-82.
- c) La creencia de Control se evalúa en los ítems: 4-14-24-34-44-54-64-74-84-94.

Cada ítems está compuesto por un enunciado que describe un determinado pensamiento.

A continuación se presentan dos alternativas de respuesta “De acuerdo” y “En desacuerdo” entre las cuales la persona debe elegir aquella que se ajuste mejor a su forma de pensar acerca del enunciado, para lo cual el sujeto marca con una “X” la respuesta escogida en el casillero correspondiente.

El criterio de puntuación es el siguiente:

a) Si el enunciado presenta una sola marca en la hoja de corrección y el sujeto escribe una “X” en el casillero “De acuerdo”, entonces obtiene 1 punto debido a que se trata de una creencia irracional. Si marca “X” en el casillero “En desacuerdo”, entonces la persona recibe 0 punto dado que es una idea racional.

b) Si el enunciado presenta dos marcas en la hoja de corrección es entonces una creencia racional y la persona obtiene 0 punto si responde con una “X” en el casillero “De acuerdo”. En cambio, si marca con una “X” el casillero “En desacuerdo” es evaluado con 1 punto.

La sumatoria de los puntajes de todos los ítems que corresponden a la misma idea irracional son transformados a porcentajes, de tal forma que mientras más alto sea el porcentaje mayor será la creencia irracional.

Ambiente

El trabajo de campo de la presente tesis se desarrolla en el Departamento de Neurología Adulto del Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren. Para esto facilitan dos box a disposición de las terapeutas, los cuales reúnen las condiciones necesarias para realizar la atención psicoterapéutica individual.

Muestra

La muestra se extrae de todos aquellos pacientes que presentan un diagnóstico de Cefalea Tensional Crónica y que en el transcurso de los meses de junio a agosto de 1997 son derivados por el equipo de neurólogos del Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren para intervención psicoterapéutica.

Para este grupo los criterios de selección son los siguientes:

- a) Mujeres y Hombres entre 20 y 60 años.
- b) Estos pacientes no deben estar consumiendo ni antidepresivos ni ansiolíticos.
- c) Se escogen aquellos pacientes que presentan un nivel de ansiedad moderado o alto en el Cuestionario de Ansiedad de Beck.

Proceso de pre-selección

El total de pacientes derivados que cumplen tanto el rango de edad como el diagnóstico de Cefalea Tensional Crónica es de 32. Estos son invitados a concurrir a una entrevista en el Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren la cual tiene por objeto:

- a) Informar sobre los aspectos básicos del programa de intervención.
- b) Realizar las siguientes mediciones a los pacientes que aceptan participar en el estudio:

- 1- Se mide su nivel de ansiedad por medio del Inventario de Ansiedad de Beck.
- 2- Se aplica el Inventario de Creencias de Navas.
- 3- Se recopila información general a través de una encuesta:
 - a) Edad.
 - b) Nivel Educativo.
 - c) Anamnesis.
 - f) Consumo de medicamentos de tipo antidepresivo o ansiolíticos.

Al final de este proceso de preselección, siete personas desisten y cinco son eliminadas por no cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Niveles de Ansiedad requeridos.
- b) Consumo de antidepresivos o ansiolíticos.

De este proceso de preselección, 20 quedan para la muestra final los que son seleccionados en forma intencional.

Esta muestra es dividida en dos grupos (uno experimental y otro control) cada uno de los cuales está compuesto por 10 personas. Para ambos grupos se mantienen las siguientes condiciones:

- 1- La duración de cada sesión es de 50 minutos.
- 2- Ambos grupos tienen un total de 6 sesiones con los mismos intervalos de tiempo entre sesiones.

- 3- Los sujetos se asignan alternadamente (según el orden de llegada), uno al grupo control y otro al grupo experimental.
- 4- Se dividen aleatoriamente en dos grupos de 10 sujetos cada uno, constituyéndose uno de ellos en el grupo experimental (con la intervención del programa psicoterapéutico) y el otro en el grupo control (con intervención placebo de escucha pasiva, caracterizada por una actitud comprensiva del terapeuta pero sin la utilización de técnicas terapéuticas).

Además, para lograr una mayor homogeneización entre los grupos se distribuyen las variables de edad y nivel educacional en forma equitativa para ambos grupos.

Tablas de Distribución Muestral

TABLA 3: Distribución de la muestra según edad

GRUPO	EDAD ENTRE 20-40	EDAD ENTRE 41-60
GRUPO EXPERIMENTAL	5 (50%)	5 (50%)
GRUPO CONTROL	6 (60%)	4 (40%)

TABLA 4: Distribución de la muestra según el nivel educacional

GRUPO	EDUCACION BASICA	EDUCACION MEDIA	EDUCACION SUPERIOR
GRUPO EXPERIMENTAL	4 (40%)	3 (33, 3%)	3 (33, 3%)
GRUPO CONTROL	4 (40%)	3 (33, 3%)	3 (33, 3%)

Diseño Metodológico

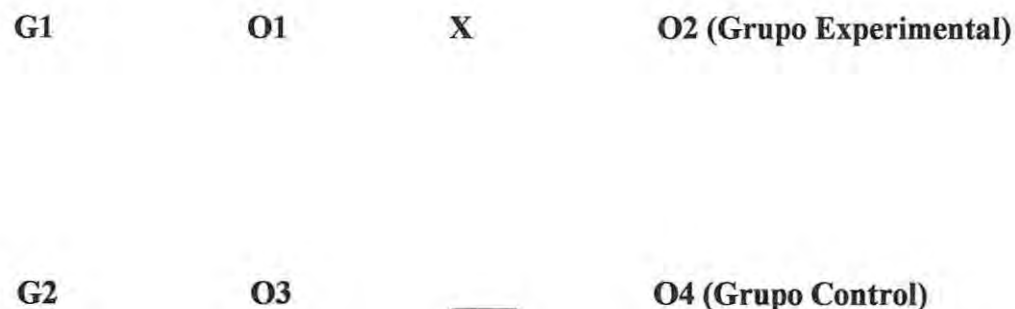
Esta investigación es un estudio de tipo cuasi-experimental dirigido a evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva para la reducción de la Cefalea Tensional Crónica, en una muestra de pacientes que concurren al Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren.

En relación al alcance temporal, esta tesis no contempla un seguimiento sistemático debido a razones éticas, dado que el grupo control después de cinco semanas con tratamiento placebo tendría que esperar otras cinco semanas para poder optar a psicoterapia.

La presente tesis posee un diseño cuasi-experimental con pre y postprueba para las Variables Dependientes Cefalea Tensional Crónica y Creencias Irracionales Ansiosas.

Diseño Cuasi-experimental con pre y postprueba

Este tipo de diseño utiliza un grupo experimental (al que se le aplica el programa de intervención) y un grupo control (al que se le aplica un tratamiento placebo). Ambos grupos son comparados con una medición preprueba (tomada antes del proceso terapéutico) y con una postprueba (aplicada inmediatamente después de terminado el programa) para de esta forma medir si éste produjo cambios estadísticamente significativos sobre las Variables Dependientes. A continuación se presenta el diagrama del diseño:



La preprueba consiste:

- 1- Para la Variable Dependiente Cefalea Tensional Crónica se realiza una evaluación con un autorreporte semanal escrito en un cuadro de doble entrada.

2- Para la Variable Dependiente Creencias Irracional Ansiosas, la medición es efectuada a través del Inventario de Creencias de Navas.

En cuanto a las postpruebas, nuevamente se aplican los mismos instrumentos inmediatamente después de acabado el programa.



CAPITULO 10

RESULTADOS

1. Descripción de Datos Brutos

A continuación se presentan tablas explicativas con los datos brutos de todas las variables consideradas durante las cinco semanas de investigación. La presentación de esta información tiene por objeto establecer los resultados reales distorsionados por el análisis estadístico.

TABLA 5: Distribución de la frecuencia por semana

GRUPOS	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
GRUPO EXPERIMENTAL	9	10	7	4	2
GRUPO CONTROL	9	9	9	9	8

En relación a la distribución del número de personas que presentan crisis de Cefalea Tensional Crónica durante cada semana de evaluación, la tabla 5 muestra un claro descenso en el grupo experimental que va de 9 sujetos con crisis durante la primera semana hasta 2 sujetos con cefalea durante la quinta semana. En cambio, el grupo control se muestra constante en el número de sujetos con crisis de Cefalea Tensional Crónica en cada una de las semanas de medición.

