

Implementación de un programa cognitivo-conductual para pacientes con migraña

Pamela Parada Fernández

Universidad Miguel Hernández, España

ABSTRACT

Implementation of a cognitive-behavioral program for patients with migraine. Attention Two single case studies were carried out. A cognitive-behavioral intervention to control migraine headaches was performed using the techniques of problem solving, training and autogenic training. Migraine is a complex phenomenon caused by multiple factors such as biological, psychological and social. People with migraine often have difficulties to carry out their work and daily activities. This allows their suffering condition to show and as a result there is a high cost level to the patients family, social and employment environment. The aim of this study is to decrease the frequency and intensity of headache caused by migraine. Two university students of middle class were included. The cognitive-behavioral program was conducted for seven weeks with duration of one hour per session and completes with daily practices. A decline was observed in the anxiety level variables, effects of headache and pain coping, after the program was applied and the level of disability was the only variable that did not have changes noted. Changes were observed after the development of the intervention, specifically at the level of the experienced anxiety. The perception of headache effects and coping improved after the application of the cognitive-behavioral program.

Key words: migraine, pain, cognitive-behavioral therapy.

RESUMEN

Se llevaron a cabo dos estudios de caso único. Se realizó una intervención cognitivo-conductual para el control de cefalea tipo migraña, utilizando las técnicas de entrenamiento en resolución de problemas y entrenamiento autógeno. Las personas que sufren de migraña en muchas ocasiones tienen dificultades para desarrollar su trabajo y sus labores cotidianas teniendo un alto coste a nivel familiar, social y laboral. El objetivo de este estudio fue disminuir la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza causado por la migraña. Participaron en este estudio de forma voluntaria dos jóvenes universitarios, de clase social media. El programa cognitivo-conductual se llevó a cabo durante siete semanas con una duración de una hora por sesión, complementada con prácticas diarias. En las variables nivel de ansiedad, efectos del dolor de cabeza y afrontamiento al dolor, se observó una disminución tras la aplicación del programa y la variable que no manifestó cambios fue el nivel de discapacidad. Tras el desarrollo de la intervención, se observaron cambios a nivel de la ansiedad experimentada, al igual que la percepción de los efectos del dolor de cabeza, y el nivel de afrontamiento mejoró con posterioridad a la aplicación del programa.

Palabras clave: cefalea, dolor, tratamiento cognitivo-conductual.

La migraña es un tipo de cefalea que afecta a entre un 15 y 16% de la población general. Sin embargo, el valor e importancia que se le atribuye, es a menudo muy bajo, debido a la aparición episódica y a la ausencia de mortalidad asociada a esta

* Correspondencia a: Pamela Parada Fernández, Universidad Miguel Hernández, Avenida de la Universidad, s/n. 03202 Elche. E-mail pame.parada.f@gmail.com.

enfermedad. Un estudio de Rasmussen (1991) realizado en países del continente europeo y americano establece porcentajes similares en cuanto a la prevalencia de esta enfermedad. Por otra parte, estudios realizados en África y Asia arrojan porcentajes más bajos. En estos dos últimos grupos culturales, se han observado diferentes niveles en la enzima fenolsulfotransferasa que metaboliza aminas y fenol. Diversos estudios señalan que esta enzima puede estar vinculada al incremento en las migrañas (Buceta, 1991; Rasmussen, 1991).

El periodo de mayor padecimiento de migraña es alrededor de los 35 y los 40 años. En adultos, la prevalencia es del 10 al 12%. En el caso de los hombres, se estima alrededor del 6% al 15% padece de migraña, y en el de las mujeres este porcentaje aumenta a un 18%. En migrañas con aura, el 4% en hombres y el 7% en mujeres (Rasmussen, Jensen, Schroll y Olesen, 1991).

La cefalea es un problema incapacitante y uno de los de mayor frecuencia en la población general. Las cefaleas han aumentado alrededor de un 60% en los últimos años, afectando a la población joven. El 72% de la población menor de 45 años ha sufrido o sufre de cefaleas. Por lo tanto, el gran coste que implican los cuidados médicos, tratamientos farmacológicos, neurológicos, psicológicos, días de baja laboral, justifican la necesidad de indagar en esta enfermedad (Caballo, Buela y Sierra, 1996). En algunos casos, el dolor de la migraña se perpetúa en el tiempo y se vincula a problemas psicológicos. La conducta del dolor producido por cefalea puede ser reforzada positivamente con descanso, atenciones excesivas o bajas laborales, entre otras. Además, la conducta del dolor puede también ser reforzada negativamente y mantener el problema en el tiempo, como cuando las consecuencias permiten al sujeto liberarse de ciertas cosas o situaciones desagradables (Vázquez, Fernández y Pérez, 1998). Se ha observado que en el caso de las mujeres, hay una mayor percepción del dolor que en los hombres, manifestando cuadros más floridos e incapacitantes, utilizando mayormente los servicios de salud (Rollnik, Karst, Piepenbrock, *et al.*, 2003).

