



**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA MIGRAÑA O CEFALEA VASCULAR. A
PROPÓSITO DE UN CASO**

Dra. María Isabel Comeche Moreno

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF MIGRAINE OR VASCULAR HEADACHE.
APROPOS OF A CASE.**

Dra. María Isabel Comeche Moreno

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Dirección de contacto y envío de correspondencia:

María Isabel Comeche Moreno
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología

UNED
C/ Juan del Rosal, 10
Madrid. España.
mcomeche@psi.uned.es



Tratamiento psicológico de la migraña o cefalea vascular. A propósito de un caso

Aunque el tratamiento de primera elección para la migraña suele ser el farmacológico, existe una amplia evidencia de la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductual, tanto en la prevención de la aparición de los episodios de migraña como en el afrontamiento del dolor. Para ilustrar este tipo de intervención, en este trabajo se presenta el caso de una mujer de 41 años, remitida a terapia desde neurología, para el tratamiento cognitivo conductual de su problema de migraña crónica. La intervención se inicia con el conocimiento de las características de sus episodios de migraña y, sobre todo, del análisis de aquellas situaciones que ponen en marcha un proceso estereotipado de activación, dando lugar al inicio de un episodio de dolor de cabeza. El estudio de las relaciones funcionales entre dichas situaciones (sobre todo las de interacción social) y el problema de dolor de la paciente, nos permitió fijar como una de las metas prioritarias de la intervención la enseñanza de las adecuadas estrategias de afrontamiento de esas situaciones, previniendo así la aparición de muchos de los episodios de dolor. Junto a ello, en el trabajo se detalla la forma en que se abordaron otros aspectos relacionados con el problema de la paciente y que sin duda también contribuyeron a la mejoría final por ella experimentada. Una peculiaridad en la presentación de este caso, es la transcripción de varios de los diálogos terapeuta-paciente, mantenidos durante las entrevistas, como una forma de ampliar la descripción de “*qué*” es lo que se hizo, con el detalle de “*cómo*” se hizo.

Palabras Clave: migraña, cefalea vascular, tratamiento cognitivo-conductual, análisis funcional.

Psychological treatment of migraine or vascular headache. Apropos of a case.

Although the treatment of first choice for migraine is usually the pharmacotherapy, there is evidence of the usefulness of cognitive-behavioral interventions, both in preventing the migraine episodes as in pain coping. To illustrate this type of intervention, in this paper we present the case of a 41 age old woman, sent from neurology unit for cognitive behavioral treatment of her chronic migraine problem. The treatment begins with the knowledge of the characteristics of their migraine attacks and, above all, the analysis of those situations that trigger stereotypic activation process, leading to the onset of a headache episode. The study of the functional relationships between these situations (especially social interaction) and the problem of patient pain, allowed us to set as one of the priority goals of the intervention teaching appropriate coping strategies of those situations, thus preventing the emergence of many of the pain episodes. Along with this, we detail how that addressed other aspects of the problem of the patient and which undoubtedly contributed to the final improvement she experienced. A peculiarity in the presentation of this case is the transcription of some of the therapist-patient dialogues, as a way to expand the description of "what" is to be made, giving details of "how" was made.

Keywords: migraine, vascular headache, cognitive behavioral therapy, functional analysis.

Tratamiento psicológico de la migraña o cefalea vascular. A propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

La migraña o cefalea vascular es uno de los tipos de dolor de cabeza más invalidante. De forma característica los pacientes lo describen como un dolor pulsátil y muy intenso, que normalmente comienza en un lado de la cabeza (de ahí la denominación también frecuente de hemicránea) aunque a lo largo del episodio suele extenderse a toda la cabeza; la duración de las crisis de migraña es variable, oscilando entre 3 horas y 3 días. Durante los momentos más intensos de dolor la mayoría de los pacientes presenta fotofobia y fonofobia, así como algunos síntomas estomacales (náuseas y vómitos) que contribuyen a incrementar el malestar generado por el propio dolor.

Aunque la fisiopatología de la migraña es bastante compleja, simplificando podría decirse que el principal factor etiológico es una alteración vascular que, con una latencia corta aunque variable, produce el inicio del episodio de dolor. Así, en este tipo de pacientes, cualquier alteración emocional o situación estresante que desencadene un proceso de activación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), produciría una respuesta estereotipada de activación caracterizada, básicamente, por una vasoconstricción periférica, con elevada repercusión a nivel intracraneal. Esta vasoconstricción intracraneal produciría un proceso compensatorio, homeostático, de vasodilatación (sobre todo a nivel extra-craneal) que, finalmente, será el responsable de la aparición del dolor. Por tanto, la migraña puede considerarse como la consecuencia de un proceso de dilatación excesiva de los vasos que riegan la cabeza, sobre todo los de alguna zona concreta del hemi-cráneo (aquella en la que se inicia el dolor). Junto a la alteración vascular que, como se acaba de indicar, suele ser la responsable del inicio del proceso, es conveniente considerar también la posible implicación de factores musculares, concretamente de un excesivo nivel de tensión muscular, sobre todo por su relevancia tanto en el inicio como en el mantenimiento y/o agravamiento de muchos de los episodios de dolor (Comeche y Díaz, 1996).

La primera forma de actuación en el tratamiento de la migraña suele ser la farmacológica, mediante sustancias que por su acción vasoconstrictora revierten la vasodilatación una vez comenzado el ataque (como la ergotamina). Asimismo, se utilizan fármacos que ayudan a regular el mecanismo de la serotonina (como el sumatriptán), analgésicos para el alivio del dolor (incluidos los opiáceos), e incluso bloqueantes del calcio para prevenir la aparición de futuros episodios de migraña.

Sin embargo, y considerando los aspectos fisiopatológicos previamente señalados, el tratamiento psicológico, y de forma específica la intervención cognitivo-conductual, tiene un amplio margen de actuación tanto en la prevención de la aparición de los episodios de migraña como en el afrontamiento del dolor, existiendo numerosos trabajos que documentan su eficacia (Andrasik, 2004; Buse y Andrasik, 2009; Goyal, 2013). En este sentido, es necesario considerar que la activación

simpática que desencadena el proceso vascular responsable del inicio del dolor, puede originarse por múltiples causas, y aunque algunas sean difíciles de modificar (p.ej. cambios hormonales asociados al ciclo menstrual o reacción a determinados alimentos) muchas otras, como los acontecimientos estresantes o las alteraciones emocionales, son susceptibles de intervención cognitivo-conductual. Por este motivo, la intervención psicológica de los problemas de migraña, como la que en este caso clínico se ilustra, deberá empezar por conocer la posible existencia en la vida de la persona de situaciones que estén asociadas con una respuesta estereotipada de activación simpática y, por ende, funcionalmente relacionadas con el inicio de los episodios de cefalea. Esta vinculación funcional nos permitirá establecer como una de las metas prioritarias de la intervención, como a continuación se verá, el dotar a la persona de las adecuadas estrategias de afrontamiento de las situaciones desencadenantes para, dentro de lo posible, prevenir la aparición del proceso vascular que origina el dolor.

Finalmente señalar que, puesto que en el caso de esta paciente se disponía de las grabaciones de muchas de las entrevistas, en la presentación del caso se ha optado por transcribir algunos de los diálogos terapeuta-paciente y, en otros casos, se incluyen sus palabras o expresiones de forma literal (siempre entrecomilladas), como una forma de ilustrar los pormenores de esta intervención, es decir de ampliar la descripción de “*qué*” es lo que se hizo, con el detalle de “*cómo*” se hizo.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Información recogida en la primera entrevista

Ana (41 años) acude a consulta remitida por su neurólogo, diagnosticada de migraña clásica. Según sus mismas palabras “*llevo muchos años con dolores de cabeza y por más pastillas que me manda el neurólogo, no mejoro con nada*”.