Grupo Experimental

TABLA 6: Distribución de la duración en la primera y segunda semana

PRIMERA SEMANA				SEGUNDA SEMANA			
DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS		DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	1*	4	2*	1	1*	3	1*
1	3*	1	4*	2	2*	2	2*
1	5*	1	7*	2	4*	1	7*
2	6*	1	12*	1	8*	1	13*
1	8*			1	12*		

* Rangos de duración (tabla 12)

TABLA 7: Distribución de la duración en la tercera y cuarta semana

TERCERA SEMANA				CUARTA SEMANA			
DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS		DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
2	1*	2	1*	3	1*	1	2*
2	2*	1	7*				
		1	5*				

* Rangos de duración (tabla 12)

TABLA 8: Distribución de la duración en la quinta semana

QUINTA SEMANA			
DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	1*	1	12*

* Rangos de duración (tabla 12)

GRUPO CONTROL**TABLA 9:** Distribución de la duración en la primera y segunda semana

PRIMERA SEMANA				SEGUNDA SEMANA			
DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS		DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	1*	1	1*	1	1*	1	1*
1	4*	5	2*	1	3*	3	2*
1	7*	1	3*	1	7*	3	3*
1	10*	1	5*	1	8*	1	13*
1	13*	1	13*	1	1*		

* Rangos de duración (tabla 12)

TABLA 10: Distribución de la duración en la tercera y cuarta semana

TERCERA SEMANA				CUARTA SEMANA			
DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS		DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	1*	2	2*	1	1*	3	2*
1	4*	3	3*	1	4*	1	3*
1	7*	1	5*	1	6*	1	4*
1	8*	1	13*	1	9*	1	5*
1	11*			1	13*		
1	13*						

* Rangos de duración (tabla 12)

TABLA 11: Distribución de la duración en la quinta semana

QUINTA SEMANA

DURACION SIN MEDICAMENTOS		DURACION CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
2	2*	2	1*
3	13*	2	2*
		2	4*
		1	3*
		1	13*

* Rangos de duración (tabla 12)

TABLA 12: Rangos de duración

RANGOS	DURACION EN MINUTOS
1	0 a 60
2	61 a 120
3	121 a 180
4	181 a 240
5	241 a 300
6	301 a 360
7	361 a 420
8	421 a 480
9	481 a 540
10	541 a 600
11	601 a 660
12	661 a 720
13	720 o más

Grupo Experimental

TABLA 13: Distribución de la intensidad en la primera y segunda semana

PRIMERA SEMANA				SEGUNDA SEMANA			
INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS		INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	M.L*	1	M.C*	2	M.L*	1	M.L*
1	M.C*	6	M+M*	2	M.C*	3	M.C*
4	M+M*			3	M+M*	3	M+M*

* Rangos de intensidad (ver tabla 19)

TABLA 14: Distribución de la intensidad en la tercera y cuarta semana

TERCERA SEMANA				CUARTA SEMANA			
INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS		INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
4	M.L*	2	M.L*	3	M.L*	1	M.L*
		1	M.C*				
		1	I*				

* Rangos de intensidad (ver tabla 19)

TABLA 15: Distribución de la intensidad en la quinta semana

QUINTA SEMANA

INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	M.L*	1	I*

* Rangos de intensidad (ver tabla 19)

Grupo Control**TABLA16:** Distribución de la intensidad en la primera y segunda semana

PRIMERA SEMANA

SEGUNDA SEMANA

INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS		INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONA	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	M.L*	1	M.L*	2	M.C *	2	M.L*
2	M.C*	2	M.C*	3	M+M*	4	M+M*
1	M+M*	5	M+M*			2	I*
1	I*	1	I*				

* Rangos de intensidad (ver tabla 19)

TABLA 17: Distribución de la intensidad en la tercera y cuarta semana

TERCERA SEMANA				CUARTA SEMANA			
INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS		INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONA	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	M.L*	1	M.C*	1	M.L*	2	M.C*
1	M.C*	5	M+M*	2	M.C*	2	M+M*
4	M+M*	1	I*	2	M+M*	2	I*

* Rangos de intensidad (ver tabla 19)

TABLA 18: Distribución de la intensidad en la quinta semana

QUINTA SEMANA			
INTENSIDAD SIN MEDICAMENTOS		INTENSIDAD CON MEDICAMENTOS	
NUMERO DE PERSONAS	RANGO	NUMERO DE PERSONAS	RANGO
1	M.L*	2	M.L*
3	M.C*	1	M.C*
1	M+M*	3	M+M*
		2	I*

TABLA 19: Rangos de intensidad

1 a 3	Molestia Ligera (ML)
4 a 5	Molestia Considerable (MC)
6 a 8	Muy Molesto (M+M)
9 a 10	Insoportable / Incapacitante (I)

En cuanto al grupo experimental, en la primera semana se observa que los sujetos que no consumen medicamentos son en total seis cuyas intensidades se concentran en el rango de “muy molesto” con una duración que varía desde una 60 minutos (1 hora) hasta 480 minutos (8 horas). Ya en la tercera semana existe un gran descenso en todas las variables debido que los sujetos con cefalea sin consumo de analgésico son sólo cuatro con un rango de intensidad “molestia ligera” y con duración mayoritariamente menor a 120 minutos (dos horas). En la quinta semana hay sólo un paciente que presenta una crisis de intensidad “molestia ligera” la cual se extiende por 60 minutos (1 hora).

Por otro lado, en los pacientes del grupo control que ingieren analgésico no existen cambios. En la primera semana aparecen siete pacientes que padecen cefalea y toman analgésico, presentando en su mayoría intensidad “muy molesto” y cuyo rango de duración más frecuente es inferior a los 120 minutos (2 horas). Durante la cuarta semana se observa una mayor disminución en todas las variables dado que sólo un sujeto presenta crisis cuya duración es menor a 120 minutos (2 horas) y con intensidad “molestia ligera”. Sin embargo, durante la quinta semana existe un paciente con cefalea de 720 minutos (12 horas) de duración y con la intensidad más alta de la escala (“insoportable/ incapacitante”).

Por otro lado, en el grupo control de la primera a la quinta semana no hay fluctuaciones importantes de la primera a la quinta semana ya que se mantienen en cinco sujetos cuya intensidad se presenta dentro de los primeros tres niveles de la escala. En

cuanto a la duración sin analgésico es bastante variable debido a que oscilan dentro de un rango de duración de 0-60 minutos hasta los 720 minutos (12 horas) o más. Con respecto a la cefalea con analgésico no hay grandes cambios en el número de pacientes debido a que desde la primera a la quinta semana se mantiene aproximadamente en ocho y las duraciones presentadas se concentran en rangos inferiores a los 240 minutos (4 horas) aunque siempre se presenta un sujeto con duración superior a los 720 minutos (12 horas) o más; en cambio la intensidad que presentan estos sujetos se mantiene en su gran mayoría dentro de los dos niveles más altos de la escala en las cinco semanas de evaluación.

Si comparamos los grupos experimental y control sin ingesta de analgésico se observa que el primer grupo disminuye, notoriamente, en cuanto a la cantidad de sujetos de seis sujetos en la primera semana a un sujeto en la quinta semana cuya duración e intensidad son las menores (inferior a los 60 minutos con un nivel de dolor de “molestia ligera”). En cambio, el grupo control mantiene constante el número de pacientes con cefalea frente a la cual no consumen analgésico y tanto la duración como la intensidad no presentan grandes variaciones entre la primera y la quinta semana.

