



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA  
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS  
PACIENTES CON MIGRAÑA. HOSPITAL I  
NAYLAMP ESSALUD CHICLAYO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO  
DE MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**Autora:**

**Bach. Cabrejos Soifer Sonia Del Carmen**

**Asesor:**

**Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana**

**Pimentel – Perú**

**2020**



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA  
CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON MIGRAÑA.  
HOSPITAL I NAYLAMP ESSALUD CHICLAYO”**

**AUTORA:**

**Bach. CABREJOS SOIFER SONIA DEL CARMEN**

**PIMENTEL – PERÚ**

**2020**

**ESTRATEGIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA CALIDAD  
DE VIDA EN LAS PACIENTES CON MIGRAÑA. HOSPITAL I NAYLAMP  
ESSALUD CHICLAYO**

**APROBACIÓN DE LA TESIS**

---

**Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos  
Asesor Metodológico**

---

**Dr. Tuesta Torres Edgar Roland  
Presidente del jurado de tesis**

---

**Dra. Cabrera Cabrera Xiomara  
Secretaria del jurado de tesis**

---

**Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos  
Vocal del jurado de tesis**

## **Dedicatoria**

A mis padres, esposo e hijos por su amor y comprensión durante toda mi etapa profesional. De forma muy especial a mi esposo, quien estuvo todo el tiempo apoyándome para la realización de esta meta.

## **Agradecimientos**

Antes que nada, agradezco a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por ser mi guía, mi luz y mi fuerza para seguir adelante y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio. A mis docentes por sus enseñanzas y finalmente a mi asesor de tesis por su colaboración durante la elaboración, ejecución y sustentación de este trabajo.

## **Resumen**

En este trabajo de investigación, se estimó pertinente presentar la propuesta de una estrategia cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de migraña del Hospital I Naylamp Essalud-Chiclayo, así como también disminuir ansiedad y depresión. Se evaluó a 35 pacientes a través de la Escala de Calidad de Vida, revelando que casi la totalidad de la muestra presentó discapacidad grado IV; un poco más de la mitad mala calidad de vida, con un porcentaje importante de afectación en la dimensión de salud; así mismo, más del 50% obtuvieron ansiedad marcada a severa y en la Escala de Depresión de Zung, un porcentaje significativo presentaron reacciones de ansiedad. En base a estos resultados, se elaboró una estrategia conformada por 10 sesiones, distribuidas en 2 fases, la cual es válida y confiable. Dichas fases son: F.1: Psicoeducación (2 sesiones) y F.2: Técnicas (8 sesiones) como: Entrenamiento en Relajación, Reestructuración cognitiva, Solución de Problemas y Cierre, encaminadas a promover actitudes, emociones y acciones positivas, así como habilidades de afrontamiento para lograr adecuados resultados sobre el dolor y sus aspectos funcionales mejorando de esta manera su calidad de vida.

**Palabras clave:** ansiedad-depresión, calidad de vida, discapacidad, estrategia cognitiva conductual, migraña.

## **Abstract**

In this research work, it is considered pertinent to present the proposal of a cognitive behavioral strategy to improve the quality of life in patients with a diagnosis of migraine from the Naylamp I hospital Essalud-Chiclayo, as well as to decrease the levels of anxiety and depression. 35 patients were evaluated through the Quality of Life Scale, revealing that almost all of the sample presented grade IV disability; a bit more than half of them bad quality of life, with a significant percentage of involvement in the health dimension; more than 50% obtained marked to severe anxiety and on the Zung Depression Scale, a significant percentage showed anxiety reactions. Based on these results, it was developed a strategy consisted of 10 sessions, distributed in 2 phases, which is valid and reliable. These phases are: F.1: Psychoeducation (2 sessions) and F.2: Techniques (8 sessions) such as: Relaxation Training, Cognitive Restructuring, Problem Solving and Closing, aimed at promoting attitudes, emotions and positive actions, as well as coping skills with the objective of achieving adequate results on pain and its functional aspects thereby improving their quality of life.

**Keywords:** anxiety-depression, cognitive behavioral strategy, disability, migraine, quality of life.

## ÍNDICE

Aprobación del jurado .....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos .....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Realidad Problemática .....	12
1.2 Antecedentes de Estudio .....	17
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	23
1.3.1 Caracterización del proceso cognitivo-conductual de la migraña y su dinámica.....	23
1.3.2 Marco conceptual. ....	32
1.4 Formulación del Problema.....	33
1.5 Justificación e importancia del estudio.....	33
1.6 Hipótesis .....	34
1.7 Objetivos.....	34
1.7.1 Objetivos General .....	34
1.7.2 Objetivos Específicos .....	34
II. MATERIAL Y MÉTODO .....	36
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	36
2.2 Población y muestra. ....	36
2.3 Variables, Operacionalización.....	36
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad .....	44
2.5 Procedimientos de análisis de datos.....	47
2.6 Criterios éticos .....	47
2.7 Criterios de Rigor científico.....	47
III. RESULTADOS .....	48
3.1 Resultados en Tablas y Figuras .....	48
3.2 Discusión de resultados .....	59
3.3 Aporte práctico .....	62



3.3.1 Validación y ejemplificación del aporte práctico .....	69
IV. CONCLUSIONES .....	71
V. RECOMENDACIONES .....	72
VI. REFERENCIAS .....	73
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fiabilidad del instrumento MIDAS .....	45
Tabla 2: Fiabilidad del instrumento Calidad de Vida.....	45
Tabla 3: Fiabilidad del instrumento Calidad de Vida por Dimensiones.....	46
Tabla 4: Fiabilidad del instrumento Ansiedad.....	46
Tabla 5: Fiabilidad del instrumento Depresión .....	47
Tabla 6: Grado de Discapacidad en pacientes con migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	48
Tabla 7: Indicadores descriptivos de los días perdidos y la intensidad de dolor.....	49
Tabla 8: Resultado General de Calidad de Vida (CV) en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo .....	49
Tabla 9: Hogar y Bienestar Económico de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	50
Tabla 10: Amigos, Vecindario y Comunidad de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo .....	51
Tabla 11: Vida Familiar y Familia Extensa de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo .....	52
Tabla 12: Educación y ocio de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo .....	53
Tabla 13: Medios De Comunicación, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	54
Tabla 14: Religión, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	55
Tabla 15: Salud, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo .....	56
Tabla 16: Equivalencia Clínica de Ansiedad en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	57
Tabla 17: Equivalencia Clínica de Depresión en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.....	58
Tabla 18: Validación del aporte por especialistas .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Grado de Discapacidad .....	48
Figura 2: Categorías de Calidad de Vida.....	49
Figura 3: Calificación de la dimensión Hogar y Bienestar Económico .....	50
Figura 4: Calificación de la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad.....	51
Figura 5: Calificación de la dimensión Vida Familiar y Familia Extensa .....	52
Figura 6: Calificación de la dimensión Educación y ocio .....	53
Figura 7: Calificación de la dimensión Medios De Comunicación.....	54
Figura 8: Calificación de la dimensión Religión.....	55
Figura 9: Calificación de la dimensión Salud .....	56
Figura 10: Equivalencia Clínica de Ansiedad.....	57
Figura 11: Equivalencia Clínica de Depresión .....	58

# **I. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Realidad Problemática**

El dolor es una sensación no placentera, que todo individuo de cualquier nivel socioeconómico, cultural, étnico, hombre o mujer, puede experimentar. Se siente de manera individual, está afectada por varios elementos como: vivencias pasadas, experiencias dolorosas, visión cultural del dolor, y factores relacionados a lo psicológico, psicofisiológico, cognitivo, afectivo, etc. (Navarro Calvillo, 2006)

Del mismo modo, el dolor crónico hace referencia al que permanece posterior a la curación del daño que lo ocasiono; persiste y afecta el bienestar del individuo, no se encuentran las herramientas medicas necesarias para su curación, y que es influenciado por aspectos cognitivos y del comportamiento de la persona. El tiempo es una condición importante cuando se evalúa este tipo de dolencia; diversos autores opinan que más de seis meses ya lo define como crónico, independientemente si hay o no una lesión evidente.

El dolor crónico es una entidad compleja definida por la existencia de factores asociados, como: sentimientos de falta de autocontrol, evitación del ejercicio físico, discapacidad funcional, abuso de analgésicos, disturbios del sueño, cambios anímicos, deterioro de relaciones familiares y con el entorno social. Según Arrivillaga Quintero M. (2007), la cronificación de este, se refleja en un círculo vicioso; que ante el dolor persistente o recurrente la persona adopta conductas que cree son protectivas y al no encontrar mejoría, conduce a una menor funcionalidad, afectando de un modo relevante la calidad de vida (CV) del individuo.

Los dolores temporales, por enfermedades o accidentes se pueden presentar durante cualquier etapa de la vida, donde las personas logran curarse de este. Por otro lado, las dolencias crónicas ya no son malestares transitorios, convirtiéndose en padecimientos que cambian las percepciones de los sujetos. Varios estudios han encontrado que las cefaleas, lumbalgias crónicas, etc., son afectadas por el entorno social que amerita averiguar cómo intervienen, así mismo el manejo solo farmacológico no ha logrado la efectividad deseada debido a que estos tipos de procesos tienen diferentes connotaciones, caracterizándose por permanecer a largo tiempo y siendo inciertos en la evolución, desarrollo y tratamiento del mismo, apropiándose así de la vida de las personas y ocasionándoles costos importantes. (Mónaco, 2013)

El enfoque medico contempla al dolor solamente como un síntoma de un problema orgánico que aqueja al individuo y esto encaja en el diagnóstico y tratamiento del dolor agudo. Pero, los dolores crónicos se presentan unidos a otros factores psico-sociales, por lo que debe conceptualizarse como un problema más complejo. Padecimientos crónicos tales como: dolor lumbar, osteoartrosis, fibromialgia y dolores de cabeza, donde actualmente la psicología viene interviniendo de forma relevante en la determinación de las causas comportamentales involucradas en el desarrollo, mantenimiento, cronificación, tratamiento y/o recuperación de los mismos.(Jenny & M<sup>a</sup> Isabel, 2011)

La migraña es una patología neurológica crónica que origina cuadros episódicos de intenso dolor de cabeza, síntomas asociados y, a menudo, discapacidad temporal. Actualmente este padecimiento debido a su prevalencia y a la carga que resulta para los pacientes, familiares y la sociedad es considerado un problema sanitario importante. (Fernández Concepción & Canuet Delis, 2003)

La cefalea migrañosa, es uno de los trastornos neurológicos más comunes y ocupa la séptima causa de discapacidad en el mundo. (Vos et al., 2017), con una prevalencia global del 12 %. (Woldeamanuel & Cowan, 2017)

Estudios epidemiológicos sobre migraña crónica en Latinoamérica revela la siguiente prevalencia: “5 % en Brasil; cerca 7% en Cuba, y cerca de 8 % en Colombia”. (Giacomozzi et al., 2013)

En el Perú se han registrado cifras sobre la migraña, donde se encuentra que en las zonas más altas existe una mayor prevalencia. (Lira et al., 2014)

En estas cefaleas crónicas recurrentes, los individuos en general, tienden hacer uso excesivo de medicamentos, así como visitas continuas de atención médica. No obstante, no se ve reflejada como un problema de salud ya que se manifiesta de forma periódica y no existe mortalidad atribuida a ella. Se presentan con más frecuencia en mujeres. (Quesada-Vázquez, J. Contreras-Maure, R. Traba-Tamayo, & Frometa-Guerra, 2010)

Este tipo de padecimiento origina ausencia laboral, no asistencia a escuelas y colegios, así como imposibilidad de realizar labores de casa, disminuye el rendimiento en el trabajo y produce disminución de bienestar en recreaciones familiares y sociales. (Navarro Calvillo, 2006). Cerca de 112 millones de individuos, terminan en cama sufriendo cefaleas, por lo tanto, existen pérdidas económicas elevadas. (Fernández Concepción & Canuet Delis, 2003).

La migraña repercute en la Salud Pública de manera importante. Tiene una prevalencia tan alta que se estima que en USA hay 23 millones de personas que sufren severas cefaleas

migrañosas, dentro de este grupo, se ha establecido que el 25% presentan cuatro o más cuadros dolorosos al mes; el 35% dos a tres y el 40% 1 ataque por mes. En este mismo estudio, el 85% tiene alguna discapacidad relacionada con su migraña. (ZAVALA & Saravia, 2003)

También ZAVALA & Saravia, (2003), afirma que los procesos patológicos crónicos aumentan su prevalencia a partir de la 4ta a 5ta década de la vida. Por el contrario, la cefalea migrañosa se inicia desde la adolescencia, algunos casos desde la niñez y disminuye a partir de la 5ta a 6ta década de vida, siendo evidente entonces que repercute en la etapa de máxima productividad y al aceptar que el 17% de las mujeres y el 7% de los hombres sufren migraña, se pone en evidencia la implicancia socio-económica de esta afección. También, esta entidad es subdiagnosticada, no tiene un manejo adecuado, por lo cual dificulta evaluar su impacto. En Francia se hizo un estudio en 20.000 personas con migraña y se evidencio lo siguiente:

- Ausentismo: el 54,8% de los empleados no fueron a trabajar al menos un día por presentar dolor de cabeza.
- Disminución en su productividad: los individuos con esta afección disminuyen su rendimiento/hora, tienen menor producción y no se concentran adecuadamente en sus trabajos.
- Afectación de la CV: presentan alteradas sus determinantes de la CV comparadas a otros individuos sin carga de padecimientos crónicos.

La migraña está asociada a alteraciones psicológicas, manifestándose síntomas ansiosos y afectivos como los más frecuentes, ocasionando así sensaciones desagradables y menoscabo en la CV. (Ramírez Parrondo & Arrieta Antón, 2013)

Las personas que padecen de esta patología, la experimentan como una vivencia propia, interna y particular; la naturaleza crónica hace que el paciente tenga su propia percepción con sus creencias personales y cogniciones sobre la enfermedad y su tratamiento. (Rogante et al., 2018) (Parada Fernandez P & Martínez Zaragoza F, 2013)

Estas personas suelen presentar patrones de desadaptación frente a situaciones de estrés. Existen factores psicológicos como la ansiedad y la depresión que desencadenan e intensifican las crisis de migraña interfiriendo así con el tratamiento de la misma.