Las actuales exigencias y los agitados ritmos de vida, han permitido la proliferación de la migraña como un verdadero problema de salud. El padecimiento de migraña afecta a la totalidad del sujeto, desde la parte funcional hasta la emocional. Se dan situaciones de absentismo laboral, abuso de medicación, entre otros, los cuales frecuentemente generan conductas de evitación a ciertas actividades, aislando en muchos casos a la persona que las padece (Vázquez, Fernández y Pérez, 1998). La migraña genera un gran impacto en la productividad. Alrededor de 112 millones de personas, terminan postradas en la cama padeciendo dolores de cabeza. Debido a esa situación existen pérdidas económicas elevadas asociadas a la disminución del empleo (Andrasik, 1996; Stephen, Silberstein y Lipto, 2001).

La migraña es vivida como una experiencia subjetiva, donde cada persona la experimenta de manera particular. Se encuentra relacionada con múltiples factores. Por lo tanto, las cefaleas se consideran multicausales, influenciadas por factores biológicos y psicosociales (Navarro, 2006). Un estudio realizado en diez unidades de cefalea de tipo migraña con pacientes ambulatorios, determinó que aproximadamente la mitad de los pacientes cumplían criterios diagnósticos de ansiedad, y un tercio de depresión (Medina, Arango y Ezpeleta, 2008). Estudios similares, plantean que la ansiedad y

depresión tienen implicaciones relacionadas directamente con el diagnóstico, pronóstico y trabajo terapéutico. Por lo tanto, las cefaleas primarias tienen una alta relación con patologías, no pudiendo obviar la valoración completa del paciente (Medina, Arango y Ezpeleta, 2008). Otros estudios han señalado la existencia de un gran número de factores implicados en los desencadenantes de la migraña. Uno de los factores psicológicos que se ha observado es que el estrés puede estar vinculado a la aparición de migrañas. Sin embargo, no hay evidencia de que los pacientes que padecen migrañas sufran más de patologías ansiosas o bien, que presenten mayores problemas emocionales en comparación con las personas que no las sufren (Wang, Schoenen y Timsit, 1994).

Actualmente, la forma de tratar la migraña es por medio de tratamiento farmacológico y prevención, desde el tratamiento sintomático del dolor, por medio de antiinflamatorios, analgésicos e incluso antidepresivos. Es importante señalar que existen estudios que muestran los efectos secundarios de la administración de antidepresivos, algunos de los cuales pueden ser sequedad de la boca, sedación, entre otros. Sin embargo, existen tratamientos que comprenden medidas no farmacológicas, como por ejemplo las técnicas de relajación, control de estrés, terapia e intervención cognitivo-conductual (Medina, Arango y Ezpeleta, 2008). Se ha aceptado y validado que las técnicas cognitivo-conductuales tales como la relajación autógena, muscular, imaginación guiada, respiración diafragmática o relajación progresiva, son comúnmente utilizadas. Muchas de ellas ayudan de forma directa o indirecta. Sin embargo, se ha observado que la combinación de tratamientos psicológicos y farmacológicos, tienen mejor respuesta. Por tanto, ambas técnicas combinadas, muestran mejorías en la frecuencia, intensidad y duración del dolor de cabeza. El 50% de los casos que utilizan este tipo de técnicas disminuye el dolor de cabeza (Reid y Mcgrath, 1996).

La justificación de este estudio se basa en que la evidencia científica ha señalado que cuando se complementa la terapia farmacológica con técnicas cognitivas-conductuales y técnicas de relajación, se disminuye la frecuencia de las cefaleas, así como la intensidad de las mismas, permitiendo mejores estrategias de afrontamiento y manejo de esta enfermedad (Grazzi, Andrasik, Usai, D'Amico, y Bussone, 2004).

El objetivo general de este estudio fue poner a prueba un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de pacientes con migraña. Los objetivos específicos fueron: (a) disminuir la intensidad del dolor causado por la migraña; y (b) disminuir la frecuencia de aparición del dolor provocado por la misma. La hipótesis general de este estudio será que las personas con cefalea de tipo migrañosa sometidas a un tratamiento cognitivo conductual multifocal, experimentarán cambios significativos que favorecerán la intensidad y la frecuencia de los síntomas de la migraña.

MÉTODO

Participantes

Participante 1. Mujer de 23 años, soltera sin hijos; su ocupación es estudiante de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad Miguel Hernández y su nivel socioeconómico es medio. En la actualidad vive con sus padres y sus hermanos,

refiere mantener una buena relación con ellos. El motivo de consulta del participante 1 fue presentar intensos dolores de cabeza generados por la migraña. Cree que éstos están causados por ser ansiosa. Además, refirió que experimenta mucha ansiedad en diferentes situaciones y contextos, lo cual coincide con la aparición posterior de migraña. La paciente manifiesta que la intensidad del dolor es muy alto ya que le produce náuseas y por lo que en varias ocasiones ha tenido que quedarse tumbada en la cama para así, aliviar el malestar de forma más rápida. La historia del problema de la paciente se origina a los 17 años; fue diagnosticada por un neurólogo de migraña sin aura, con un curso que se ha incrementado con el tiempo en cuanto a la frecuencia y la intensidad. Desde entonces, tiene al menos dos crisis de gran magnitud en un mes, dejándola con un malestar que se puede extender durante días después de haber presentado la crisis de migraña, ya que la sensación de náusea le descompone el estómago, quedando con este malestar unos días posteriores al dolor de cabeza. Señala que en su familia hay dos personas que sufren de migrañas, su madre y su abuelo paterno.