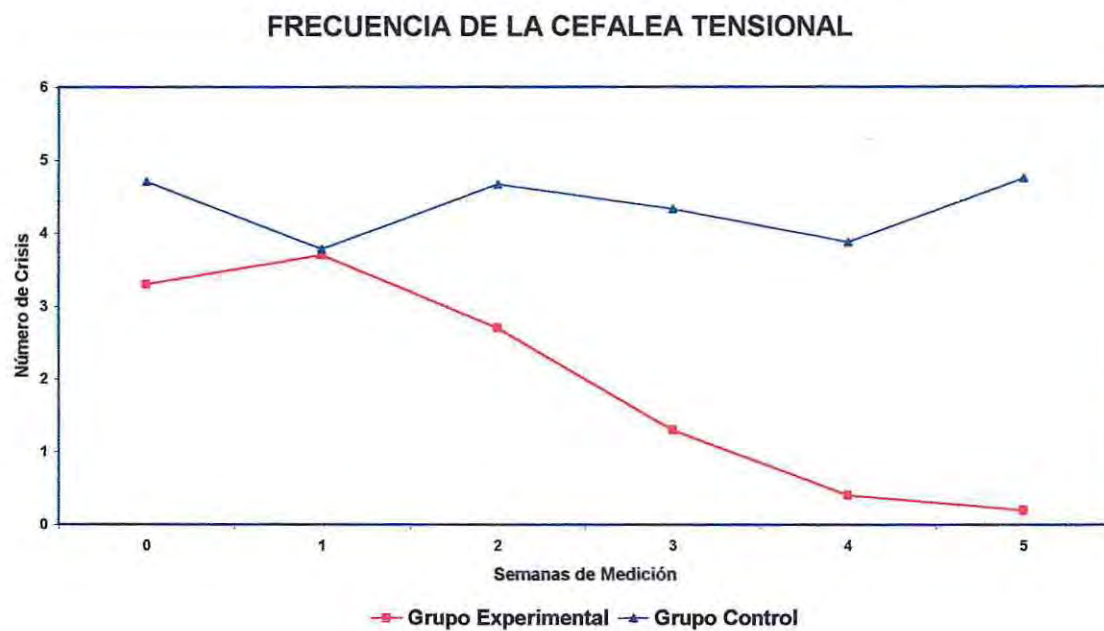
Con respecto a las crisis con ingesta de analgésico, el grupo experimental presenta un claro descenso en el número de pacientes ya que baja de siete sujetos en la primera semana a un sujeto en la quinta semana aunque es éste quien presenta el mayor nivel de dolor en la escala y la más alta duración de 720 minutos (12 horas) o más. En el

grupo control durante la primera semana se observa a nueve sujetos quienes disminuyen sólo a ocho en la quinta semana y cuyas duraciones siempre son en su mayoría menores a 240 minutos (4 horas) y con intensidades que se concentran en los dos niveles más altos de la escala.

2. Análisis de los Gráficos

1. Frecuencia

FIGURA 2: Gráfico de frecuencia



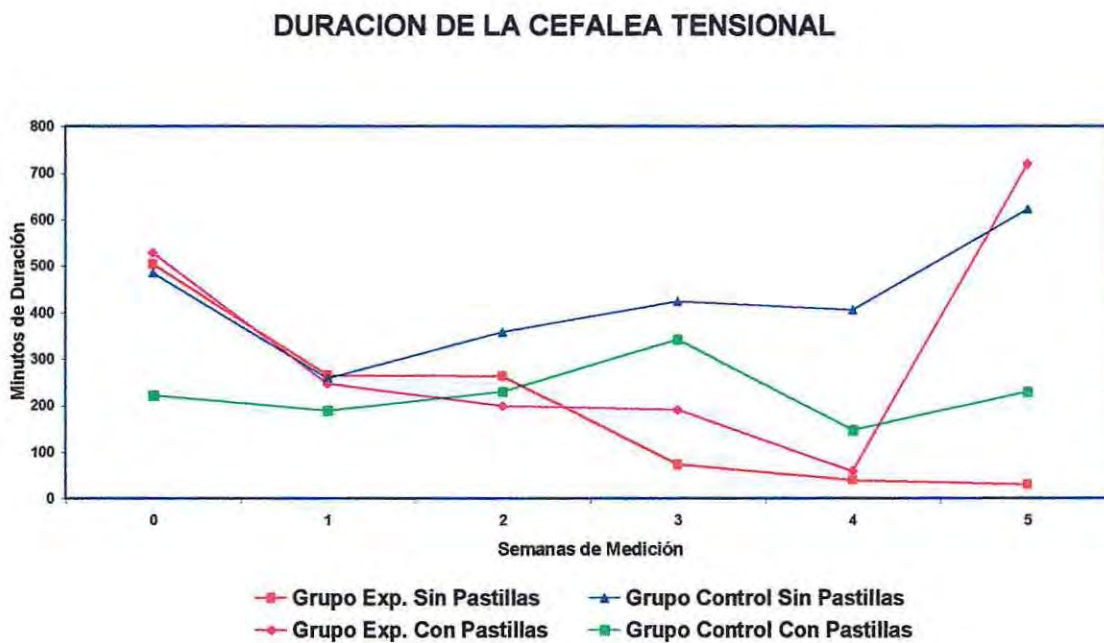
En la observación del gráfico se aprecia que el grupo experimental comienza a descender entre la primera y segunda semana manteniéndose esta disminución

durante toda la aplicación del programa hasta llegar a la quinta semana con una frecuencia promedio cercana a cero.

En el grupo control, a pesar que comienza con una frecuencia promedio similar a la del grupo experimental, se observa que no desciende durante las mediciones sino más bien presenta un aumento leve en la frecuencia promedio si se comparan la primera y la quinta semana de evaluación.

2. Duración

FIGURA 3: Gráfico de duración



2.1 Duración sin Medicamentos

En el gráfico de duración sin analgésico el grupo experimental y el grupo control comienzan con duraciones promedios similares durante la primera semana de medición, después de lo cual el grupo experimental la mantiene constante hasta la segunda semana mostrando un descenso mayor al 50% entre la segunda y tercera semana. Sigue disminuyendo dentro del rango 0-100 minutos entre las semanas cuarta y quinta.

Por otro lado el grupo control presenta un alza constante entre la primera y tercera semana, estabilizándose entre la tercera y cuarta semana. Sin embargo, entre las semanas cuarta y quinta asciende abruptamente de 400 a 550 minutos.

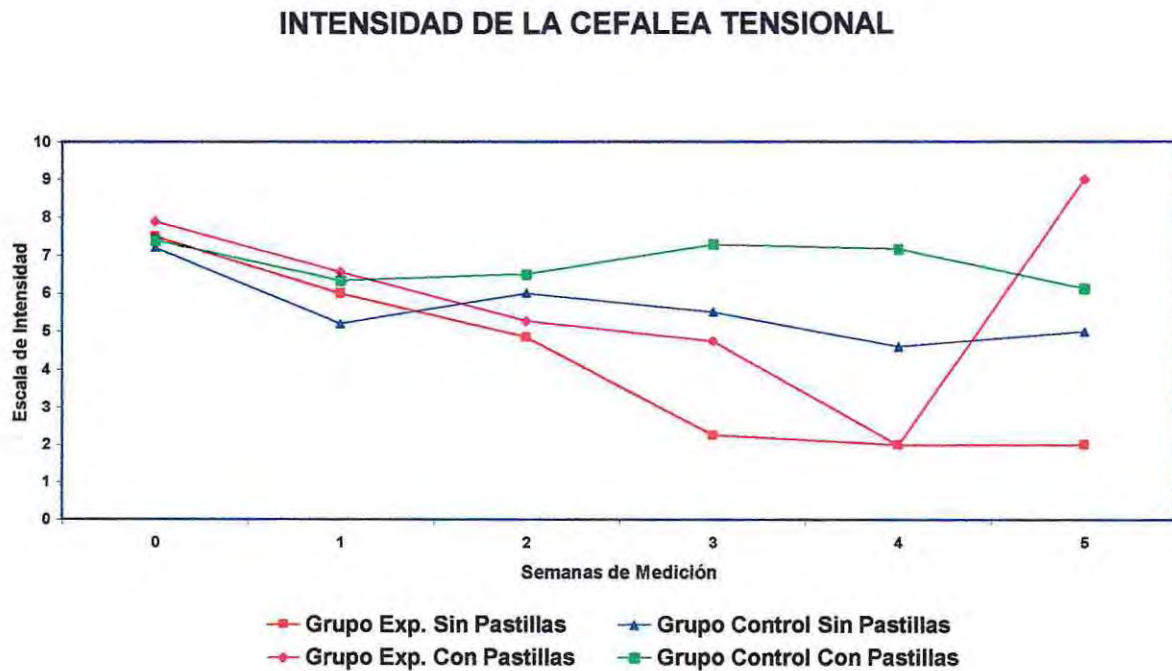
2.2. Duración con Medicamentos

Con respecto al gráfico de duración promedio con analgésico se observa que los grupos experimental y control comienzan en la primera semana con distintos niveles de duración promedio, siendo el grupo experimental el que representa una duración promedio mayor. Entre la primera y segunda semana el grupo experimental presenta un leve descenso manteniendo este nivel entre la segunda y tercera semana. En cambio, entre la tercera y cuarta semana se observa la mayor disminución ya que llega a una duración promedio inferior a los 60 minutos. Por otro lado, aumenta abruptamente entre las semanas cuarta y

quinta hacia una duración promedio de 720 minutos, aunque es necesario recalcar que se trata de un solo sujeto que distorsiona los resultados del análisis estadístico.