La meta implica brindar información nueva e importante y reestructurar argumentos no válidos, que tienden a impedir el manejo adecuado de la problemática. No es novedad que el papel de las distorsiones cognitivas agrava la experiencia dolorosa, además se suman las connotaciones psicológicas, donde la ansiedad es la más común, ocasionando que cada paciente construya sus propias percepciones del dolor, las cuales se alejan de lo real,

favoreciendo aún más el malestar emocional y dificultando el tratamiento. Aun se siguen dando explicaciones de cómo es que interviene el elemento biológico, psicológico, social y ambiental en la evolución del dolor crónico.(Arrivillaga Quintero M., 2007)

Es así que el campo de investigación de la psicología en relación con esta enfermedad, son las conductas del dolor y la influencia con el ambiente, así como el funcionamiento y la comunicación entre sí. Estas conductas comprenden: la valoración de la dolencia influenciada por aspectos cognitivos y afectivos, la causa que motiva el nivel del padecimiento y la actuación directa e indirectamente en el funcionamiento del mismo.

Por lo tanto, el profesional capacitado en ese campo, está apto para: Evaluar y Plantear estrategias de intervención encaminadas a controlar los aspectos que influyen en el mantenimiento del dolor.

En lo que respecta al proceso cognitivo conductual (CC), este se va dando a medida que el individuo evalúa su propia forma de actuar o el de otros como perjudicial. Se suele pensar que la problemática se encuentra en la parte interna del sujeto, sin embargo, los conflictos psicológicos lo son a medida en que el individuo realiza conductas inapropiadas frente al medio que lo rodea.

Las formas de actuar de las personas, se adquieren de diferentes maneras, por medio de la experimentación, el modelado, condicionamientos, etc. A lo largo de la existencia, los individuos desarrollan aprendizajes que van integrándose en sus vidas pudiendo ser funcionales o disfuncionales.

El enfoque CC, señala que la realidad la crea la persona a partir de su propia individualidad, percepción de los estímulos que alcanza o desea, y que la recepción, procesamiento y empleo de toda la información está dirigida por patrones que el individuo ha incorporado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones externas, las cuales pueden contribuir, pero no establecer la respuesta final. Los modelos CC tienen en cuenta, que es indispensable conocer, cuál es el comportamiento problemático, las circunstancias, frecuencia, antecedentes, consecuentes, naturaleza biológica y ambiente social para luego proceder a realizar un tratamiento psicoterapéutico específico.

La visión holística proporcionaría mejores resultados al brindar un tratamiento interdisciplinario en el manejo del dolor crónico donde trabajen juntamente: médicos, fisioterapeutas, psicólogos, asistentes sociales, sin embargo, este tipo de enfoque aún está poco implantado.(Jenny & M<sup>a</sup> Isabel, 2011)

Según García, (2018), señala que ciertos tratamientos psicológicos se apoyan con validez científica en el manejo de cronificación del dolor, los cuales han mostrado eficacia.

Uno de ellos son las intervenciones cognitivas-conductuales que están planteadas para impulsar al paciente a reconocer y cambiar respuestas mal ajustadas que pueden desencadenar o aumentar la migraña, e interferir en su recuperación.

Existe evidencia de la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en el manejo de la migraña, tal como lo describe el autor:

Christiansen, (2015), en Alemania, realizó un estudio con 80 pacientes de los cuales 61% tenían migraña, 20% cefalea tensional y 19% tenían ambos diagnósticos, examinaron el efecto a corto y largo plazo de un tratamiento médico standard seguido de TCC. El estudio fue conducido como una muestra simple con seguimiento de resultados a los 3, 6 y 12 meses. La terapia psicológica tuvo sesiones individuales y grupales. Fueron educados respecto a la relación entre el estrés y dolor, la interacción entre los factores somáticos y psicológicos del dolor de cabeza. Recibieron ilustración del impacto de los factores psicológicos e inapropiada estrategia de afrontamiento y se les presentaron modelos actuales de cronificación tal como el modelo biopsicosocial del dolor. Los pacientes aprendieron a influenciar sus cogniciones acerca del dolor, practicar relajación muscular progresiva, entrenamiento en inoculación de estrés enfocándose en identificar, distinguir y modular aptitudes (catastrofismo) las cuales agravan las cefaleas. Sus resultados fueron:

- a) Disminución en la intensidad de la cefalea hasta 1 año después del tratamiento.
- b) Reportaron 13.4 días de cefalea comparado a 16 días antes de iniciar el tratamiento.
- c) Describieron una disminución significativa del grado de dolor crónico.
- d) Disminución en la discapacidad para las actividades diarias de entorno familiar, recreación y trabajo en casa.
- e) Mostraron un incremento en cogniciones constructivas y disminución en cogniciones negativas.

En el Hospital I Naylamp, las pacientes con migraña manifiestan problemas como: pensamientos (catastrofismo), y creencias disfuncionales, ansiedad, irritabilidad, insomnio, estrés emocional, depresión, patrones negativos de auto derrota, adaptación inadecuada a su medio (estímulos internos y/o externos), el tratamiento farmacológico administrado no brinda los resultados esperados, realizan visitas continuas a los servicios de consulta externa y emergencia por cefaleas discapacitantes.

Es por eso que la presente investigación “ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON MIGRAÑA DEL HOSPITAL I NAYLAMP ESSALUD-CHICLAYO” promueve actitudes, emociones y acciones positivas, así como habilidades de afrontamiento para lograr



adecuados resultados, disminuyendo el dolor, mejorando la funcionalidad y por lo tanto su CV.

## **1.2 Antecedentes de Estudio**

### **1.2.1 Antecedentes del proceso cognitivo conductual.**

Existe evidencia actual de la eficacia de diversos estudios donde encuentran efectos positivos de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en disminuir la sintomatología de la migraña y mejorar el aspecto cognitivo, emocional y conductual.

Navarro Calvillo, (2006), en México, revisa la eficacia de la TCC en migraña, describiendo que pueden disminuir dolor hasta 40 y 50 %, encuentra también que el tratamiento con biorretroalimentación en estos pacientes alcanza iguales resultados cuando se aplica por separado. Pero, también describe que algunos estudios presentan déficits metodológicos. Sin embargo, los estudios continúan demostrando la eficiencia de las terapias no farmacológicas en el manejo del dolor crónico.

Buse & Andrasik, (2009), en New York, encuentran que el consorcio de dolor de cabeza de los Estados Unidos encuentra evidencia de grado A para la TCC en el tratamiento preventivo de la migraña. La TCC es un tratamiento psicoterapéutico validado empíricamente, está compuesto por estrategias cognitivas y conductuales que se enfocan en la identificación y el manejo de los pensamientos y creencias desadaptativas o respuestas disfuncionales al estrés. Las estrategias de comportamiento ayudan a los pacientes a identificar comportamientos que pueden precipitar, aumentar o mantener los dolores de cabeza (incluida la modificación de los desencadenantes y promover hábitos de vida saludables). La TCC también se utiliza para controlar y reducir los sentimientos de depresión, ansiedad, etc. y comorbilidades comunes para los que sufren cefalea. La TCC puede ser conducida por un psicólogo autorizado u otro proveedor de salud mental, y los pacientes deben buscar un proveedor con cierta comprensión de los problemas relacionados con el dolor. Los objetivos cognitivos específicos de la TCC para el tratamiento del dolor de cabeza incluyen mejorar la autoeficacia (es decir, la creencia del paciente en su capacidad para tener éxito o lograr una tarea), y ayudar a los pacientes a obtener un locus de control interno (es decir, una creencia de que el mecanismo para el cambio se encuentra dentro de uno mismo) a diferencia de un lugar externo de control (es decir, la creencia de que solo el médico, la medicación o los procedimientos médicos tienen el poder para el cambio) . La

investigación ha demostrado que tanto la pobre autoeficacia como de control del locus externo predicen resultados más pobres. La terapia cognitiva también puede centrarse en cambiar "Catastrofismo", un patrón de pensamiento desesperado y abrumador, que se ha demostrado que predice un mal resultado y una calidad de vida reducida.

Parada Fernández P y Martínez Zaragoza F, (2013), en España, realizan dos investigaciones de caso único. Se llevó a cabo un programa CC, empleando las técnicas de entrenamiento en resolución de problemas y adiestramiento autógeno. Los objetivos fueron disminuir frecuencia e intensidad de la cefalea migrañosa; el cual se aplicó a dos estudiantes universitarios que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio, realizándose por un tiempo de seis semanas con una duración de una hora por cada sesión, completado con prácticas diarias. Tras el desarrollo de la intervención, se observaron modificaciones a nivel de la ansiedad experimentada, al igual que la percepción de los efectos del dolor de cabeza, y el nivel de afrontamiento mejoró.

Seng y Holroyd, (2014), en Ohio-USA, realiza un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado cuyo objetivo es examinar respuestas conductuales y los cambios en la capacidad cognitiva al recibir tratamiento cognitivo conductual para la migraña, medicación preventiva para la misma y su combinación, así como la relación entre estos cambios y las reducciones en la discapacidad causada por la migraña. Doscientas treinta y dos personas con migraña que no respondieron a 5 semanas de terapia aguda optimizada fueron aleatorizadas en un diseño de tratamiento con 2 (betabloqueante versus placebo) X 2 (manejo conductual de la migraña [BMM] versus no BMM). Los participantes recibieron BMM y/o un ajuste de la dosis de bloqueadores beta durante 4 meses y se les dio seguimiento durante 12 meses adicionales. Los participantes completaron las medidas de catastrofismo, afrontamiento del comportamiento y discapacidad relacionada con la migraña durante todo el estudio. En comparación con la terapia solamente con medicamentos, el BMM demostró mayores disminuciones en las puntuaciones de catastrofismo y aumentos en el número de estrategias de afrontamiento positivas (proactivo; anticipatorio; manejo de la migraña) al final del periodo de seguimiento. Las disminuciones en catastrofismo se asociaron con un mayor efecto de manejo conductual de la migraña (BMM) en la discapacidad relacionada con la misma.

Cousins et al., (2015), en Londres, analizan que el dolor de cabeza se está tratando más comúnmente en un marco biopsicosocial, que introduce la posible utilización de opciones de tratamiento psicológico, tales como TCC y relajación. Estos tratamientos no han sido probados en el Reino Unido. Por lo tanto, realizan un ensayo piloto controlado aleatorizado, comparando una breve guía Autoayuda de TCC y tratamiento de relajación con Atención Médica Estándar (SMC), en un entorno de salud pública del Reino Unido. Los participantes fueron aleatorizados para recibir tratamiento o atención médica estándar. Su objetivo era proporcionar información de diseño necesaria para un futuro ensayo definitivo del tratamiento psicoterapéutico, incluido el reclutamiento /tasas retención, aceptabilidad de la asignación al azar, fidelidad al tratamiento y estimaciones de la media y varianzas de las medidas de resultado. De los 275 pacientes identificados inicialmente, 73 fueron asignados al azar. No hubo diferencia en las tasas de deserción entre SMC y grupos de tratamiento. De los 36 participantes al azar para recibir tratamiento, el 72% asistió a todas las sesiones. Los hallazgos muestran que una futura prueba definitiva del tratamiento psicoterapéutico es factible, con pequeñas modificaciones de protocolo, dentro de un contexto salud pública del Reino Unido.

Singer, Buse, y Seng, (2015), en New York-USA, realiza una revisión del manejo de la migraña y plantea que tendría mayor eficacia un enfoque de atención escalonada, donde los pacientes que reciben inicialmente un amplio nivel de atención primaria y luego proceden a recibir una atención cada vez más especializada a lo largo del curso de tratamiento. Los tratamientos conductuales para la migraña modifican los comportamientos de las personas con este padecimiento con la intención de prevenir episodios y secundariamente consecuencias de este. Se pueden incorporar tratamientos conductuales en cada nivel del enfoque de atención escalonada para el tratamiento de la migraña. En el artículo, proporcionan una razón para incluir estrategias de tratamiento conductual. Describen y revisan la evidencia de estrategias del tratamiento conductual para la migraña, incluida la educación del paciente, estrategias de relajación, biofeedback y estrategias de tratamiento CC. Finalmente, describen cómo los tratamientos conductuales pueden estar integrados en un enfoque de atención escalonada para la atención de la migraña.

Klan, Liesering-Latta, Gaul, Martin, y Witthöft, (2019), en Alemania, presenta un programa nuevo de TCC que fue desarrollado exclusivamente para adultos con migraña y se plantea evaluar su viabilidad. El programa de tratamiento consta de 7 sesiones

(psicoeducación, asesoramiento sobre el estilo de vida, afrontamiento al temor a los ataques, manejo de desencadenantes y manejo del estrés). La investigación se realizó en un estudio de un solo grupo con N = 9 pacientes (edad: M = 41.6; 8 mujeres, 1 hombre; 5 con migraña sin aura, 2 con migraña con aura, 2 con migraña crónica). Después de cada una de las sesiones de terapia grupal, se llenaron los cuestionarios de evaluación y se realizaron entrevistas cualitativas individuales luego de finalizado del programa, el cual fue muy bien aceptado. Cada sesión fue calificada como comprensible y la satisfacción general con las sesiones fue alta. Los participantes apreciaron mucho tener acceso a un tratamiento específico, abordando exclusivamente migraña. La idea de combinar varios enfoques de terapia conductual en un programa de tratamiento específico para la misma parece ser factible y prometedora. Un ensayo controlado aleatorio para determinar la eficacia de nuestro programa está actualmente en ejecución.

Todos estos estudios nos dan a conocer de lo relevante que es tratar a la migraña desde un enfoque multidisciplinario donde queda claro que la TCC es una herramienta psicoterapéutica eficaz en el manejo de la misma.

### **1.2.2 Antecedentes de discapacidad y afectación de la calidad de vida (CV).**

Hay evidencias que demuestran como la migraña produce discapacidad y afectación en la CV.

Fernández y Canuet, (2003), en la Habana realizan una investigación de observación en 116 pacientes con cefalea migrañosa, para evaluar discapacidad y CV., 85% de los pacientes fueron mujeres. Para determinar discapacidad ocasionada por la migraña se aplicó el test de MIDAS y para valorar afectación de CV se utilizó un instrumento específico: HANA (headache needs assessment). Los resultados encontraron que más del 50% tenían discapacidad grado IV. El promedio de días con cefalea en los últimos tres meses fue de 32 días, y la intensidad fue de 8.5 en una escala analógica del 1-10. El valor promedio del HANA fue de 76, la discapacidad estuvo asociada a la cantidad de días con dolor de cabeza y la CV relacionada a la cantidad de días e intensidad de la cefalea y al sexo femenino. Además, establecen una fuerte correlación entre discapacidad y disminución en la CV.