Participante 2. Varón de 24 años, soltero sin hijos, es estudiante de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de la Universidad Miguel Hernández, nivel socioeconómico es medio, sus padres se encuentran divorciados desde hace más de ocho años, tiene una hermana de 17 años que vive con su padre desde hace dos años y él vive con su madre tras la separación. Refiere tener una buena relación con su madre y con su padre sólo se comunica con él por un tema económico. El participante señala que desde que sus padres se divorciaron, la relación entre él y su padre no es la misma, por lo que considera que esta relación se volvió distante y fría. Actualmente trabaja tres días a la semana en un restaurante de comida rápida, tratando de compatibilizar los estudios con el trabajo. El paciente acude manifestando tener fuertes dolores de cabeza. Cree que éstos están causados por el desorden de sus comidas, ya que muchas veces no dispone de tiempo para comer y pasa largos periodos sin ingesta de alimentos, además, señala que este factor ha coincidido en la aparición de la migraña; además asocia el ritmo de trabajo y estudio que lleva hace varios años podrían influir en su aparición. Esta condición le preocupa y refiere ponerse ansioso cuando piensa que puede tener una crisis de migraña en cualquier momento y que no cuenta con los recursos apropiados para controlarla, ya que en reiteradas ocasiones estando en la universidad le ha venido la migraña y ha tratado de no prestarle atención y continuar con la actividad física que está realizando, sin embargo, manifiesta que la sensación de malestar se ha incrementado significativamente. La historia del problema comienza cuando su médico de cabecera lo diagnosticó de migraña sin aura a los 20 años. Presenta una crisis de gran intensidad generalmente una vez al mes. La sintomatología que presenta es sonofobia, náuseas, dolor unilateral izquierdo, además indica que con cualquier tipo de actividad empeora el malestar causado por el dolor. La medicación que tiene prescrita incluye Naproxeno o Diclofenaco y Paracetamol. Refiere no tener antecedentes de personas en su familia que tengan algún tipo de cefalea primaria.

Las necesidades de ambos participantes son poder disminuir o eliminar el dolor de cabeza, ya que les imposibilita llevar una vida normal, puesto que la aparición de una crisis de migraña implica dificultad para realizar sus actividades cotidianas con naturalidad.

Instrumentos y variables

Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron los siguientes:

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, 1991). Es un cuestionario que evalúa la ansiedad como un estado transitorio y como rasgo. Es aplicable en adolescentes y adultos, tarda alrededor de 20 minutos. Este cuestionario se divide en dos partes de 20 ítems en cada una de ellas. La primera, *ansiedad estado*, evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda, *ansiedad rasgo*, señala una propensión ansiosa, estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir situaciones como amenazadoras. Tiene una consistencia interna adecuada.

Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) (Fernández, Canuet-Delis, 2003). Permite evaluar la discapacidad en las personas que padecen de migraña tanto en el ámbito laboral como fuera del. El MIDAS consta de 6 preguntas y dos adicionales que registran la información sobre la frecuencia y la intensidad del dolor. Éstas no suman a la puntuación total del cuestionario, pero brindan información relevante. La puntuación del MIDAS se divide en cuatro grados, el Grado I es de 0-5 puntos, limitaciones ligeras y pocas necesidades de tratamiento. Grado II es de 6 a- 10 puntos, consta de limitaciones moderadas y necesita un tratamiento moderado. Grado III puntúa entre 11-20 puntos y el Grado IV es de 32 o más puntos, esto significa limitaciones graves y grandes necesidades de tratamiento. El MIDAS presenta una consistencia interna adecuada.

Cuestionario de afrontamiento del dolor (CAD) (Soriano y Monsalve, 2002). Es un cuestionario que mide las estrategias de afrontamiento para hacer frente a las situaciones de estrés en relación al dolor crónico. Consta de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas: religión, catarsis (o búsqueda de apoyo social emocional), distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información. Estas escalas están enfocadas al afrontamiento centrado en la emoción, ya que los autores consideran que el tipo de afrontamiento tiene consistencia general e independiente de la situación específica de dolor que tenga las personas. Las respuestas se presentan en una escala de 5 puntos, que va de acuerdo a desacuerdo. Se puntúa 4 puntos a totalmente de acuerdo, 3 puntos para más de acuerdo que en desacuerdo, 2 para ni de acuerdo ni en desacuerdo, 1 para más en desacuerdo que de acuerdo y 0 puntos para totalmente en desacuerdo. A mayor puntaje mayor nivel de afrontamiento. Este cuestionario tiene una adecuada consistencia interna.