3. Intensidad

FIGURA 4: Gráfico de intensidad



3.1 Intensidad sin Medicamentos

El gráfico de intensidad sin analgésico establece que en la primera semana el grupo experimental presenta una intensidad promedio levemente superior a la del grupo control. Sin embargo, la evolución de los dos grupos difiere en cuanto a que el grupo experimental comienza a descender entre la primera y segunda semana acentuándose esta baja entre las semanas segunda y tercera ya que disminuye del nivel de dolor “molestia considerable” hasta el nivel “molestia ligera”, llegando a mantenerse dentro de éste hasta el final del programa.

Por otro lado, el grupo control evoluciona siempre entre las intensidades “molestia considerable” y “muy molesto”. Al respecto, entre la primera y la segunda semana este grupo alcanza el mayor aumento en la intensidad promedio para luego continuar con un descenso leve y constante hasta la cuarta semana donde repunta hasta la última semana.

3.2 Intensidad con Medicamentos

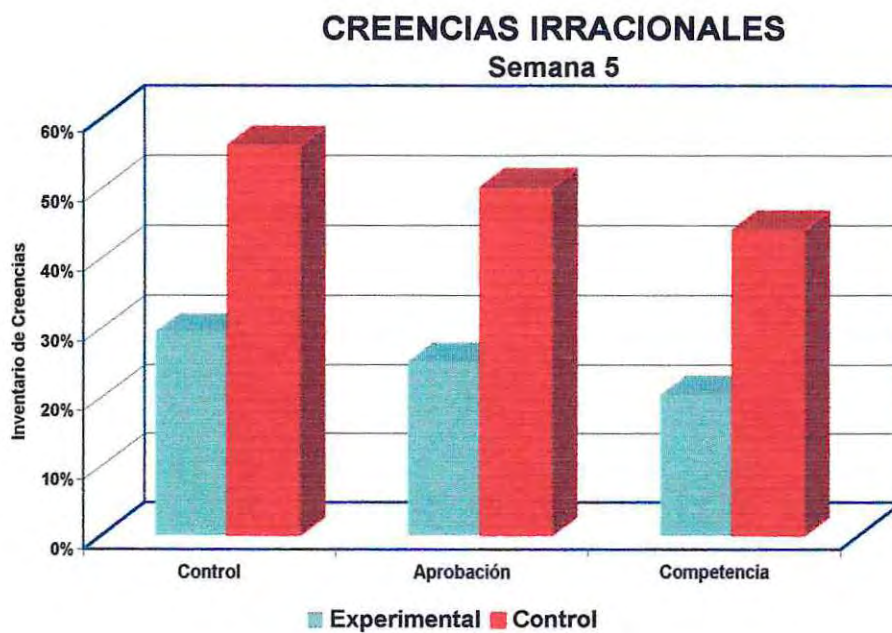
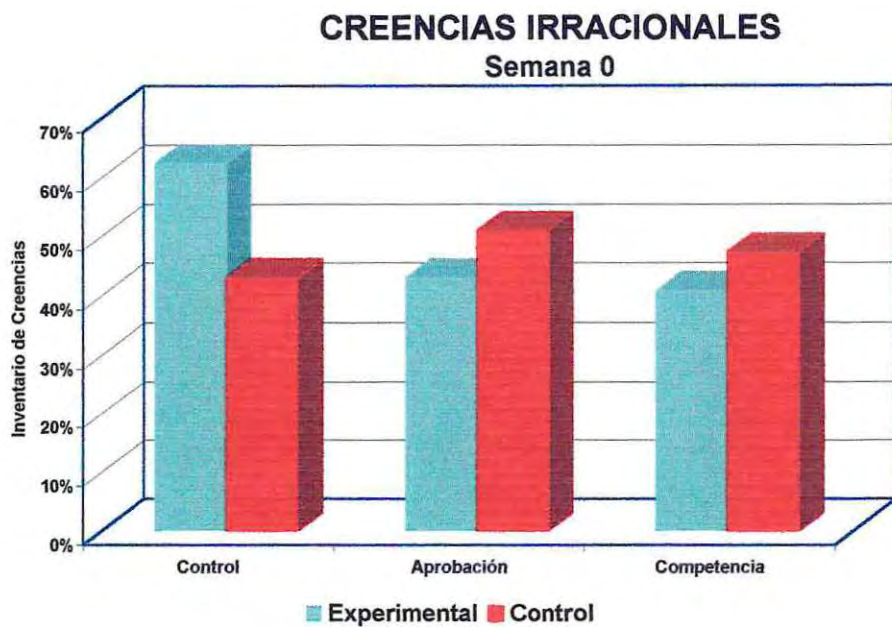
A partir del gráfico de intensidad con analgésico, se aprecia que los grupos experimental y control durante la primera semana están ubicados en intensidades promedios muy similares. Entre la primera y tercera semana el grupo experimental desciende levemente, pero en el intervalo de la tercera y cuarta semana disminuye fuertemente la intensidad promedio con analgésico

llegando a ubicarse en el nivel más bajo de la escala, es decir, en la intensidad “molestia ligera”. Sin embargo, en la última semana sólo un sujeto presenta cefalea con intensidad promedio de 9 lo cual genera que la intensidad promedio con analgésico aumente al nivel de “insoportable/incapacitante”, a pesar que los otros 9 sujetos del grupo experimental no presentan crisis de Cefalea Tensional Crónica.

En relación al grupo control, éste presenta un leve aumento que va desde la primera hasta la tercera semana manteniéndose entre la tercera y cuarta semana para mostrar luego un pequeño descenso entre las semanas cuarta y quinta, ubicándose entonces en el mismo nivel mostrado durante la primera semana de evaluación.

4. Creencias Irracionales

FIGURA 5: Gráfico de las Creencias Irracionales



4.1 Creencias Irracionales

Al comparar el grupo experimental con el grupo control, respecto de las Creencias Irracionales Ansiosas evaluadas durante la semana 0, se determina que en la creencia de Control existe un porcentaje promedio significativamente mayor en el grupo experimental. Sin embargo, en las creencias de Aceptación y Competencia los grupos no muestran diferencias significativas, por lo tanto, sólo con respecto a estas variables poseen un comportamiento homogéneo.

En relación al gráfico de las Creencias Irracionales puede apreciarse que todas disminuyen y aquélla que manifiesta una mayor reducción es la creencia de Control que desciende desde un 62% hasta un 29%. En cuanto a la creencia de Competencia, muestra descenso desde un 41% en la preprueba hasta un 20% en la postprueba. Por último la creencia de Aceptación durante la primera evaluación alcanza un 43% disminuyendo en la última semana a un 25%.

En cuanto al grupo control, se observa que la creencia de Control aumenta desde un 43% en la preprueba hasta un 56% en la postprueba. Las otras dos creencias presentan una pequeña disminución; es así como la creencia de Aprobación desciende en sólo 1% y la creencia de Competencia baja 3% respecto de la prueba inicial.

3. Análisis Estadístico

En el análisis estadístico de los resultados obtenidos por el presente estudio se utiliza el test de comparación de medias T- Student al 5% para las variables cuantitativas de frecuencia, duración (con y sin analgésico) y para las Creencias Irracionales de Control, Aceptación y Competencia. En cuanto a la variable cualitativa de intensidad (con y sin analgésico) se utiliza el test de Kruskal Wallis. Las etapas del presente análisis son las siguientes:

a) Se comparan los grupos experimental y control, en todas las variables consideradas, durante la primera semana de evaluación para determinar si existe homogeneidad entre ellos.