Tras exponer el motivo de consulta, se centra la primera parte de la entrevista en delimitar los parámetros del problema de dolor (frecuencia, intensidad y duración), así como los fármacos y otras estrategias que utiliza para afrontar su problema.

Recuerda haber tenido jaquecas desde que era jovencita, pero antes sólo las sufría de forma esporádica y con un analgésico normal conseguía calmar el dolor. Sin embargo, desde hace cuatro o cinco años, según relata “*la cosa se me ha complicado de tal manera que lo raro es estar dos días seguidos sin que me ataque el dolor, además, ahora los calmantes apenas me lo quitan*”.

En una semana normal, Ana calcula que viene a tener entre dos y tres episodios de jaqueca, con una duración bastante variable, ya que hay veces que consigue superar la crisis en el mismo día (entre 4 y 8 horas), pero otras veces dice pasarse más de 24 horas seguidas con dolor, sobre todo cuando está con la regla. El dolor suele comenzar siempre por un punto en la zona del ojo y sien derecha y luego se va extendiendo por todo ese lado hasta que, finalmente, acaba doliéndole toda la cabeza, momento en que el dolor llega a su máxima intensidad; asimismo, en esos momentos dice notar que no soporta la luz (fotofobia) ni la música o los ruidos fuertes (fonofobia). Describe el dolor como pulsátil y muy intenso; en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 5 (dolor insoportable), valora

su intensidad entre 2 y 3 (al inicio) y de 4 a 5 durante la mayor parte del episodio. Aparte del dolor, asocia el padecimiento de la jaqueca con molestias estomacales, sobre todo náuseas e incluso en alguna ocasión vómitos.

Preguntada por las estrategias que normalmente utiliza para mitigar su dolor, Ana señala haberlo intentado todo: masajes, paños fríos, muchos tipos de pastillas, tomar tila, manzanilla, etc. Cuando mejor controla las crisis es cuando, nada más empezar el dolor, se toma dos cápsulas de Fiorinal-codeína [fármaco ahora retirado (paracetamol, ácido acetil-salicílico, cafeína y codeína)], y además se retira a un lugar aislado (normalmente en la cama), sin luz ni ruidos. Si no se puede tomarse pronto el fármaco y aislarse, el dolor llega a ser mucho más intenso, por lo que tiene que repetir varias veces la toma (cada 6-8 horas). Hay episodios en que el dolor es tan intenso y tan persistente que no le queda más remedio que quedarse en la cama y dejar de hacer su vida normal. En esas ocasiones su marido y, sobre todo su tía, se ocupan de la casa y de sus dos hijos, porque Ana dice encontrarse tan mal, que no se siente capaz de hacer ninguna actividad.

En este punto de la entrevista, se pasa a indagar sobre los aspectos cotidianos de la vida de la paciente, intentado delimitar las relaciones funcionales entre el dolor y los acontecimientos de su vida. Por una parte, se indaga los posibles cambios que se introducen en su vida en cada episodio de dolor, buscando las posibles consecuencias (refuerzos, ganancias secundarias) que pudieran estar contribuyendo al mantenimiento del dolor. Por otra parte se indagan los antecedentes, es decir la posible relación entre la aparición del dolor y algún acontecimiento o situación estresante de su vida cotidiana que pudiese contribuir al inicio de un episodio de dolor.

Ana está casada con Esteban, desde hace 16 años, y tienen dos hijos, Marco (15 años) y Esteban (12 años). Describe su relación familiar como completamente normal. Con sus hijos se lleva muy bien, dice que son muy buenos muchachos y que están muy pendientes de ella: *“basta que les diga que me duele la cabeza para que no pongan alta ni la música ni la tele y pasan a menudo a mi cuarto a ver si necesito algo y esas cosas”*. Dice que cuando salen del colegio siempre le cuentan a lo que han jugado con sus amigos o lo que han hecho en clase; que le encanta escucharles y le gustaría implicarse más, pero reconoce (con bastante turbación) que ya le han superado y no puede ayudarles mucho con las tareas del cole porque no tiene suficientes conocimientos como para hacerlo. Ana cuenta, evidentemente avergonzada, que tuvo que dejar los estudios en primaria porque murió su madre y tuvo que venirse del pueblo a vivir con su tía; luego aprendió a coser, pero nunca volvió a retomar los estudios.

Respecto a su marido, dice que *“Esteban es un encanto y muy trabajador; es ingeniero en una multinacional y tiene muy buen cargo”*. Reconoce que esto es un problema para ella y se queja de que siempre está tan ocupado que durante la semana apenas puede contar con él. De todos modos, insiste en que no suele tener problemas con él, le gusta todo lo que hace en la casa, las comidas, con los chicos y no suelen discutir por esas cosas. El único foco de problemas entre los dos es que querría que Ana le acompañara más a las fiestas y viajes que hacen en su trabajo, pero ella reconoce que se siente cohibida en ese tipo de actos y lo pasa mal. Además, tiene miedo porque en esas situaciones se sale de su rutina y es más fácil que le empiece el dolor, y sobre todo cuando está de viaje con dolor dice pasarlo peor que cuando tiene la crisis en casa. De todos modos y a pesar del dolor suele intentar

ir, ya que para el trabajo de su marido estos actos parecen ser muy importantes, aunque reconoce que Esteban es muy comprensivo y normalmente se retiran pronto.

Para conocer la posible vinculación funcional entre el inicio del dolor y algunas de las situaciones de su vida (como las ya señaladas de los viajes o fiestas) se le enseña a cumplimentar un auto-registro diario del dolor muy sencillo (Figura 1). Se le explica que los números de la parte superior representan las horas del día, considerando que un día normal puede empezar como pronto a las 6 de la mañana y terminar de madrugada. En la columna de la izquierda, los números del 0 al 5 representan el termómetro del dolor que previamente se le había enseñado a manejar para cuantificar la intensidad de su dolor; cuando sienta dolor, deberá hacer una cruz en la cuadrícula en la que se cruzan la hora del día y la intensidad del dolor que padece. En la columna inferior debe anotar si toma algún analgésico (en su caso Fiorinal-codeína), anotando sólo el número de pastillas que ingiere, en la hora de la toma. El apartado final está destinado a anotar, cuando ello sea factible, la ocurrencia de algún acontecimiento o situación que pudiera relacionarse con el comienzo del dolor.

Día _____ Nombre: _____

	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
Fármaco																								
Dosis																								
S i t u a c i ó n																								

Figura 1. Auto-registro diario del dolor

Para practicar con un ejemplo real, se le pide que haga memoria de si en alguno de sus últimos episodios de dolor, recuerda hubiera sucedido algún acontecimiento o situación que pudiera relacionar con el comienzo del dolor. Aunque inicialmente contesta con la frase “no caigo en la cuenta”, tras varias explicaciones sobre las relaciones funcionales que a menudo se dan entre el inicio de un episodio de migraña y algún problema o situación estresante de la vida (“cualquier cosa que te preocupara, te asustase, o te pusiera más nerviosa y que sucediera poco antes del comienzo del dolor”), finalmente refiere, con expresión de sorpresa y asombro, su primera asociación entre un acontecimiento de su vida y el inicio del dolor. A continuación se transcribe ese fragmento de la entrevista:

Ana (A): Sí, ahora que lo pienso, recuerdo que la semana pasada me pasó una cosa que me puso muy nerviosa, y al ratito me empezó el dolor... ¿te refieres a algo así?.

Terapeuta (T): Sí, muy bien, Ana, a ese tipo de relación es a la que me refiero. ¿Puedes contarme qué es lo que sucedió antes del dolor, que te puso tan nerviosa?

A: Resulta que me avisa el pequeño, Esteban, que tengo que subir a su clase para una reunión urgente con el tutor, de todos los padres que estemos esperando a recogerlos. Resulta que había aparecido roto el cristal de la puerta de la clase, y claro, como pasa en esos casos, pues no había sido nadie. Así que el tutor empezó a preguntar a los padres que qué opinaban que había que hacer. Me puse muy nerviosa pensando que si me preguntaba, tendría que hablar delante de aquellos señores que no conozco”.