Cuestionario de impacto del dolor de cabeza (Headache Impact Test, HIT-6) (Ware, Kosinski, y Killer, 1996). Es un cuestionario autoadministrado que consta de un total de 6 preguntas. Permite establecer 4 categorías según el grado de discapacidad: sin discapacidad, discapacidad leve (HIT-6 entre 50-55), discapacidad moderada (HIT-6 entre 56-59) y discapacidad grave (HIT-6 \geq 60). Este cuestionario tiene un buen nivel de consistencia interna.

Selección del tratamiento

El objetivo de la intervención es disminuir la frecuencia y la intensidad del dolor de cabeza causado por la migraña, además de incrementar conductas funcionales y re-

ducir las conductas del dolor. Otro objetivo secundario es la adquisición de habilidades de afrontamiento ante situaciones de dolor y así, que el dolor deje de ser el interruptor de la vida rutinaria tradicional que desarrolla el paciente. Se eligió el tratamiento más adecuado para ambos casos de acuerdo a la propuesta de Virués y Moreno (2008), escogiendo la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales. Se ha seleccionado esta intervención por la efectividad señalada en la literatura científica.

Procedimiento

Se accedió a la muestra por medio de una invitación para la participación en este estudio, enviada a los alumnos de la Universidad Miguel Hernández durante el primer semestre del año 2012. Las sesiones fueron llevadas a cabo en la misma universidad, realizándose una sesión semanal de 45 minutos durante 6 semanas con ambos participantes.

Todos los individuos participaron voluntariamente y firmaron el correspondiente consentimiento informado previo a la realización de este estudio. En consentimiento detallaba explícitamente la confidencialidad de sus datos y la posibilidad de retirarse en cualquier momento.

El programa de cefaleas se dividió en tres fases de aplicación: (1) *evaluación pre-tratamiento* con explicación de objetivos, entrevista inicial y evaluación psicológica por medio de cuestionarios; (2) *tratamiento*, con sesiones informativas, entrenamiento de relajación autógena y técnica de resolución de problemas; y (3) *evaluación post-tratamiento* con evaluación por medio de los cuestionarios aplicados inicialmente.

Evaluación pre-tratamiento. Se realizó en esta fase una evaluación psicológica con la finalidad de obtener datos sobre las principales variables implicadas en la génesis y mantenimiento de la migraña. La duración de esta fase es de 1 sesión de 45 minutos, la primera sesión fue destinada a la firma de la carta de consentimiento informado (Ver Apéndice A), entrevista y se aplicarán los cuestionarios psicológicos. En primer lugar, se realizó una explicación general de los objetivos del estudio, ya que en ocasiones anteriores se profundizó. Además, se hizo entrega de información detallada a los participantes. Se informó respecto a la dinámica de la sesión actual y de las sesiones futuras. Se entrevistó a los dos participantes, se recogieron los datos históricos y biográficos de los pacientes. Se indagó sobre aspectos generales de la vida de la persona, tales como: personas con las que convive; con quién vive, relaciones sociales, aspectos laborales, ocio, salud física y mental, presencia de alguna patología. Luego, se realizaron preguntas puntuales con respecto al curso y diagnóstico de la migraña, se preguntó sobre: soluciones intentadas; tratamientos recibidos; eficacia de la medicación; beneficios observados durante los tratamientos realizados; alimentación; descripción y localización de la migraña y localización de la migraña. Por último, se finaliza la entrevista con preguntas relacionadas con las situaciones precipitantes de la migraña, las consecuencias que le producen el dolor de cabeza y los factores que pueden mejorar o agravar la migraña. Mejoran o empeoran la migraña. Se aplicaron una serie de instrumentos psicológicos que incluyen las variables que influyen en la aparición de la migraña. Estos instrumentos se mencionaron en el apartado de Instrumentos de este estudio.