TABLA 20: Comparación del Grupo Experimental y de Control en la Semana 1

MEDIDAS	EXPERIMENTAL	CONTROL	VALOR TABLA
	FRECUENCIA DEL DOLOR (n°)		
PROMEDIO	4	3	
DESVIACION ESTANDAR	3	2	
ESTADISTICO DE PRUEBA	0.29	ns.	T0.975(18) = 2.101
	DURACION DEL DOLOR (min.)		
PROMEDIO	256	214	
DESVIACION ESTANDAR	196	222	
ESTADISTICO DE PRUEBA	0.52	ns.	T0.975(18) = 2.101
	INTENSIDAD DEL DOLOR		
PROMEDIO	6	6	
ESTADISTICO DE PRUEBA	0.57	ns.	X ² (1)=3.84

* Medida de diferencia significativas entre grupos al 5%

**TABLA 21: Comparación del Grupo Experimental y Control
Creencias Irracionales, a la Semana 0**

MEDIDAS	EXPERIMENTAL	CONTROL	VALOR TABLA
	CONTROL		
PROMEDIO	62%	43%	
DESVIACION ESTANDAR	19%	15%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	3.44	*	T0975(18)=2.10 1
	ACEPTACION		
PROMEDIO	43%	51%	
DESVIACION ESTANDAR	22%	23%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	1.07	ns.	T0975(18)=2.10 1
	COMPETENCIA		
PROMEDIO	41%	47%	
DESVIACION ESTANDAR	21%	21%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	0.94	ns.	T0975(18)=2.10 1

* Medida de diferencia significativas entre grupos al 5%

b) Se realiza un análisis estadístico de significación a la quinta semana, con respecto a todas las variables, para establecer si existen diferencias significativas entre los grupos experimental y control.

Tabla 22: Comparación del Grupo Experimental y de Control en la Semana 5

MEDIDAS	EXPERIMENTAL	CONTROL	VALOR TABLA
	<u>FRECUENCIA DEL DOLOR</u>		
PROMEDIO	0.2	3.8	
DESVIACION ESTANDAR	0.4	2.5	
ESTADISTICO DE PRUEBA	4.52	*	$T_{0.975}(18) = 2.101$
	<u>DURACION DEL DOLOR (min.) CON ANALGESICO</u>		
PROMEDIO	30	624	
DESVIACION ESTANDAR	-	552	
ESTADISTICO DE PRUEBA	-	*	
	<u>DURACION DEL DOLOR (min.) CON ANALGESICO</u>		
PROMEDIO	720	231	
DESVIACION ESTANDAR	-	304	
ESTADISTICO DE PRUEBA	-	*	
	<u>INTENSIDAD DEL DOLOR SIN ANALGESICO</u>		
PROMEDIO	2	5	
DESVIACION ESTANDAR	-	2	
ESTADISTICO DE PRUEBA	-	*	
	<u>INTENSIDAD DEL DOLOR CON ANALGESICO</u>		
PROMEDIO	9	6	
DESVIACION ESTANDAR	-	3	
ESTADISTICO DE PRUEBA	-	*	

* Medida de diferencia significativas entre grupos al 5%

**TABLA 23: Comparación del Grupo Experimental y Control
Creencias Irracionales, a la Semana 5**

MEDIDAS	EXPERIMENTAL	CONTROL	VALOR TABLA
	<u>CONTROL</u>		
PROMEDIO	29%	56%	
DESVIACION ESTANDAR	15%	16%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	5.20	*	T0975(18)=2.101
	<u>APROBACION</u>		
PROMEDIO	25%	50%	
DESVIACION ESTANDAR	15%	23%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	3.84	*	T0975(18)=2.101
	<u>COMPETENCIA</u>		
PROMEDIO	20%	44%	
DESVIACION ESTANDAR	15%	20%	
ESTADISTICO DE PRUEBA	4.02	*	T0975(18)=2.101

* Medida de diferencia significativas entre grupos al 5%

- c) En forma adicional, se desarrolla un análisis del promedio registrado durante las cinco semanas de evaluación para las variables de frecuencia, duración (con y sin analgésico) e intensidad (con y sin analgésico).

TABLA 24: Comparación del Grupo Experimental y de Control Acumulado a la Quinta Semana

MEDIDAS	EXPERIMENTAL	CONTROL	VALOR TABLA
FRECUENCIA DEL DOLOR			
PROMEDIO	2	4	
DESVIACION ESTANDAR	1	1	
ESTADISTICO DE PRUEBA	6.31	*	T0.975(18) = 2.101
DURACION DEL DOLOR (min.) SIN ANALGESICO			
PROMEDIO	181	346	
DESVIACION ESTANDAR	157	284	
ESTADISTICO DE PRUEBA	1.44	ns.	T0.975(14) = 2.145
DURACION DEL DOLOR (min.) CON ANALGESICO			
PROMEDIO	223	267	
DESVIACION ESTANDAR	172	300	
ESTADISTICO DE PRUEBA	0.37	ns.	T0.975(16) = 2.120
INTENSIDAD DEL DOLOR SIN ANALGESICO			
PROMEDIO	4	5	
DESVIACION ESTANDAR	3	4	
ESTADISTICO DE PRUEBA	1.22	ns.	X ² (1)=3.84
INTENSIDAD DEL DOLOR CON ANALGESICO			
PROMEDIO	6	7	
DESVIACION ESTANDAR	2	5	
ESTADISTICO DE PRUEBA	5.17	*	X ² (1)=3.84

* Medida de diferencia significativas entre grupos al 5%

CAPITULO 11

CONCLUSIONES

La presente investigación tiene por objeto evaluar y analizar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutico basado en la Terapia Racional Emotiva para la reducción de la Cefalea Tensional Crónica, en una muestra de pacientes que concurren al Consultorio de Especialidades Carlos Van Buren.

A continuación se analiza por separado cada una de las hipótesis planteadas por el estudio.

Hipótesis 1: “Por efecto de la Terapia Racional Emotiva el grupo experimental presentará una reducción significativa de la frecuencia de las crisis de Cefalea Tensional Crónica, en comparación con el grupo control.”

En la primera semana de investigación tanto el grupo experimental como el grupo control no presentan diferencias estadísticas en cuanto a la frecuencia promedio en los dolores de cabeza por semana, observándose un comportamiento homogéneo en ambos grupos debido a que el grupo experimental posee una frecuencia promedio de 4 con desviación estándar de 3 y el grupo control aparece con una frecuencia promedio de 3 y con una desviación estándar de 2.

De acuerdo a los resultados obtenidos a la quinta semana de medición en los grupos experimental y control, se puede concluir la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos dado que la frecuencia promedio en el grupo experimental fue de 0,2 con una desviación estándar de 0,4; en cambio, el grupo control presenta una frecuencia promedio de 3,8 y una desviación estándar de 2,5.

En forma adicional se desarrolla un análisis de la frecuencia promedio registrada durante las mediciones de las cinco semanas determinándose que el grupo control presenta una frecuencia promedio de 4 con una desviación estándar de 1, en cambio, el grupo experimental tiene una frecuencia promedio de 2 con una desviación estándar de 1. Por ende, se concluye que existen en ambos grupos diferencias significativas en cuanto a la frecuencia promedio observada en las cinco semanas de investigación.

Por lo tanto, a partir de los análisis estadísticos expuestos anteriormente es aprobada la hipótesis 1.

Hipótesis 2: “Como resultado de la Terapia Racional Emotiva, el grupo experimental presentará una disminución significativa en la duración de las crisis de Cefalea Tensional Crónica en comparación con el grupo control”.

En la primera semana de evaluación, los grupos experimental y control son comparados en cuanto a la duración promedio de las crisis de Cefalea Tensional Crónica determinándose que no existen diferencias significativas ya que la duración promedio en el grupo experimental es de 256 con una desviación estándar de 196, en cambio, el grupo control presenta una duración promedio de 214 con una desviación estándar de 222.

En cuanto al análisis estadístico de la duración promedio de las cefaleas a la quinta semana de medición, esta variable es dividida en duración promedio sin analgésico y con analgésico. Al respecto, cabe señalar que se considera que estos fármacos influyen en la duración de las crisis, sin embargo, debido a su complejidad no son discriminados en cuanto a su composición química ni a las dosis consumidas.