Palacios, (2017), en España, explora opiniones y experiencias de un grupo de mujeres que sufren de migraña crónica (MC). Estudio de diseño cualitativo fenomenológico. Las respuestas fueron recogidas por medio de entrevistas, notas de campo y dibujos. Se realizó

un análisis siguiendo las directrices apropiadas para investigación cualitativa. Cinco temas principales que describen el significado de sufrimiento:

- (a) La vergüenza de sufrir una condición invisible.
- (b) Tratamiento: entre necesidad, el escepticismo y el miedo.
- (c) Buscando el apoyo de los médicos y lucha sincera contra los conceptos erróneos.
- (d) Impacto limitante en la vida cotidiana a través del autocontrol.
- (e) Familia y trabajo: entre la comprensión y la incredulidad.

La enfermedad se experimenta como un proceso invisible, y el viaje al diagnóstico puede ser largo y tortuoso. La receta de medicamentos por el médico es saludada con desconfianza y escepticismo. Los pacientes esperan sinceridad, el apoyo y la implicación de los médicos en relación a su enfermedad. El dolor se torna en el foco de atención en la vida del paciente, y requiere un considerable autocontrol. La enfermedad tiene un fuerte impacto en el trabajo y ambiente familiar, donde el paciente puede sentirse incomprendido.

Ayele y Yifru, (2018), en Etiopia, realizó un estudio transversal entre migrañosos que visitaron dos clínicas de referencia neurológicas. La migraña sin aura fue el subtipo más común (70%); la migraña con aura representó el otro 28.6%. La frecuencia media de cefalea y su intensidad fue de 23.4 días y 7.4. El trastorno depresivo mayor fue frecuente en este grupo (41,4%). Las puntuaciones medias de MIDAS y PHQ-9 fueron 46.7 y 9.2. Más de dos tercios (74.3%) de los participantes tenían discapacidad severa. Encontrando una correlación estadísticamente significativa entre las migrañas, discapacidad y depresión comórbida. ( $r = 0,318$ , valor de  $p = 0,007$ ).

Rogante et al., (2018), en Roma, Italia, en un estudio observacional tuvo como objetivo examinar la asociación entre percepción de enfermedad, ansiedad, síntomas depresivos y satisfacción laboral, relacionados con la migraña. Noventa y ocho individuos con migraña crónica fueron reclutados del centro de referencia regional de cefalea del Hospital Sant'Andrea de Roma. Completaron 4 cuestionarios y una forma socioanmnésica. Este estudio transversal examinó 2 modelos mediacionales. El primero demostró un efecto mediador de la ansiedad asociada a la percepción de la enfermedad y la satisfacción laboral. En el segundo modelo, los síntomas depresivos mediaron la asociación entre la percepción de la enfermedad y la satisfacción laboral. Concluyen que es importante desarrollar intervenciones dirigidas a brindar conocimientos de la relación que tienen las cefaleas

migrañosas y algunos disturbios psicológicos para buscar mejorar la CV de las personas aquejadas.

### **1.2.3 Antecedentes de estudios de ansiedad y depresión.**

Existen estudios que evalúan las comorbilidades psiquiátricas en pacientes específicamente con migraña, los cuales demuestran un efecto negativo de estas en el curso de la enfermedad y que las medidas no farmacológicas son prometedoras en el manejo de estas pacientes.

Cardona Castrillón et al., (2007), en Colombia, investiga la prevalencia de alteraciones psicológicas en 89 pacientes con migraña que acudieron a la consulta por un periodo de 1 año. En una investigación analítica transversal encuentra los siguientes resultados: 21% trastorno depresivo mayor; 4.5 % trastorno distímico; 14% ansiedad generalizada; 6% fobia social; 5% fobia específica, 5,6% trastorno de angustia; 4.5% trastorno de estrés postraumático y 2.2 % TOC. Casi 20 % de los pacientes presentaron 2 disturbios mentales. Ante estos hallazgos de importante prevalencia de estos trastornos, deben ser tenidos en cuenta como factores de riesgo y etiológicos comunes cuando se evalué y trate a pacientes con migraña.

Moon, Seo, y Park, (2017), en Corea, examina el significado clínico del estrés percibido en pacientes con migraña episódica y crónica. Es un estudio de casos-contrroles, donde 227 pacientes con migraña y 170 pacientes sanos fueron elegidos. Los pacientes respondieron cuestionarios para medir estrés, discapacidad, ansiedad, sueño y CV. Los resultados del estudio revelan que el nivel de estrés percibido fue significativamente más alto en los pacientes con migraña crónica que en los controles, y además revelan una relación directa con depresión, ansiedad, problemas de sueño y pobre CV comparado a pacientes con migraña episódica. Los eventos estresantes posiblemente gatillan eventos de migraña. El estrés repetido puede conducir a alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro. Estos cambios pueden ocurrir como resultado de ataques repetidos mediante mecanismos de afrontamiento mal adaptativos. La cascada de esos efectos puede conducir a promover deterioro de adaptación causando transformación o cronificación de la enfermedad. Estrés crónico puede gatillar ataques de migraña o inducir migraña crónica, subsecuentemente restricción en la participación social o actividades relacionadas al trabajo. Por lo tanto, los clínicos deberían identificar el stress percibido para el asesoramiento de los pacientes. Ellos

necesitan modificar este stress a través de intervenciones farmacológicas o no farmacológicas tales como la TCC y biofeedback para evitar transformación o cronificación de la migraña.

Péres, Mercante, Tobo, Kamei, y Bigal, (2017), en Brasil, en un estudio transversal de una muestra de 213 pacientes con migraña, de los cuales 51% fueron mujeres, con un promedio de edad 34.4 años, a los cuales se les evaluó con cuestionarios para medir ansiedad y depresión. Los hallazgos muestran que la ansiedad muestra un odds más alto que la depresión. Una cantidad mínima de preocupación, incapacidad para controlar los síntomas de ansiedad, sentimientos de temor, nerviosismo o ansiedad, pueden jugar un rol crítico en la migraña, gatillando ataques, haciéndolos más duraderos, afectando la CV, gastos en cuidados de la salud y su cronificación. Detectar síntomas de ansiedad e implementar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos apuntando a esos patrones, podría mejorar el control de la cefalea crónica y la CV de los pacientes.

### **1.3 Teorías relacionadas al tema.**

#### **1.3.1 Caracterización del proceso cognitivo-conductual de la migraña y su dinámica.**

##### **1.3.1.1 Proceso cognitivo conductual.**

La Psicología es la ciencia encargada de estudiar al individuo en su ambiente.

En lo que respecta al área clínica; estudia, pronostica y modifica la conducta a partir de diferentes enfoques, el cual, el cognitivo conductual (CC) es el más empleado.

El objetivo de este enfoque, es fortalecer a la persona de las habilidades indispensables para manejar los problemas psicológicos.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC), se basa en los principios del procesamiento de información como uno de los causales de la psicopatología y emplean intervenciones tanto cognitivas como conductuales y emocionales para el manejo de los síntomas. Esta se focaliza en la cognición y en el comportamiento humano.

El planteamiento psicopatológico de este enfoque refiere que la manera en que se percibe e interpreta el entorno, puede originar una inadecuada adaptación y por lo tanto producir malestar o agravar los síntomas ya existentes, empleando la cognición como primordial herramienta para cambiar conductas, otros pensamientos y emociones que están impidiendo solucionar problemas del entorno.

Es así como las TCC van surgiendo, las cuales como en toda teoría psicológica, la integran diferentes planteamientos que tienen lineamientos en común, fundamentalmente en

una perspectiva epistemológica rigurosa que es el interés de cómo los individuos estructuran su manera de pensar y a la vez como esto establecerá la emoción, la conducta y otros pensamientos. (Hernández Lira NA., 2013)

Núñez, (2005) explica las siguientes teorías:

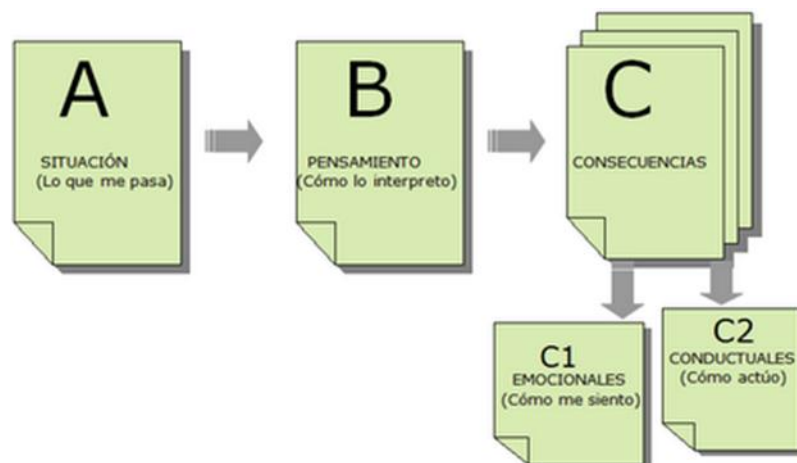
### 1. Teoría Racional Emotiva Conductual de Ellis.

Esta teoría plantea un modelo de psicopatología en donde el funcionamiento del individuo puede separarse en tres partes: A, B y C:

A: Se refiere a la situación o estímulo proveniente del entorno con el que se ve implicado el sujeto.

B: Conciernen al pensamiento o pensamientos que la persona tiene sobre la situación ambiental (sobre A).

C: Expone las consecuencias suscitadas por el pensamiento (B). Estas consecuencias comprenden tanto las respuestas emocionales como las conductuales.



Según este modelo de TCC, las 3 partes (A, B y C), están en continua interacción. La situación (A) produce el pensamiento (B) y el pensamiento (B) origina unas conductas y unas emociones determinadas (C). A la vez, las emociones y conductas (C) retroalimentan el pensamiento (B), volviéndolo más intenso.

Este enfoque terapéutico se interesa en que los individuos incluyan el auto cuestionamiento de B llamado D al modelo arriba mencionado, desde su forma de percibir e interpretar lo que les rodea, lo cual involucra orientarlos para que identifiquen los pensamientos que no se ajustan a la realidad y admitirlos. A ello se integran actividades diversas que permiten manifestar las emociones y finalmente se les da tareas para casa, conducidas a cambiar ciertos esquemas cognitivos y conductuales.



## **2. La Teoría Cognitiva de Beck.**

Esta teoría sostiene, que la personalidad se estructura a medida que los individuos desde pequeños van aprendiendo esquemas en la forma como piensan sobre sí mismos, los demás y el medio que los rodea; estas cogniciones se establecen por causas biológicas con modelos culturales. Así pues, los trastornos mentales se originan por pensamientos no funcionales.

Las personas a medida que crecen van interactuando con todo lo que las rodea, integrando conceptos, los cuales se van organizando en esquemas que son formas de creencias y de suposiciones centrales en torno a la realidad, es por ello de vital importancia las vivencias en las primeras edades. Estos esquemas pueden ser no adaptativos causando malestar psicológico que irrumpe la tranquilidad del individuo, los cuales se tornan en deformaciones cognitivas metódicas en el proceso de la información en forma de pensamientos intrusivos que conducen a problemas afectivos y conductuales.

El objetivo de este tratamiento psicoterapéutico es que el sujeto modifique ciertos esquemas cognitivos que lo conllevan a trastornos afectivos y de la conducta, los cuales tendrán que ser contrastados con la realidad, para esto se llegara a un acuerdo entre profesional y paciente de manera que el terapeuta sea una guía para que el paciente verifique sus creencias con la finalidad de que se ajusten a la realidad.

Esta terapia también se centra en el momento presente sin dejar de lado los aprendizajes anteriores, no es prolongada y dirige técnicas cognitivas en combinación con métodos que emplea el conductismo.

Es importante resaltar que todas las teorías han realizado grandes aportes en la formación de la TCC que ha evolucionado en estos últimos tiempos, tanto en el ámbito investigativo, como en el clínico, así como también lo es, tener en cuenta las necesidades de las personas y patrones culturales para adaptarlas e innovarlas si es necesario. De esta manera aun es imprescindible continuar realizando esfuerzos en el campo de la investigación.

La TCC abarca:

- **Evaluación psicológica:** En esta fase se investiga sobre la personalidad del sujeto, así como las fortalezas, debilidades y conflictos psicológicos. Tiene como finalidad iniciar la relación psicoterapéutica que se seguirá en todo el proceso de la intervención.
- **Intervención terapéutica:** Esta etapa comprende la ejecución de los métodos psicológicos encaminados a cumplir los objetivos propuestos y los cambios previamente convenidos.

- Seguimiento: Empieza cuando la persona ha logrado cambios significativos, ya no requiriendo así de la terapia; por tanto, las sesiones dejan de ser continuas con el objetivo de mantener los resultados alcanzados y prevenir las recaídas.

Este enfoque de intervención psicoterapéutico se ajusta para ser aplicado en el manejo de la migraña que se caracteriza por dolor crónico recurrente, ya que está asociado a la ansiedad y la depresión empleándose para controlar y reducir este tipo de emociones las cuales conllevan a tener dificultades en el medio laboral, familiar y social mellando su calidad de vida.

Según, Jenny y Ma Isabel, (2011), la TCC también puede centrarse en cambiar "Catastrofismo", un patrón de pensamiento desesperado y abrumador, el cual ha demostrado que predice un mal resultado y una calidad de vida reducida. Otros objetivos de la TCC incluyen, el aumento de afrontamiento, solución de problemas, y reestructuración cognitiva.

Las técnicas que se han considerado para el control del dolor en migraña en el presente trabajo de investigación son:

**1. Reestructuración cognitiva.** - Se encarga de identificar y cambiar los pensamientos distorsionados y catastróficos, así como las emociones y comportamientos asociados. Durante la fase de intervención es relevante brindar información precisa acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento para reducir la ansiedad relacionada y originar una mejor adhesión al mismo. Es relevante también realizar métodos organizados de reestructuración cognitiva, debido a que suelen detectarse pensamientos erróneos asociados al origen del malestar corporal percibido, causando a su vez, un aumento de la ansiedad y activación del sistema simpático y por ende una disminución en la tolerancia del dolor. El terapeuta tiene la función de aclarar las dudas y distorsiones además de reafirmar los pensamientos que se ajustan a la realidad del paciente, las veces que sean necesarias ya que solo una no suele ser suficiente.