Tratamiento. Tras las evaluaciones psicológicas realizadas se comenzó con la aplicación del tratamiento de los pacientes con migraña. El tratamiento que se administró a los pacientes se llevó a cabo de acuerdo al siguiente orden. Se realizó una sesión grupal informativa con una duración de 45 minutos. El objetivo de la sesión informativa, fue que los participantes lograran aprender información que les permita disminuir y prevenir la incidencia de los ataques de migraña. Con la finalidad, de lograr este objetivo se procedió a realizar una explicación amplia sobre los factores que pueden desencadenar las migrañas. Se informó respecto al consumo de ciertos alimentos que pueden influir en la aparición de la migraña, solicitando a los participantes a mencionar cuáles del listado de alimentos presentado en el documento se consumen en exceso y con qué frecuencia, como por ejemplo; chocolates, quesos fermentados, abuso de grasas, té, café, bebidas colas en exceso, etc. Con el fin de identificar la influencia de algún alimento que precipite la aparición de migraña. Por otra parte, se explicó la relación que existe entre la ansiedad y el afrontamiento de problemas con la aparición de la migraña. Además, se les informó sobre las diferentes etapas del programa, por lo cual se explicó la función de cada una de ellas y la técnica específica que se utilizaría. En este apartado se informó al paciente sobre la importancia de la implicación que tiene como participante activo de cambio en el proceso de su enfermedad; puesto que la presencia de un mal manejo de ansiedad, mala alimentación e incumplimiento en la ejecución de las herramientas que se le enseñan durante el proceso terapéutico, influyen, influyen directamente en la aparición y manejo de la migraña. Por tanto, el paciente se convierte en un agente activo con la capacidad de prevenir y controlar su aparición. A continuación se llevó a cabo un entrenamiento en la técnica de relajación autógena. Dicho entrenamiento se desarrolló en 3 sesiones de 45 minutos por semana. Este entrenamiento debía ser completado con prácticas diarias de al menos 30 minutos en su hogar. El objetivo de la aplicación de esta técnica es lograr que el paciente se logre alcanzar un adecuado nivel de relajación fisiológica. La postura en la que se realizó esta técnica fue tumbados sobre una colchoneta en el suelo. Los pacientes debían tener el cuerpo estirado, se les indicó que ocupar el espacio necesario y utilizar ropa cómoda. Se les indicó que debían tener su cabeza y antebrazos apoyados al suelo, además debían colocar las manos al lado de cada pierna y mantener las piernas separadas. Este entrenamiento se llevó a cabo en un lugar tranquilo. Al iniciar el entrenamiento, los pacientes debían concentrarse en la frase, “estoy completamente tranquilo”. En las cinco primeras sesiones se trabajó la sensación de pesadez en brazos y piernas, seguido de la sensación de calor en brazos y piernas. Luego, se procedió a trabajar la sensación cardíaca, en esta parte del entrenamiento se le solicita al paciente que coloque la mano sobre el corazón y que repita seis veces que su corazón late fuerte y tranquilo. Posteriormente, se trabajó el control de la respiración, la regulación de órganos abdominales, y la regulación de la región cefálica. Se instruyó a los pacientes en una serie de estrategias o técnicas de afrontamiento a situaciones estresantes. Esto permite que logren afrontar eficazmente las situaciones diarias estresantes a las que se ven expuestos. Además, permite enfrentarlas de manera reflexiva, así como prevenir el desarrollo de altos niveles de hipervigilancia y reforzar en los pacientes la autoconfianza y las capacidades para resolver problemas. En esta sesión se les explicó a los pacientes la forma en que se puede definir y formular un problema, además se les

enseñó estrategias que les permitan generar posibles soluciones, así como lograr tomar decisiones, ejecutarlas y verificar los resultados obtenidos con éstas. Para enseñar estas estrategias se utilizaron ejemplificaciones sencillas y complejas con la finalidad de que los pacientes logran interiorizar esta técnica y poderla aplicar frecuentemente a los problemas de la vida cotidiana, lo cual permite que esta conducta se convierta en un hábito y que se logre generalizar como estrategia para resolver todas las posibles problemáticas. En esta sesión, se les pidió que pensarán en un problema que consideraran difícil de afrontar, seguidamente, se trabajó este problema por medio de la técnica de solución de problemas, de esta forma se les enseñó a afrontar las situaciones de forma adecuada y asertiva.

Evaluación post-tratamiento. Una vez finalizada la fase de tratamiento se administraron las pruebas psicológicas iniciales, las cuales están señaladas en el apartado de instrumentos. Las pruebas aplicadas fueron: (1) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; (2) Cuestionario de afrontamiento al dolor; (3) y; (4) HIT-6. Estas pruebas fueron elegidas debido a que permiten reflejar los cambios cognitivos, fisiológicos y conductuales que produjo la aplicación de la intervención cognitiva conductual. La duración de este proceso fue de dos sesiones, en la primera sesión se administraron todos los cuestionarios y en la y última sesión se realizó una devolución de la información proporcionada por los participantes de investigación.

RESULTADOS

Tras la aplicación completa del programa para pacientes con migraña, se realizó la comparación de los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas en el pretest y el postest. A continuación se pueden observar los resultados por medio de una representación gráfica.

En la figura 1 se observa que el participante 1 tuvo una puntuación en la ansiedad estado y ansiedad rasgo de decatipo 6 en la evaluación pre-tratamiento. Sin embargo, se puede observar que esta puntuación disminuyó a decatipo 4 en la evaluación post tratamiento. Estos resultados indican que el participante 1 tenía una alta disposición para responder a situaciones tensas con una elevada ansiedad. Posteriormente a la intervención realizada se puede inferir que hubo una discrepancia de la ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Por otra parte, se observa que la puntuación obtenida por el participante 2 en la evaluación pre tratamiento fue de decatipo 7. En la evaluación post tratamiento se observa que esta puntuación disminuyó, ya que el participante obtuvo una puntuación de decatipo 6. Por medio de esta representación gráfica se observar que al inicio del tratamiento el participante 2 podía experimentar síntomas, tales como pensamiento acelerado, dificultades de concentración, sudoración en la palma de sus manos, taquicardia e hiperventilación, ya que los resultados obtenidos en la evaluación pre tratamiento indicaban un alto nivel de ansiedad. Tras el desarrollo del programa de intervención se observa una disminución de la ansiedad y por lo tanto, la sintomatología ansiosa bajó su umbral.