Con respecto a la duración promedio sin analgésico, a la quinta semana de medición la prueba estadística muestra la existencia de diferencias significativas ya que el grupo experimental presenta una duración promedio de 30 minutos y el grupo control una duración promedio de 624 minutos (10 horas aproximadamente) con una desviación estándar de 552. Es necesario recalcar que en el grupo experimental no fue posible determinar la desviación estándar dado que existe un solo sujeto que en la quinta semana

presenta dolor de cabeza, a diferencia del grupo control que está compuesto por ocho sujetos con cefalea frente a la cual no consumen analgésico (de un total de 10).

Adicionalmente, se efectúa un análisis del promedio acumulado en las cinco semanas de investigación observándose que la duración promedio sin analgésico resulta similar tanto en el grupo experimental como en el control puesto que el grupo experimental tuvo una duración acumulada promedio de 181 con una desviación estándar de 157 y el grupo control alcanza una duración acumulada promedio de 346 con una desviación estándar de 248.

Con respecto a la duración promedio con analgésico, en la última semana de medición se presentan diferencias estadísticamente significativas en los grupos experimental y control. En el grupo experimental se observa una duración promedio de 720 minutos (12 horas) y en el grupo control se aprecia una duración promedio de 231 minutos (poco más de 3 horas) con una desviación estándar de 304. En cuanto al grupo experimental, éste no presenta desviación estándar a causa de la existencia de un solo sujeto con cefalea a la quinta semana lo cual distorsiona los resultados estadísticos ya que es comparado con ocho sujetos del grupo control.

En relación al análisis del promedio acumulado en las cinco semanas, no hay diferencias significativas entre ambos grupos dado que el promedio en el grupo

experimental es de 223 minutos y en el control es de 267 minutos, con una desviación estándar de 172 y 300 respectivamente.

Este resultado se debería a que la muestra es pequeña (cada grupo está compuesto por 10 sujetos) y, por otro lado, a que en la quinta semana hay un solo sujeto con cefalea que presenta una alta duración (720 minutos) lo cual no refleja el hecho de que los otros 9 sujetos del grupo experimental ya no presentan crisis de Cefalea Tensional Crónica, además influye sobre el análisis estadístico puesto que este único paciente debe ser comparado con los 8 sujetos del grupo control que sí padecen de cefaleas a la quinta semana de evaluación.

Por lo tanto, en base a los resultados obtenidos no se acepta la Hipótesis 2.

Hipótesis 3: “Por efecto de la Terapia Racional Emotiva, el grupo experimental presentará una reducción significativa de la intensidad en las crisis de Cefalea Tensional Crónica en comparación con el grupo control”.

La comparación entre el grupo experimental y el grupo control en la primera semana de estudio arroja una intensidad promedio de 6, lo que ubica a ambos grupos en el nivel de dolor “muy molesto” según la escala de intensidad utilizada. En consecuencia, entre ambos grupos no existen diferencias estadísticas por lo que son homogéneos.

En relación al análisis estadístico a la quinta semana, la variable intensidad se separa en intensidad promedio con y sin analgésico a causa del impacto que ejerce este tipo de medicamento sobre el nivel de dolor percibido por los pacientes.

En esta variable no se discrimina composición ni dosis de analgésico tal como ocurre con la variable duración de la Cefalea Tensional Crónica.

En cuanto a la intensidad promedio del dolor sin analgésico existen diferencias significativas en la quinta semana evaluada entre los grupos control y experimental. Al respecto, el promedio del grupo experimental es de 2 lo cual significa que la intensidad del dolor experimentado se ubica en el rango de “molestia ligera”, en cambio, el grupo control presenta una intensidad promedio de 5 por lo cual está dentro del nivel “molestia considerable”; además este grupo tiene una desviación estándar de 2. Por otro lado, el grupo experimental no presenta desviación estándar debido a que sólo existe 1 sujeto con cefalea en la quinta semana, a diferencia del grupo control en donde hay 5 sujetos que en la última medición presentan crisis en las cuales no ingieren analgésico.

Al igual que en otras variables, se efectúa un análisis de la intensidad promedio acumulada a la quinta semana. Los resultados revelan que no hay diferencias significativas entre ambos grupos dado que el promedio del grupo experimental es de 4 con una desviación estándar de 3 y el grupo control presenta un promedio de 5 con una desviación estándar de 4.

Con respecto a la intensidad promedio con analgésico, los grupos experimental y control presentan diferencias significativas al realizarse el análisis estadístico en la quinta semana, debido principalmente a la existencia de un solo sujeto en el grupo experimental con intensidad promedio de 9 que lo ubica en un nivel de dolor “insoponible-incapacitante”, sin que sea posible calcular la desviación estándar para este grupo. En el grupo control la intensidad promedio es de 6 con una desviación estándar de 3, lo cual ubica en el nivel de dolor “muy molesto” a los 8 sujetos que presentan cefalea a la quinta semana.

El análisis de la intensidad promedio con analgésico acumulada a la quinta semana muestra la presencia de diferencias significativas ya que el grupo experimental posee un promedio de 6 y una desviación estándar de 2, a diferencia del grupo control que aparece con un promedio de 7 con desviación estándar de 5. Por lo tanto, según esta prueba estadística el grupo control presenta una intensidad promedio con analgésico mayor que el grupo experimental.

En base a los resultados obtenidos no se acepta la hipótesis 3.

Hipótesis 4: “Como resultado de la Terapia Racional Emotiva el grupo experimental presentará cambios significativos en las Creencias Irracionales en comparación con el grupo control”.

De acuerdo al análisis de datos, se observa que entre el grupo experimental y el grupo control existe homogeneidad con respecto a las creencias irracionales de Aceptación y Competencia. En cambio, estos mismos grupos presentan diferencias significativas en la creencia irracional de Control, por lo tanto, no son grupos homogéneos.

En relación al análisis estadístico de los cambios registrados en ambos grupos al término del programa, se evidencian diferencias significativas en relación a las tres Creencias Irracionales Ansiosas. Al respecto, el grupo experimental presenta un porcentaje promedio en la creencia de Control de 29% con una desviación estándar de 15%, en cambio, el grupo control obtiene un 56% con una desviación estándar de 16%.

En cuanto a la creencia de Aprobación, el porcentaje promedio del grupo experimental es de 25% y el grupo control presenta un 50%, con una desviación estándar de 15% en el grupo experimental y de 23% en el grupo control. Finalmente, en la creencia de Competencia el grupo experimental muestra un porcentaje promedio de 20% mientras que el grupo control aparece con un porcentaje promedio de 44%, con desviaciones estándares de 15% y 20% respectivamente.

En función a lo anteriormente expuesto, se aprueba la hipótesis 4.

Comentarios

1 Observaciones Clínicas

En cuanto al programa de psicoterapia basado en la Terapia Racional Emotiva, se considera eficaz para el tratamiento de la Cefalea Tensional Crónica a pesar que el análisis estadístico no lo revela debido a los problemas estadísticos expuestos con anterioridad. Esta opinión se basa en los resultados brutos obtenidos por el programa, los cuales realmente expresan los cambios ocurridos durante la investigación.

Por otro lado, se observa desde una perspectiva clínica que el programa produce cambios favorables no sólo en la sintomatología de la Cefalea Tensional Crónica sino en los niveles cognitivo, afectivo y conductual en un tiempo relativamente corto. Es así como al inicio de la psicoterapia se aprecian modificaciones principalmente cognitivas ya que los pacientes comienzan a darle importancia a la influencia que sus creencias ejercen sobre sus emociones y conducta (especialmente sobre sus crisis de cefalea) además de darse cuenta que son capaces de modificar sus pautas de pensamiento. Estos cambios favorecen el que los pacientes se hagan responsables y asuman una actitud activa en el proceso terapéutico.

En el transcurso del programa se evidencian avances en cuanto a una reducción importante de la sintomatología de los pacientes tratados así como también a la discriminación de los hechos importantes de los irrelevantes y en aspectos tan centrales como lo son el cambio del locus de control externo por un locus interno, modificaciones adaptativas a las distorsiones de proceso de etiquetamiento, razonamiento emocional y personalización además de otras distorsiones de contenido, como las necesidades imperiosas de ser amado y aceptado, de encontrar una solución perfecta y de competencia.