**2. Técnicas de relajación.** La relajación consiste en distensar el cuerpo. Estas técnicas tienen como finalidad reducir la activación fisiológica y la ansiedad relacionada, actuando sobre tres tipos de respuesta: Fisiológica, conductual y subjetiva.

Diversas técnicas han sido establecidas, todas con la misma efectividad, siempre y cuando se cumpla con:

- ✓ Postura apropiada del cuerpo con soporte total.
- ✓ Respiración abdominal; en forma tranquila y honda.

- ✓ Entre otros
- 3. Técnicas de autocontrol.** Las técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva son procedimientos fundamentales de autocontrol, cuyos objetivos son disminuir las reacciones fisiológicas causadas por el estímulo ansiogeno y conseguir el control de la respuesta cognitiva y conductual, reduciendo las no adaptativas.
- 4. Entrenamiento en solución de problemas.** En esta técnica se le inclina al sujeto a la toma de decisiones, adiestrándolo para tratar los diferentes eventos complicados que se presentan a lo largo de su existencia, los cuales originan niveles elevados de ansiedad y aumento en la intensidad del dolor.

### **1.3.1.2 Migraña.**

La Migraña es una cefalea de duración crónica cuya clínica se caracteriza por crisis recurrentes que van de 4 a 72 horas, de carácter pulsátil, intensidad moderada a severa, agravada por la actividad física de rutina y asociada con náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia.

Kropp, Meyer, Meyer, y Dresler, (2017), las clasifica en:

- ✓ Migraña sin aura: Se caracteriza por hemicráneas recurrentes, con las características antes descritas.
- ✓ Migraña con aura: Afecta al 15% de los pacientes con migraña que padecen un aura específica (en su mayoría síntomas visuales) antes de que empiece la cefalea. El correlato fisiopatológico del aura es una disfunción focal de la corteza cerebral, impulsada por una onda de excitación de neuronas corticales para las auras visuales que se originan en la corteza visual. Según la extensión de la afección cortical pueden aparecer otros síntomas como alteraciones de la sensibilidad.
- ✓ Migraña crónica: Se desarrolla a partir de migraña episódica, con ataques que ocurren en más de 15 días al mes por más de tres meses. En más de 8 días al mes, se deben cumplir los criterios para una migraña o que utilicen medicación específica para la misma.

### **1.3.1.3 Calidad de vida**

Existen diversos conceptos que se han ido dando con el pasar del tiempo:

Para Olson y Barnes, (2003), la calidad de vida (CV), es la forma en que el individuo satisface los dominios de sus vivencias imprescindibles haciendo una valoración subjetiva

de la manera como ejecuta sus acciones y alcanza sus beneficios en conformidad a las oportunidades que le otorga el medio que lo rodea, en relación con los siguientes factores:

1. Bienestar Económico, se refiere al tipo de vivienda, a las posibilidades económicas para cubrir los costos alimenticios indispensables y gastos extras.
2. Amigos, Vecindario y Comunidad, es el grado de satisfacción en las relaciones interpersonales, la accesibilidad en el barrio para hacer compras, guardianía, lugares de esparcimiento como parques, canchas de fútbol, gimnasios, etc.
3. Vida Familiar y Familia Extensa, referente al grado de satisfacción en las relaciones parentales, a la cantidad de hijos y las relaciones con el resto de la familia.
4. Educación y Ocio, la situación laboral y/o actual, la disponibilidad de tiempo libre y actividades recreacionales.
5. Medios de Comunicación, se refiere al grado placentero en cuanto al tiempo que la familia emplea para ver televisión, la calidad de los contenidos de los programas y de otros medios audiovisuales.
6. Religión, la participación en la fe cristiana, tanto de la familia, como de la comunidad.
7. Salud, referente a la salud física y psicológica del individuo, así como la de los otros parientes.

La OMS, (2016), conceptualiza que la calidad de vida (CV) es la forma como el sujeto asume su postura frente a la vida, influyendo la idiosincrasia, costumbres y virtudes del lugar donde pertenece, así como también sus objetivos, propósitos, inquietudes y modelos. En una definición más amplia se ve influenciada por el grado de salud física, mental, la autonomía, las interrelaciones y el contacto destacado con su entorno.

Escorsa, (2015), realiza una verificación de la definición de CV. Hoy en día existe un consenso de perseguir directivas fundamentales como: -Aceptar su condición de tener diversas dimensiones, es decir de estar predeterminado por componentes individuales y del medio que lo rodea, que persiguiendo la noción de salud de la OMS, comprende las dimensiones de: “el estado de equilibrio físico, psicológico y social, -Se han determinado parámetros específicos para cada una de las dimensiones de las que se integra la concepción, -Se cree indispensable examinar los factores objetivos y subjetivos de la CV. En lo que se refiere a los aspectos personales (subjetivos), resaltar que es importante la medición del grado de satisfacción del individuo y relacionarla con los demás y en tanto que, en los

factores objetivos, es importante tener en cuenta las vivencias y acontecimientos para establecer la eficiencia de un plan.

Existen diferentes perspectivas históricas que se ocupan de la medición de la CV: Uno de los más relevantes son las escalas multidimensionales, las cuales se centran en las respuestas subjetivas del sujeto ante vivencias imprescindibles. En cuanto a las perspectivas etnográficas, los estudios son de seguimiento con una forma de observación no dirigida. También está la realización del análisis de diferencias, el cual se encarga de encontrar la acomodación entre lo que necesita la persona y la satisfacción, entre el sujeto y el entorno. Otros son los instrumentos de medición conductual, los cuales tienen en cuenta las acciones que ejecutan los individuos a través de la observación directa. Para intervenir la CV de forma grupal y no individual, se han realizado los indicadores sociales, con la finalidad de reconocer las circunstancias externas del medio. Para finalizar existe la investigación de tipo colaborativa, es decir la evaluación personal; donde se valora la propia percepción del sujeto, así como su cooperación en la recolección de datos. Actualmente, el enfoque que se emplea, es aquel que está orientado a reconocer las diferentes dimensiones (multidimensional) e indicadores esenciales que accedan conocer la CV. La integración de la posición de los sistemas, permite diferenciar y examinar la conceptualización en base a la totalidad del individuo.

En tanto la medición de la CV se apoya en fundamentos en la medida que se han venido realizando las investigaciones como:

- a) Examina el grado en que los individuos vivencian los acontecimientos indispensables que valoran.
- b) Evalúa el grado en que las dimensiones aportan una vida plena y conectada entre sí.
- c) Toma en cuenta el contexto del entorno físico y sociocultural.
- d) Integra la medición de las vivencias de los individuos tanto ordinarias, como las exclusivas y personales.

#### **1.3.1.4 Ansiedad y depresión**

##### **1. Depresión.**

Estudios basados en la población y en la clínica, sugiere que las comorbilidades psiquiátricas, particularmente el estado de ánimo y trastornos de ansiedad, son más frecuentes entre los individuos con migraña crónica que entre aquellos con migraña

episódica. Estudios adicionales sugieren que las comorbilidades psiquiátricas pueden ser un factor de riesgo para la cronificación de la migraña. Es importante reconocer y manejar adecuadamente la afección psiquiátrica comórbida en personas con migraña, ya que estas condiciones pueden contribuir a un aumento de la misma relacionada a la discapacidad e impacto y la disminución de la CV asociada con la salud, y los malos resultados del tratamiento.

Los estudios de población demuestran que la depresión es comórbida con migraña. En dichos estudios se encontró mayor porcentaje de depresión en pacientes con migraña que en aquellos que no tenían este padecimiento. El estudio en Detroit sobre el dolor de cabeza arrojó resultados similares: 536 personas con migraña y 586 sujetos sin migraña completó una encuesta telefónica asistida por ordenador y una entrevista domiciliaria para determinar su dolor de cabeza y su estado de salud mental, respectivamente. “La depresión mayor se diagnosticó en el 40,7% de las personas con migraña y el 16% de los del grupo control”. (Buse, D. C., Silberstein, S. D., Manack, A. N., Papapetropoulos, S., & Lipton, R. B. 2013).

Aproximadamente el 2,5% de las personas con migraña episódica desarrollan migraña crónica cada año. Se ha sugerido que la depresión puede ser un factor de riesgo para la cronificación de la migraña. Esta cronificación se asoció significativamente con depresión moderada y depresión severa, aunque la depresión leve también fue asociada al desarrollo de migraña crónica, esta relación no fue estadísticamente significativa.

## **2. Ansiedad**

Las investigaciones realizadas en los sujetos muestran que los diferentes trastornos de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en individuos con cefalea migrañosa que aquellos que no la padecen.

Resultados de estudios demuestran que los trastornos de ansiedad tuvieron más del doble de probabilidades de ocurrir en aquellos con migraña “31.2% de los encuestados con migraña experimentaron un trastorno de ansiedad, comparado con el 14.1% de aquellos sin migraña. Se produjo trastorno de ansiedad generalizada a una velocidad aproximadamente cinco veces mayor en migrañosos que en los no migrañosos, y el trastorno de pánico se produjo a una tasa aproximadamente tres veces mayor en migrañosos que en controles”. (Buse, Silberstein, Manack, Papapetropoulos, & Lipton, 2013)

También se ha propuesto que la ansiedad es un factor de riesgo para cronificación de la migraña. En el estudio AMPP ((2005), citado también en Buse et al., 2013) se determinó que

la ansiedad era predictor significativo de la cronificación, y esta asociación se mantuvo así hasta después de ajustar por la intensidad del dolor de cabeza.

### **Migraña, ansiedad, depresión y proceso cognitivo conductual**

Se han propuesto varios mecanismos para explicar la comorbilidad de la migraña y trastornos psiquiátricos, incluyendo modelos causales unidireccionales y causales bidireccionales, factores de riesgo ambientales o genéticos, y modelos de estados cerebrales latentes. Los modelos causales sugieren que una enfermedad precipita y provoca el trastorno comórbido. La relación puede ser unidireccional o bidireccional. Por ejemplo, la migraña podría causar depresión o la depresión podría causar migraña. Con base en la evidencia disponible, Los modelos causales unidireccionales pueden ser demasiado simplistas, y los modelos bidireccionales pueden ser más plausible.

Navarro Calvillo, (2006), afirma que la carencia de efectos en el manejo del dolor crónico, impulsa a una nueva corriente teórica biopsicosocial: El dolor es una manifestación de tipo perceptivo influenciado por las actitudes, creencias, emociones y características propias del dolor del individuo.

Desde esta perspectiva los componentes psicosociales son de gran importancia para una evaluación precisa y detallada y poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, esto quiere decir ser tratado desde un enfoque multidimensional. Puede no conocerse una causa orgánica del dolor, pero se mantiene en el tiempo y restringe las actividades de la persona que la padece y de aquellas que la rodean, en este caso se refiere al dolor crónico (seis meses o más).

Desde el modelo psicobiológico, el dolor crónico es apreciado como una dolencia psicofisiológica en el que se sustenta una inadaptación del individuo a su ambiente y se presenta a través de alteraciones fisiológicas, cognitivo, emocionales y conductuales que interactúan de diferentes formas para desencadenar y/o perdurar el problema. Por lo tanto, hace mención que la migraña no ha sido comprendida, ni valorada y tampoco manejada debidamente de forma multicausal. Así mismo, refiere que el soporte en los factores psicosociales es fundamental para el tratamiento de la misma.

Por consecuente las características individuales de la migraña pueden ser medidas por el dolor, síntomas relacionados o restricciones en las actividades. Además, al tratarse de un

dolor crónico, se caracteriza por ser enervador, desalentador y con frecuencia una condición agobiante que afecta la CV del individuo. Emociones como la inutilidad, miedo o ansiedad y depresión, con frecuencia conllevan a experimentar sentimientos de auto derrota.

### 1.3.2 Marco conceptual.

**Ansiedad:** Es una respuesta emocional que se presenta ante situaciones que el individuo percibe como amenazantes; caracterizándose por una sensación subjetiva de anticipación, miedo o aprehensión, o por una sensación de desastre inminente relacionada con cierto grado de excitación y reactividad autónomas.

**Calidad de vida:** Según Olson y Barnes, (2003) conceptúan Calidad de Vida (CV) a la forma como el individuo logra cubrir los dominios de las experiencias indispensables creando un juicio personal, subjetivos de la forma como lleva a cabo las acciones y consigue los intereses de acuerdo a las posibilidades que le ofrece el entorno. Así mismo refieren que CV es la percepción del sujeto sobre las oportunidades que el medio le proporciona para satisfacer las necesidades e intereses de acuerdo con un conjunto de factores ya mencionados.

**Depresión:** Es una emoción intensa que se manifiesta con sintomatología como: tristeza, abatimiento, desánimo, anhedonia, etc. La persona tiene pensamientos negativos de sí mismo, del medio y del futuro, distorsionando así la realidad, interpretando el ambiente como dañado, y asumiendo el futuro como fracaso y frustración.

Como síndrome interactúan diferentes componentes: somático, afectivo, conductual y cognitivo. Teniendo en cuenta que las distorsiones cognitivas son el motivo primordial de los conflictos.

**Discapacidad:** Según la OMS, es una limitación en la actividad y restricción en la participación. Señala los factores perjudiciales de la interacción entre la persona (con una condición de salud) y sus aspectos contextuales (ambientales y personales).

**Estrategia:** Es el tipo de plan a utilizar, con un fin determinado en un momento dado. En ella se emplean métodos y acciones específicas para lograr los objetivos definidos.



**Estrategia Cognitivo-Conductual:** Técnica psicoterapéutica con actividades programadas de forma secuencial basadas en el enfoque cognitivo-conductual con la finalidad de que se lleven a cabo los objetivos planteados.

**Migraña:** Se refiere a las cefaleas recurrentes incapacitantes, se presentan en hemicránea, de intensidad importante, pueden durar desde horas hasta días, generan discapacidad y se relaciona con problemas psicológicos, afectivos y/o conductuales.