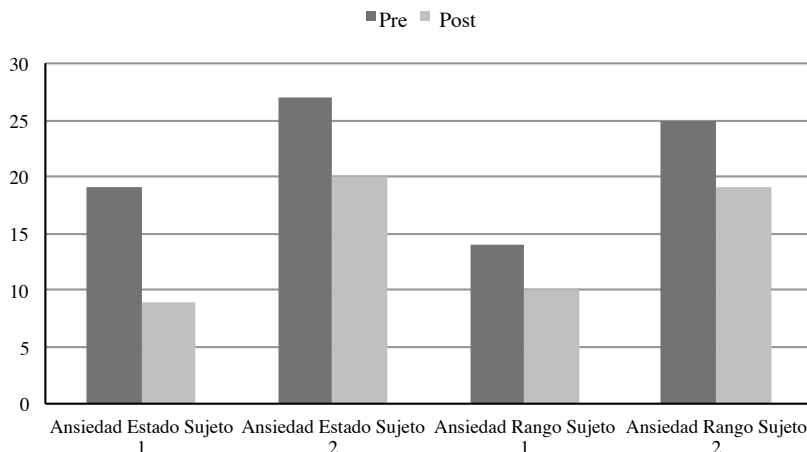


Figura 1: Evaluación pre y post tratamiento ansiedad- estado y ansiedad- rasgo participantes 1 y 2.

En la figura 2 se observa que el participante 1 antes de recibir la intervención obtuvo una puntuación que lo ubicaba en un rango de 70. Esta puntuación indica que al inicio del programa los dolores de cabeza que manifestaba estaban teniendo un impacto considerable en su vida, produciéndole dolores y síntomas severos, los cuales producían efectos negativos en su calidad de vida. Luego de la intervención, se observa que hubo una disminución del impacto que le produce el dolor de cabeza en la vida de la paciente, ya que obtuvo una puntuación que la ubica en un rango de 64. A pesar de que hubo una disminución en esta puntuación con respecto a la obtenida durante la evaluación pre-tratamiento, el resultado indica que el grado de impacto que le produce el dolor de cabeza continúa ubicándose dentro de un rango elevado. También, se observa que el participante 2 obtuvo una puntuación pre-tratamiento que lo ubica en un rango de 64, e indica la presencia de un rango de malestar severo. Esta puntuación es similar a la que presentó el participante 1. Sin embargo, luego del tratamiento esta puntuación baja a un rango de 56. Esta puntuación indica que a pesar de que los dolores de cabeza tienen un impacto importante, ha habido una disminución en cuanto a su grado de severidad.

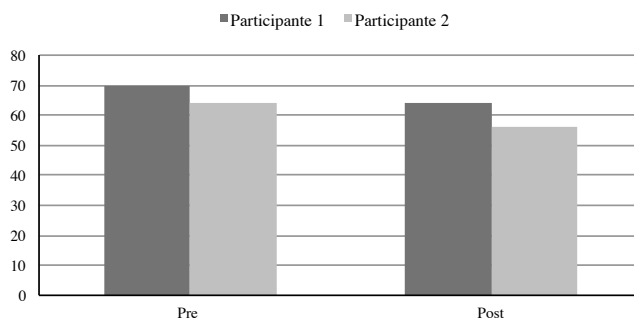


Figura 2: Evaluación pre y post tratamiento del impacto del dolor de cabeza participantes 1 y 2.

Estos resultados reflejan que en ambos participantes hay una disminución del impacto del dolor de cabeza en la vida cotidiana de los pacientes.

Los resultados que se observan en la figura 3 muestran que, tras la realización del programa de intervención, no se observan cambios en cuanto al nivel de discapacidad que posee el participante 1, ya que el nivel de discapacidad en cuanto días de ausencia y rendimiento laboral ha sido considerado leve, tanto al inicio como al final del tratamiento. Por otra parte, en esta misma figura se aprecia que el participante 2 tampoco obtuvo cambios en el nivel de discapacidad, debido a que también mantuvo su condición leve en la evaluación pre y post.

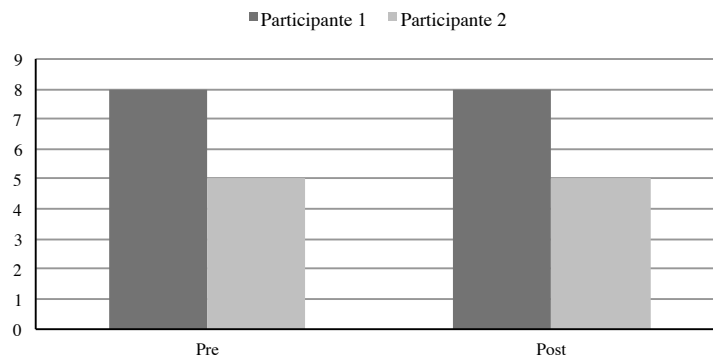


Figura 3: Evaluación pre y post del nivel de discapacidad.

En la figura 4 se observa que el participante 1 presentaba antes del tratamiento un adecuado nivel de afrontamiento al dolor nivel (puntuación 55). Después del proceso de tratamiento, este nivel de afrontamiento se incrementó significativamente, logrando alcanzar rangos más elevados (puntuación 80). Se puede observar que antes del tratamiento el participante 2 tenía un nivel de afrontamiento al dolor levemente disminuido con respecto al rango normal (puntuación 49). Sin embargo, después del tratamiento, este nivel aumentó, logrando ubicarse en rangos normales (puntuación 61).