A pesar que el programa no tiene por objetivo intervenir sobre todas las creencias irracionales, de todos modos produce la disminución de las ideas disfuncionales más importantes lo cual es suficiente para provocar la reducción de los síntomas de la cefalea.

Si bien es cierto que el programa llega a ejercer los cambios terapéuticos anteriormente expuestos en todos los pacientes, la gran mayoría llega a la etapa D y una minoría alcanza la etapa E del modelo racional emotivo. Esto podría atribuirse a que esos sujetos poseen una alta capacidad de insight o un elevado compromiso con la psicoterapia.

Es importante exponer que, a pesar que el programa se orienta al tratamiento de la Cefalea Tensional Crónica, los pacientes generalizan lo

aprendido durante el proceso terapéutico hacia otras áreas de su vida permitiendo reforzar los cambios ya mencionados.

2 Limitaciones

La presente investigación abarca una muestra preferentemente de mujeres (18 mujeres) y sólo una pequeña cantidad de hombres (2 hombres) que, si bien es cierto está acorde a la presentación de la Cefalea Tensional Crónica en la población, restringe las conclusiones.

Por otro lado, un aspecto que se destaca es lo pequeño de la muestra que impide realizar un análisis estadístico que refleje más claramente los resultados terapéuticos observados en el desempeño clínico.

Otra limitación importante del estudio es la ausencia de seguimiento debido a las razones éticas anteriormente mencionadas, por lo cual no está incluido dentro del programa y, por lo tanto, los alcances de esta intervención son demostrables a corto plazo.

Finalmente, un problema necesario de mencionar es el Inventario de Creencias. Este instrumento está construido para ser utilizado en el área clínica por lo cual no cumple con los criterios más rigurosos de medición, en

consecuencia los resultados obtenidos a partir de él deben considerarse dentro del ámbito clínico para el cual está construido.

3 Proyecciones.

Este estudio representa una primera aproximación a un tema tan relevante dentro del área de la salud como es la Cefalea Tensional Crónica. Sería de gran interés que otras investigaciones perfeccionaran las condiciones de muestreo tomando una mayor cantidad de sujetos, así como también involucraran a otros centros de atención médica para investigar la incidencia de otras variables como el nivel socioeconómico, nivel educacional, etc.

En cuanto al alcance temporal, sería importante que se considerara un seguimiento de los pacientes para evaluar la efectividad a largo plazo.

REFERENCIAS

Andrasik, F. (1993). Jáqueca de tensión. En Manual de casos de terapia de conducta (pp: 127-138). Bilbao: Desclée Brouwer, S. A.

Asín, M. (1994). Cefaleas. *Medicine*, 6 (52), 21-32. Idepsa.

Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Beck, A., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

Beltran, J. (1988). *Para comprender la psicología*. Navarra: Verbo Divino.

Bensabat, S. (1984). *Stress: grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.

Buceta, J., & Buena, A. (1990). *Modificación de conducta y salud; perspectivas y actitudes en la aplicación de tratamiento psicológico*. Madrid: Eudema, S. A.

Budd, K., Workman, D., Lemsky, C., & Quick, D. (1994). The childrens headache assessment scale. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (2), 159-179.

Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Chertok, A. (1994). *Las causas de nuestra conducta*. Paysandú: La Mimeográfica.

Davison, N., & Wily, J. (1978). *Abnormal psychology*.

Díaz, G. (1981, Abril). Diagnóstico Diferencial, estudio y tratamiento de las cefaleas. *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, 22 (2), 85-97.

Dobson, K., & Franche, R. L. (1995). La práctica de la terapia cognitiva. En *Manual de técnicas de la terapia y modificación de conducta* (pp: 493-526). Madrid: Siglo Veintiuno de España, S. A.

Ellis, H. (1980). *Fundamentos del aprendizaje y procesos cognitivos del hombre*. México: Trillas.

Ellis, A., & Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, S. A.

Echeberria, E. (1993). Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual*, 1 (2), 233-254.

Falletta, B. (1988). *Dolor de cabeza*. Barcelona: Ediciones CEAC.

Fernández, R., & Carrobes, J. (1987). *Evaluación conductual metodología y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámides.

Fernández, H. (1992). *Fundamento de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós. S. A. I. C. F.

Fierro, A. (1988). *Psicología clínica*. Madrid: Pirámide.

Fustinoni, A. (1991). *Semiología del sistema nervioso*. Buenos Aires: El Ateneo.

Goldfried, M. & Goldfried, A. (1993). Métodos de cambio cognitivo. En cómo ayudar al cambio en psicoterapia (pp: 123-165). Bilbao: Desclee de Brouwer, S. A.

Gómez, J. (1976). Diccionario de síntomas. Barcelona: Ediciones Acervo

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1996). Metodología de la investigación. México: Macgraw-Hill.

Labrador, F., Cruzado, J. & Muñoz, M. (1993). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámides, S. A.

Lanzarot, M., & Cerdan, A. (1972). La jaqueca y otras cefaleas vasculares. Barcelona: Sandoz.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Lega, L. (1995). La terapia racional emotiva: una entrevista con Albert Ellis. En manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp: 475-491). Madrid: Siglo veintiuno de España editores, S. A.

Lindsey, P., & Norman, S. (1986). Introducción a la psicología cognitiva. Madrid: Tecnos, S. A.

Mahoney, M. (1988). Cognición y modificación de conducta. México: Trillas.

Maultsby, M. (1994). Imaginación racional emotiva. En manual de terapia racional emotiva (pp: 235-240). Bilbao: Desclee de Brouwer, S. A.

Melzack, R. (1975). The Mc Gill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.

Mendels, J. (1972). *La depresión*. Barcelona: Herder.

Navas, J. (1988). *Proceso e innovaciones de la terapia racional emotiva, una visión conductual-cognoscitiva*. Santurce: Jay-Ce Printing.

Navas, J. (1991). *Cómo controlar su ansiedad en situaciones de evaluación o examen*. Santo Domingo: Corripio.

Pineda, E., De Alvarado, E. & De Corrales, F. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washington D. C: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.

Parrochia, E. (1992, abril). Jaqueca y su tratamiento. *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, 39 (2), 99-101.

Penso, W. (1989). *El dolor crónico*. Barcelona: Martinez Roca.

Pikienly, R. (1992). Cefalea. En *fundamentos de neurología* (pp: 144-121). Buenos Aires: El Ateneo.

Rimmy, D., & Masters, J. (1979). *Thechnique and empirical findings*. Behavior Therapy. New york: Academic Press.

Rojas, E. (1995). *La ansiedad: cómo diagnosticar y superar el estrés, la fobia y obsesiones*. Buenos Aires: Editorial Planeta.

Ruiz, A. (1994). *¿Qué nos pasa cuando estamos deprimidos?*. Santiago: Instituto de terapia cognitiva.

Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo conductual para la relajación*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Williams & Wikins. (1993). *Stedman diccionario de ciencias médicas-ilustrado*. Buenos Aires: Médica Panamericana S. A.

Strauman, T. (1994). Self representation and nature of cognitive change in psychotherapy. *Journal of psychotherapy Integration*, 4 (4), 291-371.

Valdés, M., & De Flores, T. (1990). *Psicobiología de stress*. Barcelona: Martínez Roca.

Vidal, A., & Alarcón, J. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Wilson, T., Franks, C., Brownell, K., & Kendal, P. (1984). *Annual Review of Behavior Therapy theory and practice*, 19. New York: Guilford Press.

Isselbacher, K. (1994). *Harrison principios de medicina interna*. Madrid: Nueva Editorial Interamericana.

Wolpe, J. (1983). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas, S. A.

Zorrilla, S., & Torres, M. (1993). *Guía para elaborar tesis*. México: Macgraw-Hill Interamericana.

APENDICES

APENDICE A

INVENTARIO DE ANSIEDAD

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre:

Fecha:

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor, cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma durante los últimos 7 días colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

0: Ninguno

1: Ligero

2: Moderado

3: Grave

1. Insensibilidad física o cosquilleo.....
2. Acaloramiento.....
3. Debilidad en las piernas.....
4. Incapacidad para relajarme.....
5. Temor a que suceda lo peor.....
6. Mareos o vértigos.....
7. Aceleración del ritmo cardíaco.....
8. Sensación de inestabilidad.....
9. Sensación de estar aterrorizado.....