#### **1.4 Formulación del Problema.**

A partir de la realidad problemática abordada anteriormente, existe insuficiencia en el proceso cognitivo conductual que limita la calidad de vida de las pacientes con migraña, del Hospital I Naylamp Essalud-Chiclayo. Las causas que originan el problema son:

- ✓ Limitaciones prácticas en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad en las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp.
- ✓ Insuficiente capacitación en el personal médico en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el manejo de la migraña en las pacientes del Hospital I Naylamp.
- ✓ Insuficientes referentes teóricos y prácticos en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el tratamiento de la migraña en las pacientes del Hospital I Naylamp.

Las cuales sugieren ahondar en el estudio del Proceso Cognitivo Conductual y su dinámica, objeto de investigación.

Las intervenciones llevadas a cabo sobre el problema a investigar revelan que no han sido lo suficientemente abordadas ya que no satisfacen los requerimientos teóricos y metodológicos, al no existir aportes prácticos para evaluar y tratar los factores psicológicos desencadenantes que intensifican y mantienen los dolores de cabeza recurrentes y limitan la calidad de vida de las pacientes con migraña.

#### **1.5 Justificación e importancia del estudio.**

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea se presenta fundamentalmente en adultos de 18 a 65 años. (OMS, 2016)

Kropp et al., (2017), en Alemania publica un update donde se evidencia que la Terapia Cognitiva Conductual permite un enfoque directo orientado a mejorar el afrontamiento de los síntomas, el manejo de sus afectos negativos y emociones. Los énfasis terapéuticos están dirigidos al aprendizaje de estrategias para influir en los procesos corporales, y para cambiar actitudes así como hábitos adversos; asimismo la TCC permite identificar pensamientos negativos que a menudo son asociados con el estado de ánimo depresivo. El objetivo es permitir que el paciente sea su propio experto para hacer frente al dolor adecuadamente. Esta intervención permite una reducción de días con migraña de aproximadamente 43% a 56%, y además el dolor catastrófico, la ansiedad y la depresión mejoran significativamente.

Las pacientes con migraña que acuden a atención médica al Hospital I Naylamp aquejan dolores de cabeza discapacitantes, obstaculizando sus actividades laborales produciendo bajas económicas, así como dificultades en su entorno familiar y social, originando malestar afectivo-emocional predisponiéndolas a un círculo vicioso que afecta su CV. Además, el tratamiento biomédico que se les administra no da los resultados deseados ya que solo se enfoca en el síntoma. La incertidumbre y la falta de apoyo por el sistema de salud refuerza que este padecimiento se cronifique, así como también existe un **deficiente** trabajo interdisciplinario que aborde un manejo integral de las mismas.

Esto motiva la realización de la presente investigación con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de las pacientes con migraña.

## **1.6 Hipótesis**

Si se elabora una estrategia cognitivo-conductual entonces se contribuirá a mejorar la calidad de vida en las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud- Chiclayo.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivos General**

Elaborar una estrategia cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud- Chiclayo.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

- a) Analizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual de la migraña y su dinámica.

- b) Determinar las tendencias históricas de la dinámica del proceso cognitivo conductual en relación con la calidad de vida y migraña.
- c) Diagnosticar el estado actual de las categorías calidad de vida, el grado de discapacidad y de los factores psicológicos (ansiedad y depresión) de las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud- Chiclayo.
- d) Elaborar el contenido, objetivos, metodologías y actividades de la Estrategia propuesta.
- e) Validar la Estrategia mediante criterio de especialistas.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1 Tipo y Diseño de Investigación.**

El presente estudio es mixto, porque equilibra el uso de métodos cualitativos y cuantitativos, ya que se utilizaron tantos métodos estadísticos como fueron posible, pero las interpretaciones de los resultados tienen una mirada social de impacto.

El diseño de investigación es descriptivo-propositivo. Es descriptivo porque la investigación se limita a caracterizar y describir las variables en estudio y propositivo por cuanto se apoya en una necesidad en la institución; luego de conocer la información descrita se procedió a la elaboración de la estrategia cognitivo conductual para dar solución a la problemática actual.

### **2.2 Población y muestra.**

Estuvo constituida por 35 pacientes mujeres, enviadas por el servicio de neurología y medicina interna con diagnóstico de Migraña que acudieron a la consulta externa y/o emergencia del Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.

La muestra fue de tipo no probabilística e intencional, la cual estuvo integrada por el mismo grupo de la población, para el cual se tuvo en cuenta los criterios de:

#### **Inclusión:**

Sexo: femenino

Edad: 18-55 años

Pacientes con diagnóstico de Migraña realizado por el servicio de Medicina Interna y/o Neurología.

#### **Exclusión:**

Cefaleas de causa secundaria.

Enfermedades psicóticas. Deficiencia cognitiva.

### **2.3 Variables, Operacionalización.**

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Estrategia Cognitiva-Conductual</b></p>	<p>Técnica psicoterapéutica con actividades programadas de forma secuencial basadas en el enfoque cognitivo-conductual con la finalidad de que se lleven a cabo los objetivos planteados.</p>	<p>Objetivo</p> <p><b>Sesión 01:</b> Psicoeducación</p> <p><b>Sesión 02:</b> Psicoeducación</p> <p><b>Sesión 03:</b> Aprendiendo a relajar el cuerpo.</p> <p><b>Sesión 04:</b> Aprendiendo a relajar progresivamente los músculos, parte I</p> <p><b>Sesión 05:</b> Aprendiendo a relajar progresivamente los músculos, parte II</p>	<p>Mejorar la calidad de vida de las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.</p> <p>Dar información general sobre la migraña a las pacientes y explicar el proceso cognitivo conductual y la estrategia favoreciendo la percepción sobre la propia salud (CV).</p> <p>Brindar información sobre la Ansiedad y la Depresión (factores comorbidos) en la migraña.</p> <p>Entrenar a las pacientes en ejercicios de relajación autógena para que disminuyan la activación fisiológica y la ansiedad asociada.</p> <p>Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones diferenciando entre la tensión y relajación de los músculos (cabeza, cuello y miembros superiores del cuerpo)</p> <p>Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones diferenciando entre la tensión y relajación de los músculos del tórax, pelvis y miembros inferiores (glúteos, muslos, piernas y pies)</p>

		<p><b>Sesión 06:</b> Identificando los acontecimientos activadores y las creencias irracionales.</p> <p><b>Sesión 07:</b> Detectando y comprobando las creencias irracionales y racionales.</p> <p><b>Sesión 08:</b> Detectando los pensamientos rumiatorios para reemplazarlos por otros sanos.</p> <p><b>Sesión 09:</b> Aprendiendo a solucionar problemas.</p>	<p>Entrenar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva para que aprendan a reconocer los A B y C, cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales.</p> <p>Adiestrar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva, (cuestionamiento socrático) para identificar, analizar y confrontar las creencias irracionales con respecto a su salud (CV), así como disminuir los estados emocionales (ansiedad, depresión) y/o conductuales.</p> <p>Ejercitar a las pacientes en la técnica de detención del pensamiento y autocontrol, para disminuir el estrés.</p> <p>Entrenar a las pacientes en habilidades de solución de problemas para disminuir la psicopatología (ansiedad, depresión), mejorando el funcionamiento psicológico y conductual y la calidad de vida.</p>
--	--	---	--

		<b>Sesión 10: Cierre</b>	Evaluar a las pacientes aplicando el pos test y reforzar la autoestima a través del reconocimiento.
		<b>Instrumentación</b>	Consta de 10 sesiones, cada una de ellas se llevará a cabo en forma semanal, durante 2 meses y 2 semanas, procurando que sea el mismo día, a la misma hora y con una duración de 60 minutos, en un ambiente adecuado del hospital. Participantes: Pacientes con migraña Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo. Responsable: Lic. Psc. Sonia Cabrejos Soifer.
		<b>Evaluación</b>	<b>Pretest:</b> Aplicación de la Escala de Calidad de Vida, cuestionario Midas, Escala de Auto evaluación de la Ansiedad de Zung y la Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung. <b>Postest:</b> Se aplicaran los mismos instrumentos del pretest. Evaluación después de cada sesión.

<b>VARIABLE DEPENDIENTE 1</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICAS O INSTRUMENTOS</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>GRADOS (GRD.)</b>
Discapacidad	Según la OMS, es una limitación en la actividad y restricción en la participación. Señala los factores perjudiciales de la interacción entre la persona (con una condición de salud) y sus aspectos contextuales (ambientales y personales).	Laboral	Número de días perdidos	Cuestionario	1	Grd. I: de 0 a 5. (mínima) Grd. II: de 6 a 10. (leve) Grd. III: de 11 a 20. (moderada) Grd. IV: 21 o más. (grave)
			Pregunta 02.		2	
		Hogar	Número de días perdidos		3	
			Pregunta 04.		4	
		Actividades Familiares, Sociales o Recreativas.	Número de días perdidos		5	



<b>VARIABLE DP 2</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICA O INSTRUMENTO</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>ÍNDICES</b>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Según Olson y Barnes, (2003) es la forma como el individuo logra cubrir los dominios de las experiencias indispensables creando un juicio personal, subjetivos de la forma como lleva a cabo las acciones y consigue los intereses de acuerdo a las posibilidades que le ofrece el entorno.	Bienestar económico	Condiciones de vida, satisfacción de las necesidades básicas, lujos, dinero para gastar.	Escala de Calidad de Vida	1, 2, 3, 4, 5	86 a más Calidad de Vida Optima 54-85 Tendencia a Calidad de Vida Buena 16-53 Tendencia a_Baja Calidad de Vida Menos de 16 Mala Calidad de Vida.
		Amigos, vecindario, comunidad	Tus amigos, facilidades para comprar, seguridad en tu comunidad, el barrio donde vives, facilidades para recreación.		6, 7, 8, 9, 10	
		Vida familiar, familia extensa.	Tu familia, hermanos, número de hijos en la familia, relación con tus parientes.		11, 12, 13, 14	
		Educación, ocio	Tu situación escolar y/o laboral, el tiempo libre propio, la forma como usas tu tiempo.		15, 16, 17	
		Medios de Comunicación	La cantidad de tiempo de los miembros de tu familia pasan viendo tv, calidad de los programas, de cine, de periódicos y revistas.		18, 19, 20, 21	
		Religión	Vida religiosa de tu familia, vida religiosa de tu comunidad.		22, 23	
		Salud	Tu propia salud, la salud de otros miembros de la familia.		24, 25	

VARIABLE DP 3	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICA O MÉTODO	INSTRUMENTO	ÍTEMS	ÍNDICES
ANSIEDAD	Es una respuesta emocional que se presenta ante situaciones que el individuo percibe como amenazantes; caracterizándose por una sensación subjetiva de anticipación, miedo o aprehensión, o por una sensación de desastre inminente relacionada con cierto grado de excitación y reactividad autónomas.	Afectivo	Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre. Me siento con temor sin razón. Despierto con facilidad o siento pánico. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.	Test de Zung	Escala de Autoevaluación De la Ansiedad	1, 2, 3, 4, 5.	< 45 (lim. normales) 45---59 (mínima a moderada) 60---74 (marcada a severa) ≥ 75 (grd. máximo)
		Somático	Me tiemblan los brazos y las piernas. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura. Me siento débil y me canso fácilmente. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón. Sufro de mareos. Sufro de desmayos. Puedo inspirar y expirar fácilmente. Se me adormecen manos y pies. Sufro de molestias estomacales. Orino con mucha frecuencia. Mis manos están secas y calientes. Siento bochorno. Duermo con facilidad por la noche. Tengo pesadillas.			6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,15, 16, 17, 18, 19, 20.	

VARIABLE DP 4	DIMENCION CONCEPTUAL	DIMEN SIONES	INDICADORES	TÉCNICA S O MÉTODOS	INSTRUMENTO	ÍTEMS	ÍNDICES
DEPRESION	Es una emoción intensa que se manifiesta con sintomatología como: tristeza, abatimiento, desanimo, ahnedonia, etc. La persona tiene pensamientos negativos de sí mismo, del medio y del futuro, distorsionando así la realidad, interpretando el ambiente como dañado, y asumiendo el futuro como fracaso y frustración. Como síndrome interactúan diferentes componentes: somático, afectivo, conductual y cognitivo. Teniendo en cuenta que las distorsiones cognitivas son el motivo primordial de los conflictos.	Afectivo	Me siento triste y decaído. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	Test de Zung	Escala de Autoevaluación de la Depresión	1, 3	33 (normal) 74 (hospitalaria) 64(ambulato ria) 53 (reacción de ansiedad) 53 (depresión situacional)
		Fisiológico	Por las mañanas me siento mejor. Me cuesta dormir en la noche. Como igual que antes. Aún tengo deseos sexuales. Noto que estoy adelgazando. Estoy estreñado. El corazón me late más rápido que antes. Me canso sin motivo.			2, 4, 5,7 6, 8, 9, 10	
		Psicológico	Mi mente esta tan despejada como.... Hago las cosas con la misma facilidad.... Tengo confianza en el futuro. Estoy más irritable que antes. Encuentro fácil tomar decisiones. Siento que soy útil y necesario. Encuentro agradable vivir. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto. Me gustan las mismas cosas que antes.			13, 12, 11, 18, 14 16, 15, 20, 17	

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad**

### **Procedimiento.**

A las participantes, se les brindó información de la eficacia de un tratamiento psicoterapéutico como la TCC con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Luego de una primera entrevista con cada paciente y darle a conocer la estrategia cognitiva conductual a proponer, firmaron el consentimiento informado respectivo para participar en el estudio. Como acto seguido se les aplico los test o instrumentos para evaluar: calidad de vida, discapacidad, ansiedad y depresión.

Obtenidas las respuestas de los test aplicados, se evaluaron y se determinaron los diagnósticos de los grados de afección de los mismos.

### **Técnica:**

Psicométrica directa.

### **Instrumentos:** (Ver anexo 2)

- Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS).
- Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.
- Escala de Auto-Evaluación de la Ansiedad de Zung (EAA).
- Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD).

### **Análisis de la fiabilidad de los Instrumentos**

La confiabilidad es el grado en que la variable observada mide el valor verdadero y está libre de error; por lo tanto, lo opuesto al error de medida (Hair Anderson, Thatham Black, 2007); si la misma medida se lleva a cabo reiteradas veces, por ejemplo, las medidas más fiables mostraran una mayor consistencia que las menos fiables.