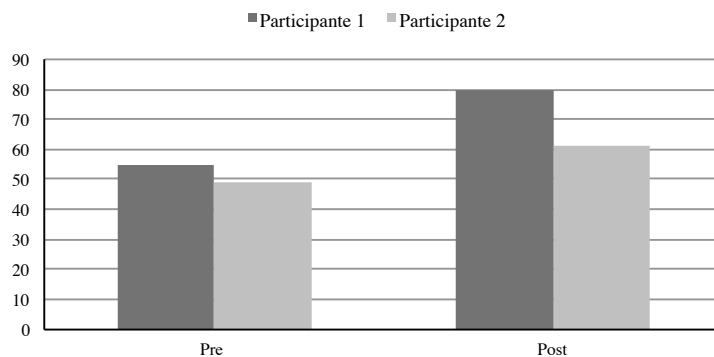


Figura 4: Evaluación pre- y post-tratamiento de afrontamiento al dolor participantes 1 y 2.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue diseñar y poner a prueba un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de pacientes con migraña y disminuir la frecuencia de aparición del dolor provocado por la misma. Tras la aplicación del programa, se obtuvieron cambios relevantes en la dirección esperada en las distintas dimensiones analizadas: ansiedad, efectos del dolor de cabeza, nivel de discapacidad y afrontamiento del dolor. Reid y McGrath (1996) señalan que las técnicas de relajación, técnicas de resolución de conflictos, *biofeedback*, entre otras, han demostrado eficacia para el tratamiento de la migraña, considerando que la exposición durante al menos un mes permite observar cambios.

El nivel de ansiedad disminuyó tras la aplicación del programa para pacientes con migraña en ambos participantes. En la pre-evaluación (pretest), los participantes se mostraron con un elevado nivel de ansiedad, el cual es atribuible a las características propias que posee cada participante para responder ante diversas situaciones. En la post-evaluación (postest), la ansiedad de ambos participantes disminuyó, ya que se les enseñó a trabajar técnicas de relajación las cuales incorporaron a su vida diaria. Estas estrategias les permitieron disminuir la atención a estímulos ambientales. Si bien existe una disminución de la ansiedad que puede ser atribuida al programa, se debe considerar que pueden estar influyendo otras variables que en este estudio no se evaluaron, como la autoeficacia, características de personalidad, locus de control, nivel de sugestionabilidad, depresión, entre otras.

Navarro (2006) señala que las prácticas de relajación a pacientes con migraña les permiten ejercer control sobre el dolor relacionado con respuestas fisiológicas. Además menciona que el incorporar a la vida diaria las técnicas de relajación facilita que las personas con migraña logren alcanzar un nivel de autocontrol sobre su dolor de cabeza. En un estudio de 392 pacientes se encontró que la utilización de técnicas de relajación fue efectiva en la disminución de la ansiedad y de los síntomas de la migraña (McGrandy *et al.*, 1999). En esta misma línea, Caballo (1998) señala que las técnicas de relajación facilitan el aprendizaje del patrón de respuesta biológica correspondiente al estado de relajación, permitiendo un mejor manejo del dolor.

Los efectos del dolor de cabeza causado por la migraña en ambos participantes disminuyeron. El participante 1, tras la aplicación del programa, manifestó puntuaciones aún consideradas en un rango de severidad. Esto se puede deber a la falta de tiempo para que los cambios se estabilizaran y se reflejen en su vida cotidiana de manera más significativa, ya que la paciente mostraba una mayor percepción con respecto a la incapacidad que le provocaba el dolor de cabeza en comparación con el participante 2. En el caso del participante 2, el malestar percibido respecto a los efectos del dolor de cabeza, disminuyó de una condición catalogada como severa a una condición moderada, sin embargo, se debe considerar que este paciente manifestaba un rango menor de severidad que el participante 1.

Los resultados obtenidos coinciden con los encontrados en algunos estudios, los cuales mencionan que el 50% de los casos que participan en tratamientos cognitivo-

conductuales combinados, disminuyen los efectos del dolor de cabeza causado por la migraña, logrando así mejorar clínicamente (Reid y McGrath, 1996). Newton y Barbaree (1987) evaluaron los cambios que producía el tratamiento cognitivo-conductual y encontró que en comparación con participantes controles no tratados, los participantes tratados con técnicas cognitivas-conductuales, reportaron una reducción de los síntomas de la migraña y la intensidad de ésta.

La discapacidad asociada a las bajas laborales y el rendimiento en ambos participantes, no sufrió cambios al inicio y final de la intervención. Estos resultados se atribuyen principalmente a que los participantes tenían dos o tres crisis al mes, lo cual no implicaba gran cantidad de días de ausencia laboral o estudiantil. Por tanto para estos participantes es más significativo el malestar que provoca la migraña que la cantidad de días de ausencia laboral.