T: ¿Y te preguntó a ti?

A: (con voz muy bajita) Sí, pero no pude decir nada. Noté que me ponía colorada y muy nerviosa, y que no me salía la voz...., así que pasó de mí y preguntó a otros.

T: Y el dolor de cabeza ¿cuándo lo empezaste a notar?

A: Ya cuando acabó la reunión me notaba como embotada y de camino para casa empezó el dolor detrás del ojo derecho y al poco ya me dolía toda la cabeza. Pero hasta ahora que hemos empezado a hablar de ello no me había dado cuenta de que el dolor estuviera relacionado con esos nervios...., y eso que el neurólogo ya me lo había advertido.

T: Muy bien, pues en ese caso piensa en algo, que pudieras apuntar aquí (señalando el apartado de situación del auto-registro) que resuma esa situación.

A: ¿Valdría algo así como reunión tutor, o cristal roto?

T: Sí, perfecto. Vale con una o dos palabras, que te sirva a ti para recordar el incidente y que luego, en la consulta, me lo puedas contar, como acabas de hacer.

Los datos que figuran en el auto-registro de la citada Figura 1, son los que Ana recuerde de ese episodio. Así, la primera cruz de la izquierda representa el inicio del dolor (5 de la tarde) y su intensidad (un 2). Las siguientes cruces van señalando la secuencia del episodio: a las 6 subió a una intensidad de 4 y es el momento en que toma la primera dosis del fármaco; el dolor permaneció en ese nivel hasta las 10 de la noche, momento en que se toma otra dosis del fármaco, bajando a un nivel inferior (un 2), y manteniéndose en ese nivel hasta las 12 de la noche (que según cuenta se durmió).

Finalmente, se le insiste en la importancia de anotar todos los episodios de dolor que sucedan entre sesiones y, sobre todo, si asocia el inicio o agravamiento del dolor con alguna situación, como acaba de hacer. Puesto que Ana señala que la siguiente semana va a estar fuera (un viaje a Londres organizado por la empresa de su marido), se le cita para dos semanas después, y se le dan los impresos de auto-registro para que haga las anotaciones pertinentes.

Información recogida en la segunda entrevista

La segunda sesión se dedicó, inicialmente, a comentar con Ana los auto-registros realizados durante las dos semanas. Posteriormente se realizó una evaluación psicofisiológica que complementase la información aportada por la paciente durante la entrevista y mediante la auto-observación. A continuación se transcribe el contenido literal de la primera parte de la entrevista y se resumen después los resultados de la evaluación psicofisiológica.

Terapeuta (T): ¿Qué tal Ana, cómo han ido estas dos semanas?

Ana (A): Pues de todo ha habido. He apuntado las veces que me ha dolido y mira, en total 15 días y 7 jaquecas, y eso que no he estado con la regla.

T: Vamos a ver los diarios. Veo que en algunas ocasiones sí has asociado el dolor con varias situaciones.

A: Sí, me he estado fijando y estos 3 días sí que me parece que estaba muy nerviosa cuando empezó el dolor. Pero verás que los otros 4 días no me había pasado nada ni estaba especialmente nerviosa y el dolor me vino igual de fuerte.

T: Bueno, pero vamos a ver primero los diarios de estos 3 días. A ver el primero, ¿qué has puesto aquí... banco?

A: La verdad es que me da apuro hasta pensarlo.

T: Si quieres que lo dejemos de momento y pasemos a otra anotación.

A: No, no, si prefiero contártelo todo. Estos días, haciendo los diarios, me he dado cuenta de lo que comentamos la otra sesión, cuando lo del cristal roto. Esteban también me ha insistido en que igual el neurólogo va a tener razón, que suele estar siempre nerviosa aunque no tenga motivos y, además, depende de las situaciones hay veces me pongo todavía mucho más nerviosa. Así que, si contándotelo podemos arreglar algo, si tú me puedes ayudar, pues algo habré ganado. Además, es que en esta ocasión, con lo del banco, pues el dolor me empezó justo a continuación de llevarme el disgusto.... No sé si sabré contártelo bien.

T: Vale, como quieras, cuéntamelo a tu manera; si algo no lo entiendo, yo te pregunto.

A: Esto pasó dos días antes del viaje a Londres. Tuve que ir al banco a recoger unos cheques de viaje que había dejado encargados mi marido. Cuando llegué al banco vi que la chiquita de siempre, que ya me conoce, no estaba. Le pedí los cheques a la que estaba en la ventanilla y me mandó rellenar un impreso y firmar todos los cheques. Con lo mal que se me da a mí eso de escribir, ¡ya ves tú qué letrujas hago! Así que me puse a rellenarlo como Dios me dio a entender, y mientras, la chica no hacía más que mirarme a ver si acababa, así que me puse tan nerviosa que no atinaba ni a sujetar el boli. Y cuando al fin le doy el papel y los cheques, se pone a hablar con la otra empleada y le dice en voz bajita, pero que yo oí perfectamente: *“mira la señora, tanto abrigo de piel y no sabe ni escribir bien su nombre”*. A punto estuve de echarme a llorar, cogí los cheques que me dio y salí del banco con un bochorno que no veas.

T: Ana, cuando dices que estabas muy nerviosa y que sentías bochorno ¿recuerdas qué síntomas tenías, qué es lo que te pasaba exactamente?

A: Bueno, pues recuerdo notar que me puse como un tomate y que las manos me temblaban y las tenía frías y tan agarrotadas que no podía ni sujetar el boli.

T: ¿Recuerdas los pensamientos que se te pasaban por la cabeza en aquellos momentos?

A: Sí, perfectamente. Sólo pensaba en salir del banco cuanto antes mejor. También pensé que iba a decirle a Esteban que si no volvía la chica de siempre, que es muy amable y me rellena ella los papeles, que mejor me cambiara la cuenta a otro banco.

T: ¿Se lo contaste a Esteban?

A: Sí, claro, nada más llegar al hotel, cuando le enseñé los cheques y le di los papeles del banco.

T: Y él, ¿qué te dijo?

A: Pues que creía que había una sucursal aún más cerca de casa y que cuando volviéramos a Madrid ya se ocuparía él de cambiar las cuentas.

T: Vamos a ver este otro episodio. Este fue el sábado y por lo que veo, duró casi todo el día. Te empezó por la mañana, a ver ¿qué es esto que tienes apuntado aquí, a las 11 de la mañana?

A: “Harros”, no sé si se escribe así, es el nombre de unos almacenes muy bonitos donde nos llevaron de compras el sábado por la mañana.

T: ¡Ah!, sí. ¿Y qué paso en esos almacenes?

A: Bueno, pues que después de dar una vueltas para comprar recuerdos para los niños (yo le compré un autobús rojo, de esos de dos pisos para el pequeño), pues se pararon todas las “jerifaltas” en donde los trajes de noche....

T: Espera, espera...., llamas “jerifaltas” a las otras mujeres, pero ¿es que son las mujeres de los jefes de tu marido?

A: No, sus maridos son compañero de Esteban, pero es que ellas son todas bastante más mayores que yo, y para mí son “jerifaltas”. Bueno, pues a lo que iba..., que ellas me insistieron para que me probara un traje de noche muy vistoso. Decían que como era la más delgadita, que era a la única a la que le quedaría bien. Pues mira, cuando salgo del probador, me rodean y empiezan: “*que si estás preciosa, que si pareces una modelo, que si te sienta de miedo*”.

T: Y mientras tanto, ¿tú qué pensabas, cómo te sentías?