En el estudio se han valorado las variables con respuestas de escala Likert, con la cual se analiza la predisposición de un sujeto o grupo de sujetos -sea ésta favorable o desfavorable respecto a un objeto de la naturaleza. De esta manera las personas tienen actitudes distintas. Para esta investigación se analizan las categorías de calidad de vida, el grado de discapacidad y los factores psicológicos (ansiedad y depresión) de las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.

Para el cuestionario MIDAS, el procedimiento de consistencia interna fue con el indicador para la confiabilidad utilizando el test re test, el cual fue aceptable para los instrumentos como se demuestra:

**Tabla 1:** *Fiabilidad del instrumento MIDAS*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Elementos (ítems)</b>
Migraña	0,702	5

*Fuente: Elaborado por el autor*

El instrumento MIDAS se midió cuantitativamente, donde la puntuación puede ser mayor que el número real de días perdidos por dolores de cabeza si más de un dominio de actividad se afecta un mismo día. La consistencia interna de la escala, estimada por medio del coeficiente Alfa de Cronbach con test retest, fue de 0,702 lo que respalda una alta fiabilidad. Oikonomidi T. (2018).

Se llevó a cabo el procedimiento clásico de consistencia interna con el indicador para la confiabilidad empleando la ecuación del estadístico *Alfa de Cronbach*, el cual fue aceptable para los instrumentos como se evidencia.

**Tabla 2:** *Fiabilidad del instrumento Calidad de Vida*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Elementos (ítems)</b>
Calidad de Vida	0,821	25

*Fuente: Elaborado por el autor*

El instrumento se midió con una escala tipo Likert de 25 ítems, los cuales fueron adjetivos referidos a distintas consultas de las actitudes relacionadas hacia la calidad de vida dimensionadas en hogar y bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud, las cuales se valoraron desde insatisfecho hasta bastante satisfecho. La consistencia interna de la escala, estimada por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0,821 lo que respalda una muy alta fiabilidad. (López, M. W. 2014).

**Tabla 3:** *Fiabilidad del instrumento Calidad de Vida por Dimensiones.*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Elementos (ítems)</b>
Hogar y bienestar económico	0.649	5
Amigos, vecindario y comunidad	0.718	5
Vida familiar y familia extensa	0.589	4
Educación y ocio	0.751	3
Medios de comunicación	0.755	4
Religión	0.705	2
Salud	0.526	2

*Fuente: Elaborado por el autor*

El instrumento se midió con una escala tipo Likert de los 25 ítems repartidos en las diferentes dimensiones, los cuales fueron adjetivos referidos a distintas consultas de las actitudes relacionadas hacia la calidad de vida; la fiabilidad por dimensión fueron para hogar y bienestar económico 0.649 indicando alta confiabilidad, amigos, vecindario y comunidad 0.718 indicando alta confiabilidad, vida familiar y familia extensa 0.589 indicando moderada confiabilidad, educación y ocio 0.751 indicando alta confiabilidad, medios de comunicación 0.755 indicando alta confiabilidad, religión 0.705 indicando alta confiabilidad y salud 0.526 indicando moderada confiabilidad. La consistencia interna de la escala, estimada a través del coeficiente Alfa de Cronbach fueron superiores a 0.70 en las dimensiones: amigos, vecindario y comunidad, educación y ocio, medios de comunicación y religión; indicando fiabilidad alta y en cuanto a: hogar y bienestar económico, Vida familiar y familia extensa y salud; estuvo por encima de 0.50 siendo una fiabilidad moderada. (López, M. W. 2014).

**Tabla 4:** *Fiabilidad del instrumento Ansiedad*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Elementos (ítems)</b>
Ansiedad	0,719	20

*Fuente: Elaborado por el autor*

El instrumento se midió con una escala tipo Likert de 20 ítems, los cuales fueron adjetivos referidos a distintas consultas de la sintomatología de la ansiedad, que se valoraron desde el total, nunca a raras veces hasta la mayoría de las veces. La consistencia interna de la escala, estimada por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0,719 lo que respalda una alta confiabilidad. (López, M. W. 2014).

**Tabla 5:** *Fiabilidad del instrumento Depresión*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Elementos (ítems)</b>
Depresión	0,710	20

*Fuente: Elaborado por el autor*

El instrumento se midió con una escala tipo Likert de 20 ítems, los cuales fueron adjetivos referidos a distintas consultas de la sintomatología de la depresión, que se valoraron desde muy pocas veces hasta casi siempre. La consistencia interna de la escala, estimada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, fue de 0,710 lo que garantiza una alta fiabilidad. (López, M. W. 2014).

## **2.5 Procedimientos de análisis de datos.**

Se realizó el levantamiento de texto en Microsoft Office 2010 para plasmar dicha información en tablas porcentuales realizados en Microsoft Office Excel, para posteriormente procesarse en el Software de análisis estadístico SPSS versión 22.

Se configuraron las mediciones escalares en medidas ordinales para de esta manera obtener niveles y elaborar el análisis por medio de tablas y gráficos descriptivos, con el objetivo de comprender los resultados. Adicionalmente, se aplicó el alfa de Cronbach para la validez de los instrumentos y para la estrategia, se empleó el juicio de especialistas.

## **2.6 Criterios éticos**

El estudio fue revisado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución de Es Salud correspondiente.

Se entregó una hoja informativa a las pacientes que intervinieron en el estudio explicando las características, beneficios y confidencialidad de los datos, así como también el consentimiento informado donde eligieron si deseaban o no participar del proceso.

## **2.7 Criterios de Rigor científico.**

El presente estudio cumple con los principios de científicidad, objetividad, fiabilidad, validez, credibilidad, transferibilidad, consistencia de los datos, confirmabilidad, relevancia y adecuación teórico-epistemológica.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Resultados en Tablas y Figuras

**Tabla 6:** Grado de Discapacidad en pacientes con migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Grado	Frecuencia	Porcentaje
Limitaciones graves y grandes necesidades de tratamiento (grd.IV)	33	94,3
Limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tratamiento (grd.III)	2	5,7
Total	35	100,0

Fuente: Elaborado por el autor.

El 94.3% de las pacientes del Hospital Naylamp de Essalud obtuvieron gr. IV, lo cual quiere decir que la mayoría de ellas no sienten mejoría solamente con el tipo de tratamiento que vienen recibiendo, evidenciado la necesidad de un manejo no solo farmacológico, sino también Psicoterapéutico.



**Figura 1:** Grado de Discapacidad

Fuente. Elaborado por el autor.



**Tabla 7:** Indicadores descriptivos de los días perdidos y la intensidad de dolor.

	Estadísticos descriptivos				
	N (muestra)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
A.	35	8	90	36,66	23,773
B.	35	7	10	9,20	1,023

Fuente: Elaborado por el autor.

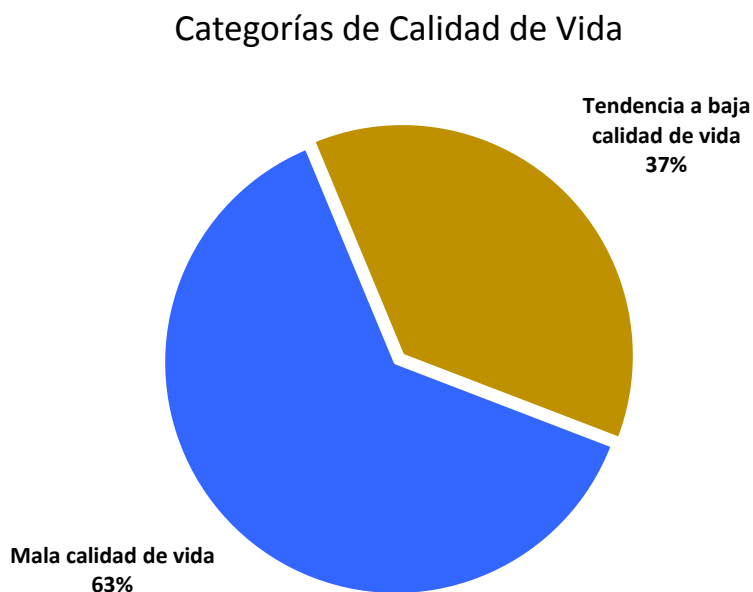
La puntuación promedio para la calificación de la pregunta A, fue de 36.66 con desvío estándar de 23.773; y la puntuación promedio de la B, fue de 9.20 con una desviación estándar de 1.023.

**Tabla 8:** Resultado General de Calidad de Vida (CV) en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Mala calidad de vida	22	62.9
Tendencia a baja calidad de vida	13	37,1
Total	35	100,0

Fuente. Elaborado por el autor.

El 62.9% de las pacientes del Hospital Naylamp de Essalud obtuvieron mala calidad de vida y el 37.1% tendencia a baja calidad de vida, lo que demuestra que perciben como no satisfechos los dominios de sus vivencias fundamentales en general.



**Figura 2:** Categorías de Calidad de Vida

Fuente. Elaborado por el autor.

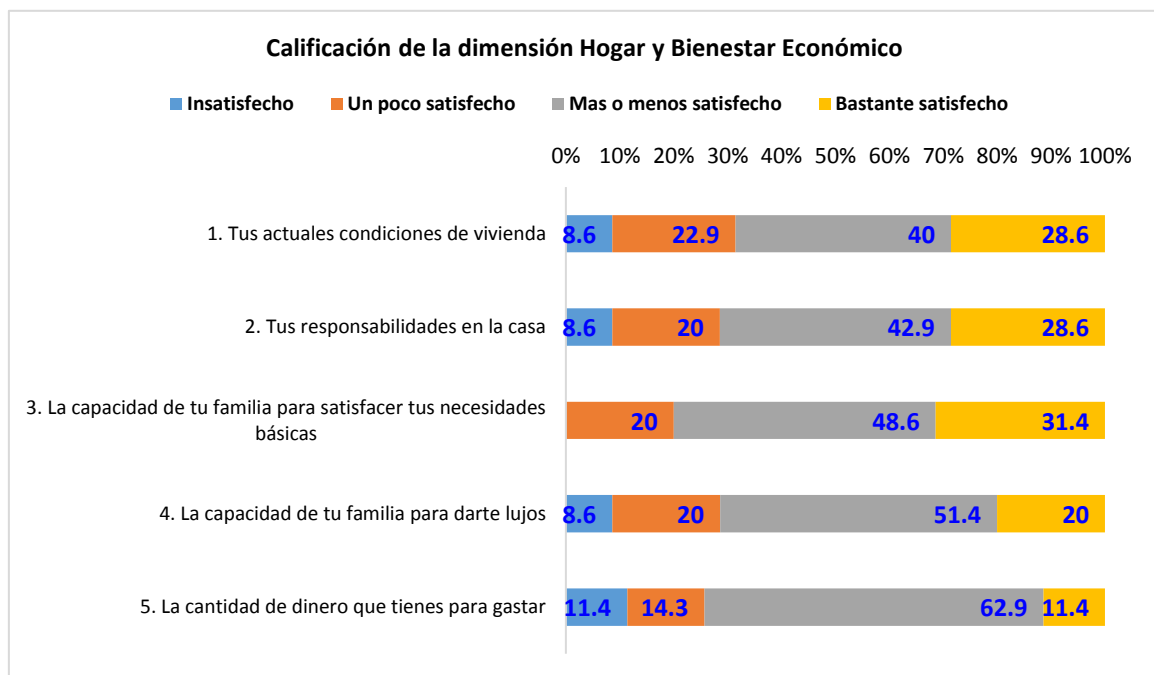
## Resultados por Dimensión de la CV.

**Tabla 9:** Hogar y Bienestar Económico de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Hogar y Bienestar Económico	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 1	3	8,6	8	22,9	14	40,0	10	28,6
Ítem 2	3	8,6	7	20,0	15	42,9	10	28,6
Ítem 3	0	0,0	7	20,0	17	48,6	11	31,4
Ítem 4	3	8,6	7	20,0	18	51,4	7	20,0
Ítem 5	4	11,4	5	14,3	22	62,9	4	11,4

Fuente. Elaborado por el autor.

En esta dimensión, se obtuvo el valor de: más o menos satisfecho en la cantidad de dinero que tienes para gastar un 62.9%; por lo tanto, más de la mitad de las pacientes consideran que cuentan con una economía moderada para complacer sus necesidades.



**Figura 3:** Calificación de la dimensión Hogar y Bienestar Económico

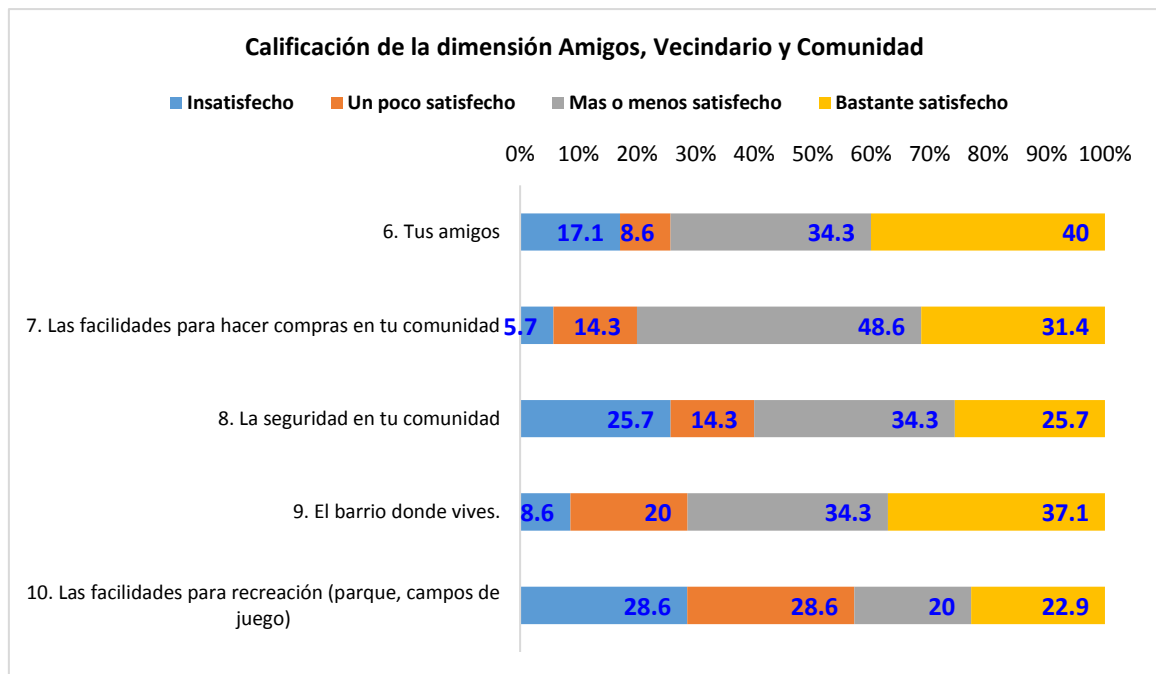
Fuente. Elaborado por el autor.