El nivel de afrontamiento al dolor que presentaron los participantes evaluados en este estudio, aumentó tras la aplicación del programa para la migraña. La intervención permitió que los participantes presentaran mayor control sobre la migraña, además aprendieron a percibirla como una problemática que se puede manejar. El afrontamiento al dolor está relacionado con cambios en las medidas del dolor tanto sensoriales (intensidad, frecuencia y duración), como emocionales (ansiedad y depresión) y funcionales (conducta de dolor, discapacidad, interferencia en la vida social, etc.). Por tanto, las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste a la enfermedad ya que, a mayor afrontamiento, mejor manejo de la migraña y menos utilización de recursos sanitarios (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004).

Es importante mencionar que este estudio tiene limitaciones, ya que al ser un compendio de dos estudios de caso único no permite generalizar los datos obtenidos a la población general. Además, una de las grandes limitaciones fue el tiempo acotado en el que se desarrolló el estudio, lo que no permitió hacer más extenso el programa y realizar un seguimiento para saber si tuvo lugar una generalización de los efectos del tratamiento.

Hay pocos estudios respecto al tratamiento cognitivo-conductual en cefaleas, sin embargo este estudio es una aproximación al tratamiento de la migraña y a la implicación psicológica que tiene. Existiendo evidencia respecto a variables psicológicas que pueden influir en las cefaleas, es pertinente que para futuras investigaciones se puedan realizar estudios que incluyan múltiples técnicas y estrategias psicológicas como inoculación al estrés, técnicas de imaginación, técnicas de relajación pasiva, progresiva, autógena, biofeedback, técnicas de resolución de problemas, autoeficacia, entre otras, ya que permiten fomentar un mejor manejo de las crisis, realizar seguimientos a los pacientes y poder complementar el tratamiento farmacológico con un abordaje psicológico, el cual permite explorar y trabajar aspectos que influyen en el dolor generado por las cefaleas. Para futuros estudios sería importante poder realizar un programa bien detallado que pudiese abarcar las cefaleas desde una perspectiva multidimensional, utilizando técnicas que controlen el dolor, así como técnicas para afrontar de forma adaptativa el estrés, entre otros aspectos. De esta forma, se podrá disponer de un programa estandarizado para todos los pacientes con cefaleas y así, poder implementarlo en unidades hospitalarias que fomenten nuevos estudios en este ámbito.

REFERENCIAS

- Andrasik F (1996). Behavioral management of migraine. *Biomedicine y Pharmacotherapy*, 50, 52-57.
- Buceta J (1991). *Psicología clínica y Salud: Aplicaciones de estrategias de intervención*. Madrid: Simancas.
- Caballo V (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo V, Buéla G y Sierra J (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández O y Canuet-Delis L (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Revista de Neurología*, 36, 1105-1112.
- Grazzi L, Andrasik F, Usai S, D'Amico D y Bussone G. (2004). Pharmacological behavioural treatment for children and adolescents with tension type headache: preliminary data. *Journal of the Neurological Sciences*, 3, 270-279.
- Haynes S, Gannon L, Bank J, Shelton D y Goodwin J (1999). Cephalic blood flow correlates of induced, headaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 467-480.
- Hernández R, Fernández C y Baptista P (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw- Hill.
- Medina O, Arango C y Ezpeleta D (2008). Tratamiento de las cefaleas. *Medicina Clínica*, 9, 119-127.
- Mc-Grandy A, Andrasik F, Terrence D, Striefel S, Wickramasekera I, Baskin S, Penzien B y Tietjen G (1999). Psychophysiology therapy for chronic headache in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 96-102.
- Navarro M (2006). Tratamiento cognitivo- conductual de la migraña. *Actualidades en Psicología*, 20, 1-22.
- Newton C y Barbaree H (1987). Cognitive changes accompanying headache treatment: The use of a thoughtsampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 635-652
- Rasmussen B, Jensen R, Schroll M y Olesen J (1991). Epidemiology of headache in general population prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 8, 19-28.
- Reide G y McGrath P (1996). Psychological treatments for migraine. *Biomedicine y Pharmacotherapy*, 50, 58-63.
- Rodríguez L, Cano E y Blanco A (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Acta Española Psiquiátrica*, 2, 82-91
- Rollnik J, Karst M, Piepenbrock S, Gehrke A, Dengler R y Fink M (2003). Differences in coping with tension-type headaches. *European Neurology*, 50, 73-77.
- Sonario J y Monsalve V (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 13-22.
- Spielberger C (1991). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory STAI*. USA: Psychological Assessment Resources.
- Stephen D, Silberstein M y Lipto R (2001). National Institute of Neurological Disorders and Stroke of the National Institut of Health. *Clinical*, 11, 1-25.
- Vásquez I, Fernández C y Pérez M (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, Pirámide.
- Virués J y Moreno R (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777.
- Wang W, Schoenen J y Timsit M (1994). Cognitive functions in migraine without aura between attacks: a psychophysiological approach using the oddball paradigm. *Neurophysiol Clinical*, 25, 3-11.
- Ware J, Kosinski M y Killer S (1996). Item short form health survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.

Recibido, 23 Agosto, 2012

Aceptación final, 22 Julio, 2013