A: Me sentía fatal. El vestido no estaba mal, pero me costaba todo el dinero cambiado que me quedaba y ya no me quedaría nada para comprarle algo al mayor. Pero también pensaba que cómo iba a decirle a las “jerifaltas” que no quería comprármelo después de habérmelo probado y lo que me estaban diciendo, igual se ofendían, o peor aún, igual pensaban que es que Esteban no me daba bastante dinero. No sé, un lío.

T: ¿Y qué hiciste al fin?

A: Nada, ¿qué iba a hacer?, pues comprármelo. Así que después del sofocón, salí de allí con los pies fríos y la cabeza caliente como en el refrán, y con un dolor que no se me pasó en todo el día.

T: Oye, eso que dices de la cabeza caliente y los pies fríos, ¿es sólo el refrán o realmente te sientes así?

A: Sí, me noto así cuando me pongo muy nerviosa, y también se me quedan frías y me sudan las manos. ¿Tiene eso algo que ver con mis jaquecas?

T: Muy posiblemente. Lo que describes es un proceso que nosotros llamamos “activación fisiológica”, que no es ni más ni menos que una forma de llamar a los síntomas del cuerpo que tienen las personas cuando se ponen nerviosas, activadas. Esta activación suele tener que ver con el inicio de los episodios de migraña o jaqueca como tú la llamas. Luego, cuando acabemos de comentar los apuntes de los diarios, voy a hacerte una prueba con esos aparatos de ahí, para medir precisamente tus reacciones de activación ante diferentes situaciones. Luego te lo explico, pero de momento, acaba de contarme.... ¿te pusiste el vestido?

A: Claro, no tenía más remedio. Menos mal que a Esteban también le gustó. Le estrené en la cena de gala que, por cierto, vaya cenita. Con otros dos “Fiorinales” que me tomé por la tarde y tenía un dolor que ni veía por donde andaba.

T: Sí, veo que te subió a un 5 a última hora de la tarde y te duró hasta las 11 de la noche.

A: Bueno, es que nos tuvimos que subir pronto a la habitación porque no aguantaba más y a esa es la hora a la que calculo que me dormí.

T: ¿Pasó algo durante la cena para que te aumentara el dolor desde el 2 que tenías a media tarde, hasta el 5?

A: Hombre, pasar, pasar, no pasó nada. Pero esas fiestas de su trabajo son situaciones en las que yo lo paso fatal. Nunca sé qué decir, ni con quien hablar, y como nos sientan separadas a las parejas, ya ves qué voy yo a contar a unos señores que no conozco de nada y que encima no son ni españoles.

T: ¿No hablaban ellos español?

A: El inglés no muy bien, pero el otro era italiano y, según me dijo Esteban, lo habían sentado a mi lado porque sí hablaba bien español. Pero la verdad es que estaba yo como para pocas conversaciones. Así que, en cuanto acabó la cena y nos levantamos de la mesa, le pedí a Esteban que nos subiéramos a la habitación, porque sabía que sólo se me iba a pasar en la cama.

T: Dime, ¿recuerdas qué pensamientos se cruzaban por tu cabeza durante la cena y luego cuando decidiste subirme a la habitación?

A: Pues lo de siempre, que soy un desastre, que siempre me pasa lo mismo con este rollo de las jaquecas y que al final no sé ni cómo Esteban me dice que le acompañe si siempre le fastidio el final de todas las salidas.

T: Y Esteban, ¿qué decía realmente?

A: La verdad es que es muy comprensivo y él se estaba dando cuenta de que me estaba poniendo nerviosa y me encontraba peor. El dice que el neurólogo tiene razón, que muchas veces, como esta, me da el dolor porque me preocupo demasiado por algunas cosas y me pongo demasiado nerviosa y que él cree que tú puedes ayudarme con eso.

T: Sí, claro, eso es lo que vamos a intentar. En los casos, como los que has apuntado, en los que encontremos relacionado el dolor con alguna situación que, como tú dices, te pone nerviosa, yo puedo enseñarte estrategias para que te tranquilices y afrontes mejor esas situaciones. Así, si conseguimos que no te pongas tan nerviosa, es seguro que evitaremos la aparición de algún que otro episodio de dolor. De todos modos, los datos de todo lo que yo llevo apuntado, los tenemos que complementar con los de la prueba de evaluación psicofisiológica que antes te dije que íbamos a hacer, y que se llama “Perfil de Estrés”. Mediante esa prueba vamos a averiguar si tienes alguna respuesta fisiológica, de las que suelen relacionarse con el dolor de cabeza (y que yo te explicaré a continuación), que pudiera estar algo alterada. Si así fuera, y a la vista de los resultados, estaríamos en condiciones de aplicar el tratamiento que mejor pudiera regular esa respuesta.

Evaluación psicofisiológica

En la parte final de la segunda entrevista se realizó el “Perfil de Estrés”, una batería de evaluación psicofisiológica específicamente diseñada para su uso en el ámbito clínico (Díaz, Vallejo y Comeche, 2003; Díaz, Comeche y Vallejo, 2004). Se trata de un cuestionario computerizado en el que se registran de forma simultánea las siguientes respuestas fisiológicas de activación, todas ellas en alguna medida implicadas en el origen de sus episodios de migraña: temperatura periférica de ambas manos, actividad electromiográfica de la zona frontal y cervical, actividad electrodermal, frecuencia cardíaca y volumen de pulso sanguíneo. Mientras en el ordenador se iban registrando

dichas respuestas, Ana debía ir respondiendo en qué medida creía ella que le afectaban, una serie de situaciones potencialmente relacionadas con su dolor; de este modo, se obtenía el perfil psicofisiológico de la paciente, con el detalle de los cambios producidos en las respuestas relevantes al trastorno, ante diferentes situaciones potencialmente estresantes para ella.

Los resultados de esta evaluación mostraron un perfil de respuesta de activación ligeramente superior al de la población normal, destacando tanto los datos vasculares como los musculares. En el primer caso, la evaluación mostró una temperatura periférica muy baja en ambas manos (a pesar de que la temperatura ambiental era elevada), con una temperatura media de 24 grados centígrados, y una ligera diferencia entre la temperatura de ambas manos (siempre más baja en la derecha). Esta información era concordante con los datos aportados por la paciente de percibir las manos frías y sudorosas en situaciones de estrés y, además, señalaría la respuesta estereotipada de vasoconstricción periférica, corroborada también por un bajo volumen de pulso sanguíneo y una elevada actividad electro-dermal. Asimismo, es destacable el dato de un alto nivel de actividad electro-miográfica, sobre todo en la zona frontal ($11,2\mu\text{V}$), respuesta que estaría señalando la ocurrencia de un excesivo nivel tónico de tensión muscular en dicha zona y que sería coincidente con su percepción subjetiva de “*estar a menudo nerviosa sin motivos*”.

Otras pruebas de evaluación

Para complementar la información facilitada por la paciente mediante los auto-registros y las entrevistas, así como los datos aportados por la evaluación psico-fisiológica, se pidió a Ana que cumplimentase los dos cuestionarios que a continuación se describen y que, a la luz de la información aportada en las dos primeras entrevistas, podían ayudar en la formulación del caso.

Cuestionario de Miedo a la Evaluación Negativa; *Fear of Negative Evaluation – FNE-S* (Leary, 1983; traducción de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Se trata de la versión breve del cuestionario original desarrollado por Watson y Friend (1969), en el que la persona debe valorar, en una escala de 1 a 5, el grado en el que cada una de las 12 afirmaciones del auto-informe, son características de ella. El contenido de los ítems representa diversos aspectos del miedo a la evaluación negativa (p.ej.: *me da miedo que otras personas me critiquen; normalmente me preocupa la impresión que pueda dar*). El resultado es la suma de puntuaciones (rango 12-60). La puntuación de Ana en este cuestionario fue de 56, puntuando en los niveles más extremos en todos los ítems, siendo dicha puntuación indicativa de un elevado temor a la crítica y la evaluación negativa.