**Tabla 10:** Amigos, Vecindario y Comunidad de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Amigos, Vecindario y Comunidad	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 6	6	17,1	3	8,6	12	34,3	14	40,0
Ítem 7	2	5,7	5	14,3	17	48,6	11	31,4
Ítem 8	9	25,7	5	14,3	12	34,3	9	25,7
Ítem 9	3	8,6	7	20,0	12	34,3	13	37,1
Ítem 10	10	28,6	10	28,6	7	20,0	8	22,9

Fuente: Elaborado por el autor.

En esta dimensión, se obtuvieron los valores de: más o menos satisfecho en las facilidades para hacer compras en tu comunidad un 48.69% y en bastante satisfecho con los amigos un 40%, lo cual refleja que aproximadamente la mitad del grupo, se sienten complacidas del lugar donde viven y a gusto con sus amistades.



**Figura 4:** Calificación de la dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad

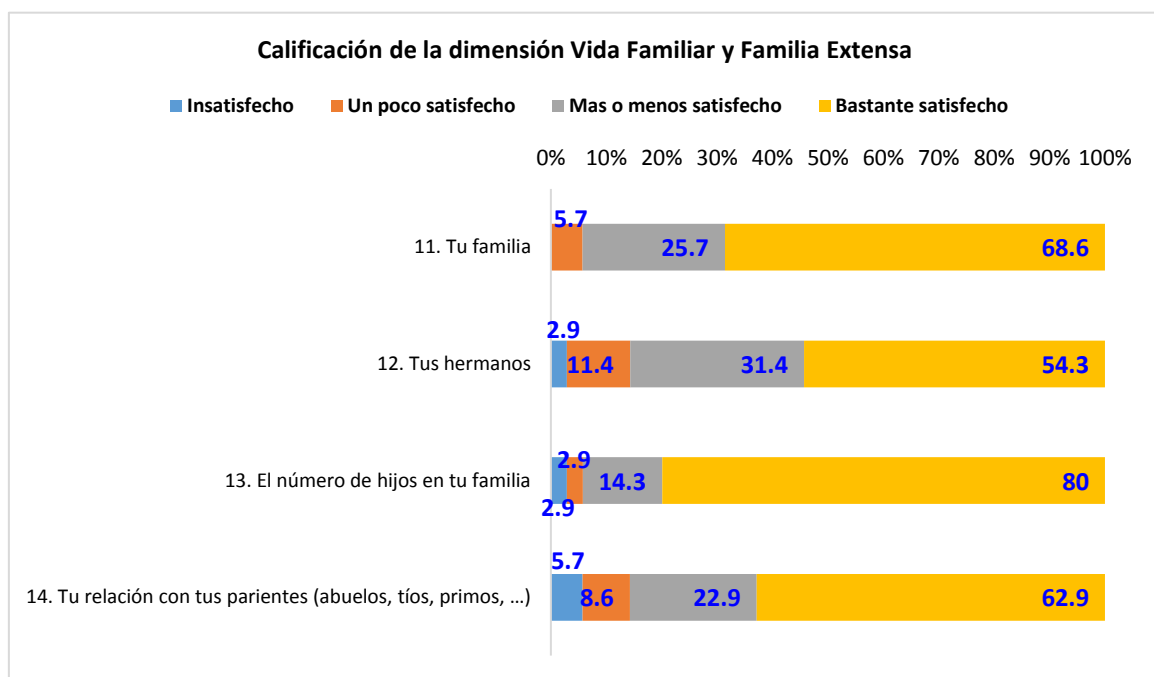
Fuente. Elaborado por el autor.

**Tabla 11:** Vida Familiar y Familia Extensa de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Vida Familiar y Familia Extensa	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 11	0	0,0	2	5,7	9	25,7	24	68,6
Ítem 12	1	2,9	4	11,4	11	31,4	19	54,3
Ítem 13	1	2,9	1	2,9	5	14,3	28	80,0
Ítem 14	2	5,7	3	8,6	8	22,9	22	62,9

Fuente. Elaborado por el autor.

En esta dimensión obtuvieron valores de: bastante satisfecho en el número de hijos en tu familia un 80% y con la familia un 68.6%, lo que demuestra que casi el total de la muestra están satisfechas con la familia que integran.



**Figura 5:** Calificación de la dimensión Vida Familiar y Familia Extensa

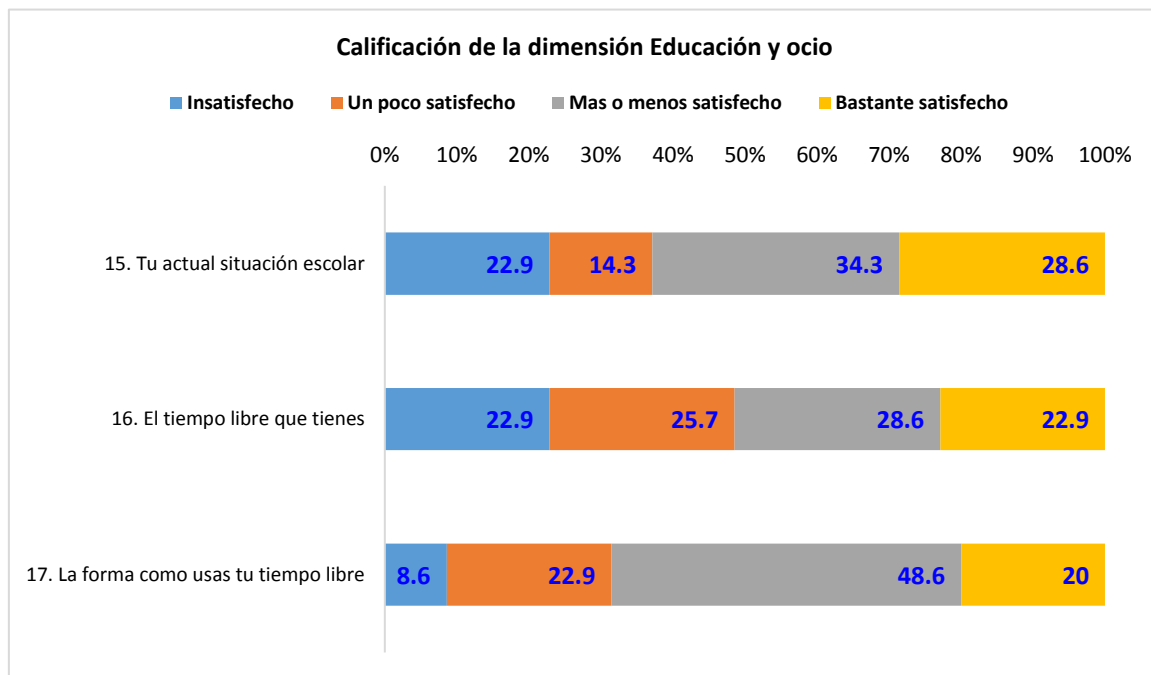
Fuente. Elaborado por el autor.

**Tabla 12:** Educación y ocio de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Educación y ocio	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 15	8	22,9	5	14,3	12	34,3	10	28,6
Ítem 16	8	22,9	9	25,7	10	28,6	8	22,9
Ítem 17	3	8,6	8	22,9	17	48,6	7	20,0

Fuente: Elaborado por el autor.

En dicha dimensión, los valores encontrados fueron: más o menos satisfecho en la forma como usas tu tiempo libre con el 48.6%, lo cual indica que casi la mitad de ellas, consideran que saben medianamente como utilizar su tiempo libre.



**Figura 6:** Calificación de la dimensión Educación y ocio

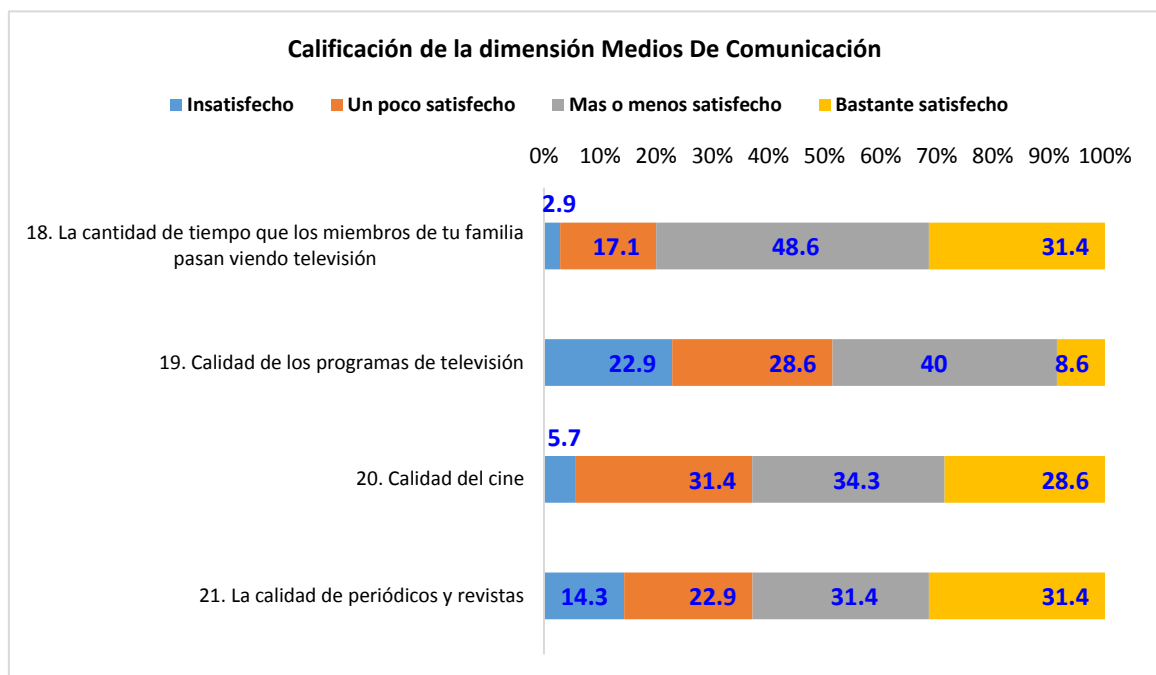
Fuente. Elaborado por el autor.

**Tabla 13:** Medios De Comunicación, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Medios De Comunicación	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 18	1	2,9	6	17,1	17	48,6	11	31,4
Ítem 19	8	22,9	10	28,6	14	40,0	3	8,6
Ítem 20	2	5,7	11	31,4	12	34,3	10	28,6
Ítem 21	5	14,3	8	22,9	11	31,4	11	31,4

Fuente. Elaborado por el autor.

En esta dimensión, obtuvieron los valores de: más o menos satisfecho en la cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión un 48.6%, reflejando que aproximadamente la mitad del grupo, se sienten medianamente conformes en ese aspecto.



**Figura 7:** Calificación de la dimensión Medios De Comunicación

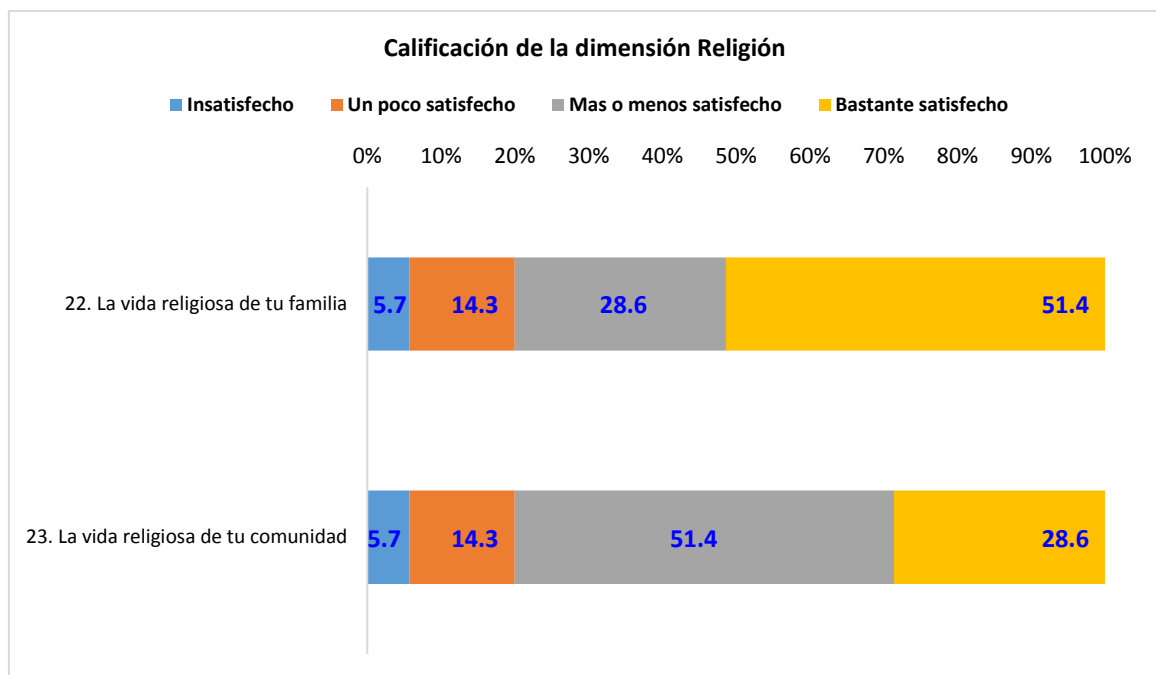
Fuente. Elaborado por el autor.

**Tabla 14:** Religión, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Religión	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 22	2	5,7	5	14,3	10	28,6	18	51,4
Ítem 23	2	5,7	5	14,3	18	51,4	10	28,6

Fuente. Elaborado por el autor

En esta dimensión, obtuvieron los valores de: más o menos satisfecho en la vida religiosa de tu comunidad con el 51.4%, y bastante satisfecho en la vida religiosa con tu familia, también con el 51.4%; indicando que las pacientes manifiestan conformidad en cómo se desenvuelven en su ambiente espiritual.