10. Nerviosismo.....
11. Sensación de ahogo.....
12. Temblor de manos.....
13. Temblor generalizado o estremecimiento.....
14. Miedo a perder el control.....
15. Dificultad para respirar.....
16. Miedo a morir.....
17. Estar asustado.....
18. Indigestión o malestar en el abdomen.....
19. Sensación de irme a desmayar.....
20. Rubor facial.....
21. Sudor (no debido al calor).....

APENDICE B

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

FECHA	<i>SITUACION</i>	PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	EMOCION	EVIDENCIA	DISTORSIONES COGNITIVAS
	DESCRIBA EL EVENTO QUE LE LLEVO A ESA EMOCION	<p>1-ESCRIBA LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES, IMÁGENES O RECUERDOS QUE PRECEDEN A LAS EMOCIONES.</p> <p>2-EVALUE EL GRADO DE SU NIVEL DE CREENCIA EN LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES DE 0- 100%</p>	<p>1-ESPECIFIQUE LA EMOCION:</p> <p>CORAJE CULPA ANSIEDAD DEPRESION ETC.</p> <p>2- EVALUE EL GRADO DE NIVEL EMOCIONAL DE 0 – 100%.</p>	¿CUÁL ES LA EVIDENCIA QUE MANTIENEN LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	<p>1-EN QUE FORMA ESTOY PERSONALIZANDO, GENERALIZANDO, USANDO PENSAMIENTO POLARIZADO, O SALTANDO A CONCLUSIONES.</p> <p>2-QUE ES LO PEOR QUE PODRIA SUCEDER?</p> <p>3-Y SI ESO SUCEDE, ¿QUÉ PODRIA HACER?</p>

APENDICE C

AUTORREPORTE SEMANAL

FECHA (DIA- HORA)	SITUACION DESENCADENANTE ETAPA (A)	ESCALA DE INTENSIDAD	DURACION	ETAPA C

Escala de intensidad

1 a 3 = Molestia ligera

4 a 5 = Molestia considerable

6 a 8 = Muy molesto

9 a 10 = Insoporable – Inçapacitante

Si consumi3 medicamento, anote el nombre y la cantidad de fãrmacos por crisis.

APENDICE D

**FORMATO DE AUTOAYUDA DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA**

(A) Eventos Activadores: pensamientos o sentimientos que ocurrieron momentos antes de sentirme perturbado(a) emocionalmente o haber actuado en forma autoderrotista:

.....
.....
.....
.....

(C) Consecuencia o condición: sentimientos perturbados o conducta autoderrotista que yo produce y quisiera cambiar:

.....
.....
.....
.....

(B) Creencias: creencias irracionales que llevan a mis consecuencias (perturbación emocional o conducta autoderrotista). Haga un círculo en todas las que se apliquen a esos eventos activadores (A).

(D) Disputación: para la creencia irracional que tenga un círculo.

(E) Creencias racionales efectivas (CR) para reemplazar mis creencias irracionales (CI).

1. Debo hacerlo bien o muy bien.....
.....
.....
.....

2. Soy una persona mala o sin valor cuando actúo débil o estúpidamente.....

.....

3. Debo ser aprobado o aceptado por las personas que considero importantes.....

.....

4. Necesito ser amado por alguien que me importe mucho.....

.....

5. Soy una persona mala e indigna de ser amada.....

.....

6. Las personas deben tratarme justamente y deben darme lo que necesito.....

.....

APENDICE E

ANALISIS DE COSTO BENEFICIO

Análisis Costo Beneficio

Mi pensamiento o Actitud perturbadora:

.....

.....

.....

Ventajas de creer en esto:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Desventajas de creer en esto:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Creencia

Revisada:.....

.....

.....

.....

Ventajas de creer en esto:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Desventajas de creer en esto:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

APENDICE F

INVENTARIO DE CREENCIAS

INVENTARIO DE CREENCIAS

Por favor, indique su evaluación de cada oración colocando una "X" en el espacio que queda debajo del encabezado que mejor represente su opinión. Asegúrese de marcar como Ud. piensa en el momento presente y no de la manera que Ud. piensa que debería contestar. Marque su respuesta rápidamente y continúe con las próximas oraciones ya que esta tarea debe ser completada en 5 minutos.

ORACION	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
----------------	-------------------	----------------------

Es importante para mí que otras personas me aprueben.

Yo odio fallar en cualquier cosa.

Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.

Usualmente acepto lo que sucede sin molestarme.

Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.

Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.

Usualmente hago a un lado decisiones importantes.

Todo el mundo necesita a alguien en quien pueda depender para ayuda y consejo.

“Una cebra no puede cambiar sus rayas”.

Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.

Me gusta tener el respeto de los demás, pero no estoy obligado a tenerlo.

Yo evito las cosas que no hago bien.

Muchas personas malvadas escapan al castigo que merecen.

Las frustraciones no me perturban.

Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de esas situaciones.

Yo siento poca ansiedad respecto de peligros no esperados o eventos futuros.

Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.

Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.

Es casi imposible el vencer las influencias del pasado.

Me gusta dedicarme a muchas cosas a la vez.

Yo quiero agradecerle a todo el mundo.

No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.

Aquéllos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados/castigados.

Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son.

Yo produzco mis propias emociones.

Frecuentemente no puedo apartar mi mente de alguna preocupación.

Yo evito enfrentar mis problemas.

Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas.

Solamente porque alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente tu vida eso no quiere decir que tiene que hacerlo en el futuro.

Yo estoy más realizado(a) cuando tengo muchas cosas que hacer.

Yo puedo gustarme a mí mismo (a) aún cuando otras personas no lo hagan.

Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tenga que tenerlo.

La inmoralidad debe ser fuertemente castigada.

Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan.

Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera.

Si no puedo manejar algo (situación) no me preocupo acerca de eso.

Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo.

Hay ciertas personas de las cuales dependo grandemente.

Las personas sobrevaloran la influencia del pasado.

Yo disfruto mucho más el involucrarme en un proyecto creativo.

Si no le agrado a los demás, ése es su problema y no el mío.

Es muy importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.

Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.

Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.

Una persona no estaría enojada, deprimida o nerviosa por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.

No puedo tolerar el tomar riesgos.

La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.

Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo.

Si hubiese tenido diferentes experiencias yo podría ser más como me gustaría ser.

Me agrada retirarme y dejar de trabajar por completo.

Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.

Disfruto las actividades por el placer de realizarlas, sin importarme cuan bueno o buena sea yo en ellas.

El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.

Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.

Entre más problemas tiene una persona menos feliz será.

Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.

Casi nunca dejo las cosas sin hacer.

Yo soy el único(a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.

Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.

Demasiado tiempo libre es aburrido.

Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.

Me perturbo cuando los demás son mejores que yo en algunas cosas.

Todo el mundo es básicamente bueno.

Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y si no lo consigo no me perturbo.

Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente puede perturbarnos por la manera en que las interpretamos.

Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.

Es difícil para mí el llevar a cabo tareas no placenteras.

Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.

Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.

En ocasiones desearía ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.

Frecuentemente me preocupo acerca de cuántas personas me aprueban y me aceptan.

Me perturba el cometer errores.

Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".

Yo "tomo las cosas como vienen".

La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.

En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.

Una vida de comodidades es raramente muy recompensante.

Yo encuentro fácil el buscar consejo.

Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.

Me agrada estar sin hacer nada.

Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sienten acerca de mí.

Frecuentemente me incomodo bastante por cosas pequeñas.

Usualmente le doy a alguien que me ha

hecho una mala jugada una segunda oportunidad.

Las personas son más felices cuando ellas tienen desafíos y problemas que superar.

No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado (a) por mucho tiempo.

Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte.

Me desagrada la responsabilidad.

Me desagrada tener que depender de los demás.

Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.

La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.

El ser criticado puede ser incómodo, pero no es perturbador.

Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.

Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.

Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismas.

Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.

Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.

Yo he aprendido a no esperar que los demás estén muy interesados de mi bienestar.

No me incomoda lo que hecho en el pasado.

Yo no puedo sentirme realmente contento(a) a menos que me encuentre relajado(a) y sin hacer nada.