Cuestionario de Asertividad; *Gambrill-Richey Assertion Inventory - GRAI* (Gambrill y Richey, 1975; traducción de Comeche, Díaz y Vallejo, 1995). Se trata de un cuestionario de 40 ítems, que reflejan situaciones en las que las personas deberían emitir una respuesta asertiva (p.ej.: *pedir un favor a alguien; iniciar una conversación con un extraño; resistir la presión de un vendedor*). El cuestionario debe ser cumplimentado en dos momentos consecutivos: el primero valorando el grado de malestar que le supondría a la persona dar cada una de las respuestas (columna de la izquierda) y el segundo valorando la probabilidad estimada de emitir dicha respuesta (columna de la derecha). Ambas valoraciones deben hacerse en una escala 1-5, por lo que el rango de puntuaciones en cada sub-escala (grado de malestar y probabilidad de respuesta) es de 40 a 160.

Aunque en este auto-informe las respuestas de Ana no fueron tan extremas, sus puntuaciones revelan que, cuando se trata de emitir una respuesta asertiva, la paciente mostraba un patrón de “alto grado de malestar” (132) y “baja probabilidad de respuesta” (138).

Índices clínicos del dolor durante la línea base

Los registros realizados por Ana durante las dos primeras semanas se consideraron indicativos del nivel basal de su problema de cefalea. Como ella misma había referido, en los 15 días había tenido un total de 7 jaquecas, lo que supone una frecuencia relativa de 0,47 episodios/día. Cuantificando los dos restantes parámetros, se constata una intensidad media de 3,4 (escala 0-5), y una duración media de 8,4 horas (rango 4-16). El índice medio de la cefalea durante la línea base, considerando conjuntamente los tres parámetros (frecuencia x intensidad x duración) fue de 13,4.

ANÁLISIS CONDUCTUAL Y FORMULACIÓN DEL CASO

Resumen del análisis conductual

Con los datos aportados hasta el momento por la paciente en las entrevistas, los auto-registros, la evaluación psicofisiológica y los cuestionarios, se elaboró el análisis funcional de las conductas problema del caso, que de forma esquemática se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Esquema del Análisis Funcional de la Conducta

PROBLEMA	ANTECEDENTES	RESPUESTAS			CONSECUENCIAS
		Conductual	Cognitivo	Fisiológico	
Falta de Asertividad	Situaciones de interacción en las que debería mostrar desacuerdo	No rechazar una prenda que se ha probado No mostrar desacuerdo con las opiniones de otras personas	Pensamientos del tipo: <i>“Sé que no debería comprármelo, pero ¿cómo se lo voy a decir después de habérmelo probado?”</i>	- Frialdad en extremidades - Manos frías y sudorosas	Pensamientos de reproche, p.ej.: <i>“me he gastado un dinero que me va a hacer falta para otras cosas”</i> junto a sensación de alivio cuando se acaba (Ref. -) Atención (Ref. +) DOLOR DE CABEZA
Miedo a que noten su bajo nivel cultural	Situaciones de interacción con personas que considera superiores	No hablar con personas que considera superiores	Pensamientos del tipo: <i>“Si hablo meteré la pata”</i>	- Agarrotamiento manos	Pensamientos de incapacidad, p.ej.: <i>“siempre me pasa lo mismo”</i> junto a sensación de alivio cuando se acaba (Ref. -) Atención (Ref. +) DOLOR DE CABEZA

Como en dicha tabla puede verse, para la adecuada formulación del caso es preciso considerar la principal queja de la paciente (el dolor de cabeza) como una consecuencia del proceso de activación fisiológica que se produce en determinadas situaciones problema, sobre todo situaciones de interacción social. En este sentido, podrían considerarse dos tipos de situaciones:

situaciones en las que Ana tiene miedo a que noten su bajo nivel cultural y manifiesta temor a la evaluación negativa de los otros y situaciones que requerirían una respuesta asertiva (algo poco probable en ella) y en las que experimenta un elevado grado de malestar.

Para el análisis del caso lo más relevante es que ambos tipos de situaciones producen una misma respuesta fisiológica que, como consecuencia, da paso al inicio de un episodio de migraña. Asimismo, resulta de interés considerar el resto de consecuencias que se dan en dichas situaciones. Por un lado, pensamientos de reproche e incapacidad que, evidentemente, contribuirán a menguar la auto-estima de la paciente, junto a sensación de alivio cuando escapa de la situación y que, mediante reforzamiento negativo, contribuyen al mantenimiento de tales conductas de escape/evitación. Por otro lado, es necesario tener en cuenta la atención que de forma sistemática presta la familia, especialmente el marido, al comportamiento de la paciente y que, mediante reforzamiento positivo, contribuye igualmente al mantenimiento de dichas conductas.

Formulación del caso

Con todos los datos expuestos hasta el momento, se procedió a realizar una formulación del caso que Ana pudiera comprender y compartir. Para ello nos valimos de un modelo como el que se representa en la Figura 2, que la terapeuta iba desarrollando y comentando, de forma interactiva, con la paciente.

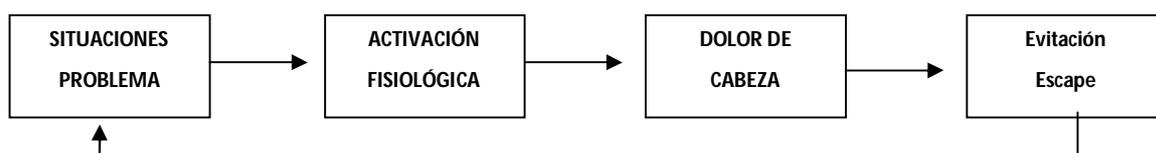


Figura 2. Modelo para la formulación del Caso

Así, se comenzó por explicar a Ana cómo ante determinadas situaciones problemáticas para ella, sobre todo situaciones de interacción social en las que tiene miedo de sentirse evaluada por los otros (como las situaciones anotadas en los auto-registros), se pone excesivamente nerviosa, es decir se produce una elevada activación fisiológica caracterizada, en su caso, por una disminución de la temperatura y el riego periférico junto a un incremento de la tensión muscular (manos frías y agarrotadas) que, para compensar, suele producir rápidamente un incremento excesivo del riego en una zona localizada de su cabeza (alrededor del ojo y sien derechos), que es lo que produce su sensación de cabeza caliente y temblona y el propio dolor.

El problema es que en esas situaciones problemáticas las respuestas que de forma prioritaria emite la paciente son las de escape o evitación (p.ej.: no hablar, pedir que le cambien la cuenta del banco, comprarse el vestido para no tener que dar explicaciones), ya que no sabe poner en práctica las adecuadas estrategias de afrontamiento y, en consecuencia, en las siguientes situaciones problemáticas vuelve a responder evitando (las reuniones, fiestas o viajes) y, cuando ello no es posible, escapando lo más pronto posible (abandonando la fiesta antes de que acabe). Ese es el sentido de la flecha larga que cierra un “círculo vicioso”, responsable en gran medida del mantenimiento del problema.

Hay que destacar que, en esta formulación inicial del caso, no se expuso ante la paciente el papel que la atención, sobre todo la del marido, tenía en el mantenimiento del problema. No se consideró adecuado intervenir de forma explícita en ese sentido, dada la escasez de las fuentes de reforzamiento de que disponía la paciente y por considerar prioritario comenzar por instaurar nuevas posibilidades de reforzamiento por las conductas adecuadas de afrontamiento y, de forma paralela, ir eliminando la atención que el marido previamente prestaba a sus quejas.

Ana decía sentirse completamente identificada con el modelo arriba expuesto y, en consecuencia, estuvo de acuerdo en comenzar a aprender la forma adecuada de comportarse en esas situaciones para no ponerse tan nerviosa y desencadenar esas crisis de jaqueca. Aunque esta formulación inicial del problema no sería capaz de explicar todas las crisis de migraña de la paciente, ya que, como se recordará, en algunas Ana no había asociado su ocurrencia con ninguna situación problemática, dicho modelo sintetizaría adecuadamente el proceso que se había dado en varios de los episodios previos y, por tanto, tanto paciente como terapeuta lo consideraron suficientemente útil para comenzar a establecer los primeros objetivos a de la intervención.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo final de la intervención, coincidente con la demanda específica de la paciente, fue conseguir una disminución de la frecuencia, intensidad y duración de sus episodios de migraña. Sin embargo, y a la vista de los resultados de la evaluación y del modelo del caso, Ana estuvo totalmente de acuerdo en que dicho objetivo solo sería posible si conseguía aprender a afrontar, “*sin tantos nervios*”, aquellas situaciones en las que se producía la alteración fisiológica asociada al inicio de muchos de sus episodios de dolor de cabeza. En consecuencia, se concretaron con la paciente los siguientes objetivos terapéuticos específicos:

1. Control de los niveles excesivos de activación, mediante entrenamiento en relajación. Con ello se pretendía un doble objetivo, por una parte disminuir el nivel tónico de tensión (“*estar nerviosa sin motivos*”) que normalmente experimentaba la paciente y, por otra, dotarla de una estrategia de afrontamiento ante aquellas situaciones de interacción en las que solía activarse en exceso (activación asociada al inicio de algunos episodios de dolor).
2. Mejorar la competencia social de la paciente, mediante el aprendizaje de habilidades de comunicación y otras estrategias específicas dirigidas al afrontamiento adecuado (sin activarse) de las situaciones de interacción social, hasta ahora problemáticas para ella.
3. Exponerse a dichas situaciones de interacción, practicando las habilidades de interacción aprendidas y manteniendo un bajo nivel de activación.
4. Modificar las cogniciones negativas relacionadas con el origen de algunos de sus episodios de activación.
5. Generar nuevas fuentes de reforzamiento, fomentado actividades culturales y de interacción social que, a medio y largo plazo, contribuyesen a mejorar el nivel cultural de Ana.

6. Reorganizar las contingencias de reforzamiento, instruyendo al marido para que refuerce las conductas adaptativas y extinga la atención que presta a las desadaptativas.

PROCESO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento propiamente dicho tuvo una duración de aproximadamente 5 meses, con un total de 16 sesiones. Las 12 primeras tuvieron una periodicidad semanal y las 4 últimas se realizaron quincenalmente. Los cinco objetivos fijados fueron abordándose de forma prácticamente simultánea aunque, evidentemente, algunas de las estrategias debían aprenderse y practicarse primero hasta consolidar su aprendizaje, antes de poder ser utilizados adecuadamente en el afrontamiento de las situaciones problemáticas. Con el fin de facilitar el seguimiento del caso, se irá exponiendo la intervención siguiendo una secuencia aproximada a la utilizada, aunque haciendo referencia, cuando proceda, al objetivo que se pretendía conseguir con cada estrategia de tratamiento utilizada.

El primero de estos objetivos, el control de los niveles excesivos de activación, comenzó a ser abordado ya desde la cuarta sesión (1ª de tratamiento), mediante entrenamiento en relajación muscular con bajo nivel de tensión (para no incrementar un posible dolor), pero potenciando el estado de relajación con sugerencias de calor y pesadez en las extremidades (brazos, manos, piernas y pies), y de frescor en la cara, ojos, frente y resto de la cabeza. Con este entrenamiento en relajación, además de conseguir mejorar el nivel tónico de activación de la paciente, se pretendía que Ana aprendiese a neutralizar la vasoconstricción periférica que estaría en el origen de los episodios de migraña, mediante las sugerencias citadas de calor y pesadez en las extremidades. Para potenciar dichas sugerencias se utilizó una imagen previamente elegida por la paciente, junto a instrucciones de control respiratorio. La sesión completa de relajación (35 minutos) fue grabada en directo, usando Ana dicha grabación durante la semana para practicar en casa la relajación, dos veces al día. A continuación se detalla las sugerencias e instrucciones de respiración utilizadas en la parte final de dicho entrenamiento:

“Ana, ahora que estás ya tranquila y relajada, puedes dejar volar tu imaginación hasta ver la imagen del rincón de tu playa en un día soleado, con las rocas a la derecha..., la arena dorada a tu izquierda..., y el mar tranquilo delante de ti..... Y te vas centrando en ese recuerdo, como si realmente estuvieras allí..., en tu playa preferida.

Vas a seguir profundizando en esa imagen agradable, sintiéndote que estás cómodamente tumbada sobre la arena caliente y mullida... con el sol calentando suavemente tu cuerpo, tus brazos, tus piernas... mientras tu cabeza, que está bajo la sombra de tu sombrilla, permanece agradablemente fresca.... Y poco a poco vas notando cómo tu cuerpo se va haciendo más y más pesado, más cálidamente pesado, como si se hundiera en la arena bajo el agradable calor del sol... y una sensación de calma, de tranquilidad inunda todo tu cuerpo..., tus brazos..., tus manos..., tus piernas..., tus pies..., mientras notas el frescor de la brisa en tu cara, en tus ojos, en tu frente, en tu pelo.... Y notas también cómo tu respiración se va haciendo más lenta y más profunda... y con cada respiración, notas el frescor del aire cuando entra por tus orificios nasales..., y cómo sale el aire lentamente, ahora templado..., respirando lentamente..., y vas notándote más a gusto..., más cómoda y relajada..., así..., más tranquila..., más relajada..., más profundamente relajada”.

En sesiones posteriores se insistió en la importancia de fomentar la parte final de este entrenamiento en relajación, la respiración tranquilizadora, ya que posteriormente se utilizaría como estrategia de afrontamiento ante aquellas situaciones de interacción en las que Ana solía activarse en exceso. Para ello, se añadió a las instrucciones previamente detalladas, una palabra clave elegida por ella (“*calma*”), que al pronunciarse de forma reiterada durante la espiración del aire, quedase condicionada a las sensaciones de tranquilidad propias de ese momento de la relajación, de modo que luego pudiera ser utilizada, junto con la respiración tranquilizadora, como estrategia de afrontamiento de las situaciones de interacción social problemáticas para la paciente.

La mejora de la competencia social fue uno de los objetivos clave de la intervención ya que, como se ha señalado, el inicio de muchos de los episodios de migraña estaba funcionalmente relacionado con los problemas de interacción social de la paciente. De los dos problemas de competencia social delimitados en el análisis funcional del caso, se comenzó por abordar los problemas más leves de falta de asertividad que, según informaba Ana, eran en los que menos se alteraba, y que, a su vez, eran los que requerían un menor nivel de competencia social. Así, se comenzó por diseñar el guión de una interacción en la que la paciente entraba en una tienda, se probaba algún artículo y luego salía sin comprarlo, utilizando la técnica del “disco rayado” para resistir la presión del vendedor. Se decidió comenzar por una zapatería, ya que la paciente reconocía que llevaba muchos años que sólo iba a comparar zapatos acompañada por su marido o cuñada, precisamente por no “*cargar*” con unos zapatos que no le quedaban bien o no le gustaban lo suficiente. El guión de la situación inicial que se transcribe a continuación tal como se ensayó en la consulta, fue realizado primero en una zapatería de un barrio diferente del suyo, en el que no la conocían:

Terapeuta haciendo de vendedor (V): ¿En qué puedo servirla señora?

Ana (A): Quería unos zapatos como estos del escaparate, en una talla 37 (pide un número menor del que realmente usa).

V: Aquí lo tiene, le ayudo con el calzador.

A: No, gracias, puedo yo sola (se lo prueba y, evidentemente, le queda pequeño, por lo que se dirige nuevamente al vendedor): ¿Podría traerme un número más grande?

V: Ahora mismo señora... Aquí tiene.

A: Este me está bien de talla, pero no me gusta cómo me queda, no me lo voy a llevar.

V: Pero si le queda estupendamente y le hace un pié precioso.

A: Sí gracias, pero no me gusta lo suficiente, no me lo voy a llevar.

V: ¿Quiere que le traiga otro modelo, a ver si le gusta más?

A: No, gracias, no quiero otro diferente. Me gusta éste modelo, pero no cómo me queda en el pié, así que no me lo voy a llevar. Buenas tardes y gracias de nuevo.

En ensayos posteriores se iban graduando los dos parámetros básicos de esta exposición inicial, es decir, se iba incrementando el número de zapatos que Ana se probaba y posteriormente el lugar en que se realizaba el ensayo, pasando de tiendas en las que no la conocían a zapaterías de su propio barrio.

El objetivo de esta exposición no era sólo que la paciente fuera capaz de dar la respuesta asertiva requerida, sino que fuera capaz de hacerlo sin activarse, dadas las consecuencias comprobadas de sus episodios de activación. Por ello, antes de iniciar la exposición en la situación real (antes de entrar en la zapatería), Ana debía realizar varias respiraciones tranquilizadoras, con un doble objetivo: por una parte motivarse para iniciar la tarea y, por otra, realizar la interacción asertiva con el menor nivel de activación posible. De este modo, usando la respiración tranquilizadora como respuesta incompatible con la ansiedad (desensibilización sistemática en vivo), se conseguía habituar a la paciente a una interacción social tranquila, sin nervios y que no desembocara en el inicio de un episodio de migraña.

Una vez superadas estas situaciones iniciales, se fueron extendiendo los ensayos de exposición a situaciones de interacción progresivamente más conflictivas, intentando abarcar todos aquellos aspectos de la competencia social que le resultaban problemáticos a la paciente, como era emitir una queja, pedir favores, hacer y aceptar cumplidos, defender los propios derechos y, sobre todo, interactuar con personas de un estatus superior. A este respecto es conveniente recordar que sus problemas de interacción no se debían a una carencia total de habilidades sociales, sino a la percepción de que esas personas tenía un estatus superior al suyo, e incluso en el caso de personas con un nivel similar al suyo (como era el caso de las “jerifaltas”), la apreciación personal de que ellas eran superiores.

En este sentido, un detalle ilustrativo de su grado de competencia social son los diálogos mantenidos con la terapeuta durante la entrevistas (parte de ellos transcritos en este trabajo), en los que Ana demuestra unas habilidades bastante aceptables. Es curioso comprobar la influencia de ciertas variables en la interacción terapéutica, algunas entrenables, como la empatía y calidez propias de una situación terapéutica, pero otras meramente fortuitas, como son la edad y sexo del terapeuta. Todo ello puede quedar resumido en una frase de la paciente durante una de las sesiones: *“me he dado cuenta que contigo no tengo vergüenza, te veo así..., entradita en años, como yo y..., no sé, como desde el primer momento me pareciste tan cercana, pues apenas me corto”*.

Un aspecto del tratamiento que fue abordándose a lo largo de toda la intervención, fue la modificación de los pensamientos negativos asociados tanto con sus dificultades para superar su problema de dolor, como con el afrontamiento de las situaciones de interacción social origen de muchos de sus jaquecas. Partiendo de las anotaciones en sus auto-registros (las hasta ahora señaladas y otras nuevas) y, sobre todo, de la información que Ana iba aportando durante las entrevistas, fue posible delimitar numerosos pensamientos desadaptativos.

Muchos de estos pensamientos tenían un carácter catastrofista, centrándose en la maximización de las dificultades que le suponía afrontar sus dolores junto a una minimización de sus estrategias para conseguirlo (p.ej.: *“esto es imposible, no soy capaz de librarme de esta lacra”*; *“por más que intento distraerme, no consigo olvidarme ni un momento del dolor”*). En otros casos, sus pensamientos negativos relacionados con el dolor eran conclusiones apresuradas, sobre todo del tipo error del adivino o adivinación del futuro (p.ej.: *“este dolor no me dejará nunca”*; *“por más que lo intente, no voy a conseguir mejorar”*; *“me duele demasiado, seguro que tengo algo malo”*).

En el caso de los pensamientos asociados al afrontamiento inadecuado de las situaciones de interacción social, origen de muchos de sus jaquecas, algunos de los pensamientos descritos eran descalificaciones personales (p.ej.: *“soy un desastre, siempre acabo por fastidiarla”*) y, una vez más,

conclusiones apresuradas del tipo adivinación del futuro (p.ej.: “*si hablo meteré la pata, mejor me callo*”; “*si meto la pata se van a reír de mi*”).

Para la modificación de este tipo de pensamientos fueron de especial utilidad las estrategias de reestructuración cognitiva que inicialmente se enseñaron y practicaron en la consulta, en el marco de las propias experiencias vividas durante los ensayos conductuales de los guiones preparados (“role playing”). Una vez Ana comenzó a dominar el procedimiento, se le instruyó para que recordara y/o anotase los pensamientos negativos que aparecían antes o durante sus exposiciones programadas o bien en sus interacciones sociales espontáneas, y luego realizara la reestructuración de forma autónoma; esta tarea era posteriormente revisada en la consulta. Con el fin de simplificar la tarea y optimizar la consolidación de una técnica a veces difícil de internalizar, como es la reestructuración cognitiva, se le proporcionaron a modo de biblioterapia de apoyo, los ejercicios del “Plan renove de gafas” del cuaderno de trabajo del tratamiento psicológico de la ansiedad (Díaz-Sibaja y Comeche, 2011). Se trata de una serie de ejercicios, muy sencillos, guiados por diversas preguntas y palabras clave que la persona debe ir realizando, siguiendo una secuencia muy estructurada, y que suelen facilitar el proceso de aprendizaje de la reestructuración cognitiva.

El bajo nivel cultural de la paciente era, sin duda, un escollo que dificultaba la superación de muchos de sus pensamientos desadaptativos, ya que bastantes de sus frases negativas tenían una base real. Ana interactuaba a menudo con personas que realmente tenían una formación cultural y un desempeño social mucho más amplio que el de ella. Para superar este escollo se tuvieron que adoptar diferentes vías de actuación. Por una parte, se partió de utilizar los medios que en ese mismo momento Ana ya tenía a su alcance, comenzando por ampliar las horas que en su domicilio impartía el profesor de apoyo de sus hijos, dedicándole a ella sola un tiempo extra para lo que ella llamaba “*repaso de conocimientos básicos*”. Estos esfuerzos iniciales culminaron, al inicio del curso siguiente, con la matrícula de Ana en un curso para adultos que se impartía en el Centro Cultural del barrio de su cuñada, y al que ambas comenzaron a acudir juntas. Esta actividad ha sido el núcleo de la formación de un grupo de personas bastante afines, que han seguido realizando actividades culturales de forma continuada y que, en el caso de nuestra paciente, le ha abierto un nuevo horizonte para incrementar y diversificar sus fuentes de reforzamiento, al tiempo que ayudarle a acabar de superar sus problemas interacción social.

Finalmente, señalar que, ya desde las sesiones iniciales, se instruyó al marido en el manejo y reorganización de las contingencias de reforzamiento. En este sentido, se le pidió su colaboración para fomentar todos los intentos de su esposa por superar la situación, reforzando la práctica del entrenamiento en relajación, las tareas de exposición que se iban programando, así como sus esfuerzos por mejorar su nivel cultural (p.ej.: las clases del profesor de apoyo, ver documentales, leer revistas, ir a las clases de adultos, etc.). Asimismo, se le indicó que, de forma paulatina, fuera extinguiendo la atención que prestaba a sus quejas y conductas de evitación. El marido fue realmente un aliado remarcable en esta intervención ya que estuvo apoyando, en todo momento, las tareas terapéuticas que Ana debía realizar durante la semana, aportando de forma creativa nuevas ideas para la mejora del nivel socio-cultural de su esposa y reforzando todos sus esfuerzos por superar el problema.

RESULTADOS

El tratamiento se dio por finalizado tras 16 sesiones de intervención (unos 5 meses), periodo bastante prolongado para este tipo de intervenciones pero ajustado a la amplitud de los objetivos planteados y que, como se ha comentado, excedían en muchos casos el propio problema de cefalea por el que la paciente consultaba inicialmente. Según informaba Ana, el comenzar a practicar la relajación todos los días, junto al conocimiento de que podía “empezar a hacer algo para mejorar el dolor”, fueron los dos aspectos que más contribuyeron a tranquilizarla y a animarla para ponerse “manos a la obra”.

La magnitud de los episodios de cefalea fue disminuyendo ya desde el inicio de la intervención, sobre todo en los episodios más directamente relacionados con su intensa activación en situaciones de interacción social, siendo la respiración tranquilizadora la estrategia más apreciada por la paciente en esas circunstancias. El parámetro más afectado por esta mejoría, como en el próximo sub-apartado puede apreciarse, fue la frecuencia. Es decir, practicando la respiración tranquilizadora en el afrontamiento de las situaciones problemáticas para ella, Ana conseguía “abortar” el inicio de muchos de sus episodios de migraña. El hecho de que, aun practicando todas las estrategias a su alcance, siguieran apareciendo episodios de dolor no quiere decir, ni que la paciente no lo estuviera haciendo bien, ni que conseguir detectar los determinantes y abortar el inicio de todas las crisis de cefalea, sea un objetivo factible. De hecho, como ya señalaba Bakal (1982) en su estudio sobre la fisiopatología del dolor de cabeza crónico, cuando las cefaleas están muy cronificadas, como es el caso que aquí se presenta, los mecanismos psicobiológicos subyacentes “*pueden empezar a actuar de forma relativamente autónoma*” (Bakal, 1982, pág. 82). Por ese motivo, en estos casos, intentar infundir en el paciente la necesidad de detectar y controlar, de forma “activa” todos y cada uno de los episodios de dolor, además de imposible de conseguir, puede llegar a ser un objetivo más perjudicial que beneficioso (Comeche, Díaz y Vallejo, 1997; Comeche, Vallejo y Díaz, 2000).

Un aspecto especialmente relevante en este caso fue la satisfacción personal que para la paciente supuso el ir superando las diversas situaciones de interacción social que antes evitaba o aquellas en las que si permanecía, era a costa de una elevada activación. Ana manifestó en diversos momentos estar orgullosa de sus esfuerzos por controlar su problema y de la evolución que se iba produciendo, tanto por la disminución de los dolores de cabeza, como por el control que poco a poco iba consiguiendo de su actuación social. Posiblemente fueran estos sentimientos positivos de satisfacción y orgullo, unidos al apoyo social que en todo momento proporcionaba el marido, los factores que contribuyeron al elevado grado de cumplimiento terapéutico que observamos en este caso.

Índices clínicos de la cefalea al final del tratamiento y porcentaje de mejoría

Mediante las anotaciones en los registros del dolor de las dos últimas semanas de la intervención se calcularon los índices clínicos de la cefalea al final del tratamiento. En esta ocasión, en los 15 días había tenido 3 episodios de migraña (frecuencia 0,2), con una intensidad media de 3,1 y una duración media de 6,1 horas. El índice medio durante este periodo fue, por tanto de 3,8 (0,2 x 2,7 x 6,1). Como puede observarse, la bajada en cada uno de los tres parámetros clínicos fue considerable y concordante con la mejoría que, a nivel subjetivo, manifestaba la paciente. De todos



modos, con el fin de obtener una medida objetiva para el cálculo de la mejoría, se utilizó la fórmula del porcentaje de mejoría, tal como había sido propuesta por Blanchard y Andrasik (1985) en sus múltiples trabajos con pacientes de cefalea.

Concretamente, para la evaluación de la mejoría en los índices clínicos del dolor, se compararon los parámetros de dichos índices durante el pre-tratamiento, con los obtenidos en las dos semanas finales de la intervención, utilizando la fórmula propuesta por dichos autores (Blanchard y Andrasik, 1985): $[(IM_LB - IM_FT) / IM_LB] \times 100$. Es decir, el índice medio de la cefalea durante la línea base, menos índice durante las dos semanas finales de tratamiento, partido por el índice de la línea base, y todo ello multiplicado por 100. Con los datos de la paciente, la fórmula quedaría como sigue:

$$[(13,4 - 3,8) / 13,4] \times 100 = 71,6\%$$

Tradicionalmente se ha venido considerando un porcentaje de mejoría igual o superior al 50% como indicativo de un nivel de mejoría clínicamente significativa. De hecho, las revisiones meta-analíticas de la literatura al respecto han demostrado, de forma consistente, que las intervenciones conductuales para el tratamiento de las cefaleas crónicas, obtienen porcentajes de mejoría promedios de entre un 35% y un 55% (Rains, Penzien, McCrory y Gray, 2005). Por todo ello, la mejoría obtenida en la intervención aquí detallada (71%), puede considerarse, además de clínicamente significativa, indicativa de un elevado nivel de eficacia del tratamiento cognitivo-conductual aplicado.

REFERENCIAS

- Andrasik F. (2004) Behavioral treatment of migraine: current status and future directions. *Expert Rev. Neurotherapeutics*, Vol. 4 (3): 403-413.
- Bakal, D.A. (1982) *The psychobiology of chronic headache*. Nueva York: Springer.
- Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1985) *Management of chronic headache: a psychological approach*. Nueva York: Pergamon Press. Traducción Española (1989). Tratamiento del dolor de cabeza crónico. Barcelona: Martínez Roca.
- Buse, D.C. y Andrasik, F. (2009) Behavioral Medicine for Migraine. *Neurologic Clinics*. Vol. 27 (2): 445-465.
- Comeche, M.I. y Díaz, M.I. (1996) Cefaleas primarias: modelos psicobiológicos explicativos. *Revista Latinoamericana de Dolor*. Vol. 2, págs.: 28-33.
- Comeche, M.I., Vallejo, M.A. y Díaz (2000) Tratamiento psicológico de las cefaleas: Predicción de la mejoría en un acercamiento Activo y Pasivo. *Psicothema*, (Vol. 12), 8: 55-63.
- Comeche, M.I.; Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1997) Tratamiento psicológico de las cefaleas: potenciación de los efectos terapéuticos mediante un acercamiento activo y pasivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 527-548.
- Díaz, M.I., Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2004). Desarrollo de una batería de evaluación psicofisiológica en el ámbito clínico. *Psicothema*, Vol. 16: págs.. 481-489.
- Díaz, M.I., Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (2003). Development of a multi-channel exploratory battery for psychophysiological assessment: the Stress Profile. *Clinical Neurophysiology*, (Vol. 114), Págs. 2487-2496.

- Díaz-Sibaja, M.A. y Comeche, M.I. (2011) *Tratamiento psicológico en grupo de la ansiedad. El ansia de no estar ansioso. Cuaderno de Trabajo*. (2ª Ed. Revisada). Publicaciones de www.psicologiadelasalud.es
- Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975). An Assertion Inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6: 550-561.
- Goyal, V.K. (2013) Review of 500 migraine cases treated with combination of antidepressant & CBT & specific group of dietary supplement with 6 month follow up. *The Journal of Headache and Pain*, (Suppl 1): 186. DOI: 10.1186/1129-2377-1-S1-P186.
- Leary, M.R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9: 371-376.
- Rains, C.J., Penzien, P.D., McCrory, D.C. y Gray, R.N. (2005). Behavioral Headache Treatment: History, Review of the Empirical Literature, and Methodological Critique. *Headache*, 45 (Suppl. 2): S92-S109.
- Watson, D. Y Friend, R. (1969) Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 448-457.