**Figura 8:** Calificación de la dimensión Religión

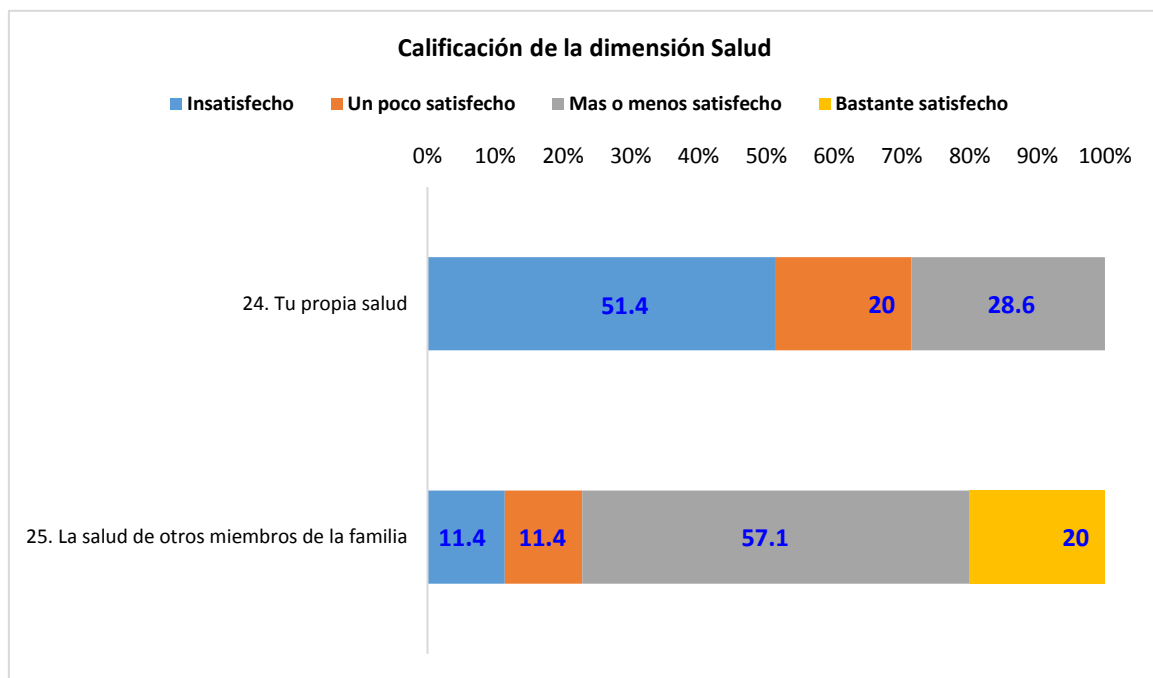
Fuente. Elaborado por el autor

**Tabla 15:** Salud, de CV, en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Salud	Insatisfecho		Un poco satisfecho		Más o menos satisfecho		Bastante satisfecho	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ítem 24	18	51,4	7	20,0	10	28,6	0	0,0
Ítem 25	4	11,4	4	11,4	20	57,1	7	20,0

Fuente. Elaborado por el autor

En esta dimensión, se obtuvo el valor de: insatisfecho en tu propia salud el 51.4%, dejando en evidencia que un poco más de la mitad de las pacientes perciben su salud en forma negativa, conllevándolas a estados emocionales intensos, repercutiendo así en su CV.



**Figura 9:** Calificación de la dimensión Salud

Fuente. Elaborado por el autor

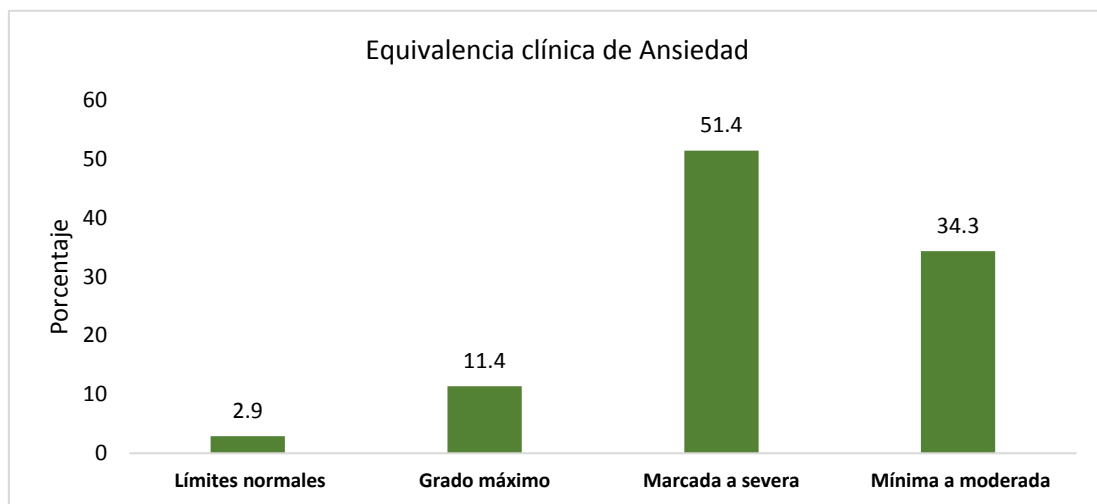


**Tabla 16:** Equivalencia Clínica de Ansiedad en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo

Equivalencia Clínica	Frecuencia	Porcentaje
Límites normales	1	2,9
En grado máximo	4	11,4
Marcada a severa	18	51,4
Mínima a moderada	12	34,3
Total	35	100,0

Fuente: Elaborado por el autor.

El 51.4% de las pacientes del Hospital Naylamp de Essalud presentaron ansiedad marcada a severa, en tanto que el 34.3% ansiedad mínima a moderada y el 11.4% ansiedad en grado máximo, lo cual quiere decir que un porcentaje importante de estas pacientes adoptan comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.



**Figura 10:** Equivalencia Clínica de Ansiedad

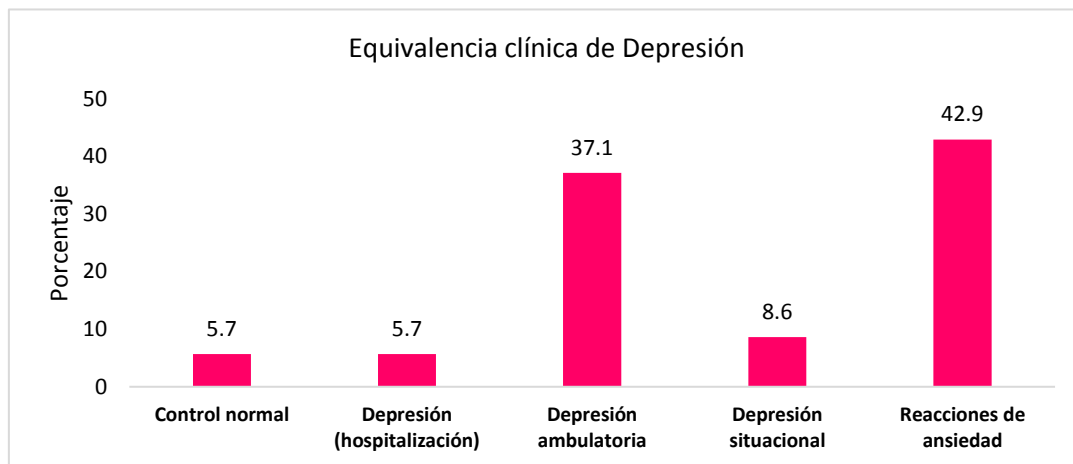
Fuente: Elaborado por el autor.

**Tabla 17:** *Equivalencia Clínica de Depresión en pacientes Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo*

	Frecuencia	Porcentaje
Control normal	2	5,7
Depresión (hospitalización)	2	5,7
Depresión ambulatoria	13	37,1
Depresión situacional	3	8,6
Reacciones de ansiedad	15	42,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Fuente. Elaborado por el autor.

El 42.9% de las pacientes del Hospital Naylamp de Essalud obtuvieron reacciones de ansiedad y el 37.1% depresión ambulatoria, lo que implica que manifiestan una combinación de síntomas fisiológicos y afectivos como respuesta ante los estímulos (externos o internos).



**Figura 11:** *Equivalencia Clínica de Depresión*

Fuente. Elaborado por el autor.

### **3.2 Discusión de resultados**

#### **DISCAPACIDAD**

En el test de discapacidad MIDAS, se encontró que el 94.3% de los pacientes presentaron limitaciones graves y grandes necesidades de tratamiento (discapacidad grado IV) y 5,7% limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tratamiento (discapacidad grado III), parecidos a estos fueron los hallados por Ayele, (2018) en Etiopía con valores de 74% grado IV y 15% grado III y Fernández, (2003), en Cuba con 58% grado IV, quienes tuvieron como muestras a pacientes que acudían en busca de atención médica en hospitales o clínicas por cefalea migrañosa. A diferencia de Henry en Francia, ((2002), mencionado en Fernández, 2003), en una muestra poblacional encuentra discapacidad el 74% grado I y 13% grado II, explicado por realizarse en pacientes con un espectro más amplio del grado de afección, con bajos índices de asistencia hospitalaria y altos en subdiagnósticos; muchos de ellos se detectaron como enfermos por primera vez de migraña.

Además, la discapacidad relacionada con la migraña ha sido revisada en diversos estudios: Edmeads, (1993); Stewart et al., (1994) describen que los dolores de cabeza por migraña son más incapacitantes, más dolorosos y de mayor duración que otros tipos de cefalea. Pryse-Phillips y otros, (1992); Stewart y otros, (1994) hallaron que la migraña interfiere aún más con actividades recreativas y sociales que actividades relacionadas con el trabajo. Lipton et al., (1995) encontraron que aunque el dolor puede ser el aspecto más relevante de migraña para el paciente individual, la discapacidad es el determinante mayor en el impacto social medido en términos económicos. Lipton, (1995); Micieli et al., (1995); Pryse-Phillips et al., (1992) informan que el dolor de cabeza durante el trabajo es completamente incapacitante para el 17% al 70% de los enfermos de migraña y afectan enormemente sus actividades familiares (citados en Fernández, 2003).

#### **CALIDAD DE VIDA**

Los resultados del estudio llevado a cabo, demuestran que el 62.9% de los pacientes presentan mala calidad de vida y el 37.1% presencia de tendencia a baja calidad de vida, lo que demuestra que perciben como no satisfechos los dominios de sus vivencias fundamentales en general.

Múltiples estudios, de la década pasada, describen ya afectación de la calidad de vida (CV) por cefalea crónica: Skevington, (1998) define que una larga historia de dolor y un tratamiento ineficaz del dolor, tal como sucede en la migraña, está asociado a mala calidad

de vida. Osterhaus et al., (1994) encuentran que la morbilidad aguda asociada con la migraña a menudo tiene efectos devastadores sobre la CV. Jhingran et al., (1996) hallan que la imprevisibilidad de la migraña e incontrolabilidad, y la incapacidad de anticipar o prevenir ataques, provoca interrupciones en actividades diarias normales y deteriora la CV. Solomon, (1997) evidencia que las migrañas tienen significativamente más deterioro funcional que los pacientes con diabetes, hipertensión, osteoartritis y dorsalgia y que a pesar de que el dolor de cabeza es uno de los dolores más comunes visto por los médicos, la medición de la CV relacionada con la salud en pacientes con dolor de cabeza ha sido recientemente atendido. Dalhoff & Dimena's, (1995); Durham et al., (1998); Michel, Dartigues, Lindoulsi y Henry, (1997) informan que en general, la calidad de vida se encuentra más pobre en migrañas que en grupos control. (citados en Kolotylo and Broome, 2000; citado en Fernández, 2003),

Guitera, (2000), define que los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida pueden ser genéricos, útiles para comparar diferentes poblaciones de estudio y enfermedades, o específicos de la enfermedad, diseñados para evaluar problemas asociados con una sola enfermedad o tratamiento. Tanto los instrumentos genéricos como los específicos ahora complementan ensayos clínicos con medicamentos o intervenciones evaluando la carga de una enfermedad o su terapia en el funcionamiento y el bienestar del paciente. La cuantificación del impacto de la CV en cefalea crónica es importante por varias razones: Primero, la información puede ser utilizada para evaluar aspectos de la carga de la enfermedad en individuos con cefalea. En segundo lugar, se puede usar como una medida de resultados en ensayos clínicos o en la práctica clínica. Tercero, puede usarse para identificar tratamientos que optimicen resultados. (citado en Fernández, 2003).

En la presente investigación utilizando un Test de calidad de vida genérico, dentro de las dimensiones evaluadas todas mostraron alguna disminución; siendo los resultados más impactantes los encontrados en salud: el 51.4% reportaron mostrarse insatisfechas y 20% mostraron estar solo un poco satisfechas, lo cual demuestra que la gran mayoría de ellas perciben su salud en forma negativa, conllevándolas a estados emocionales intensos, alterando así su CV. También la esfera ocio, mostro un 31.52% no satisfechas y 48.6% poco satisfechas en la cantidad de tiempo libre y la forma como emplearlo con la familia y el entorno social, lo cual refleja la falta de plenitud para disfrutar con la familia y amigos por el dolor crónico incapacitante. Similares resultados utilizando tests de CV genéricos encuentran Lipton, (2000), utilizando el SF 12 subdividido en MC12 que evalúa dimensión mental y PCS 12 que evalúa dimensión física en sujetos con migraña, encontró una

puntuación disminuida, comparados a controles; Guitera, (2002), empleando el SF 36 evaluó pacientes con dolor de cabeza crónico diario mostrando disminución significativa en el rol físico, dolor corporal, vitalidad y funcionamiento social y Terwindt, (2000), empleando el RAND 36 halló que los migrañosos presentan disminución de funcionalidad y bienestar en las ocho dimensiones del test. (citados en Fernández, 2003). También Fernández, (2003) empleando un test específico HANA, encuentra que la CV se afectó tanto por la frecuencia como por la intensidad de las crisis migrañosas.

En esta investigación otras dimensiones de CV, mostraron satisfacción media y bastante satisfecha como hogar y bienestar económico(73.15 %), amigos vecindario y comunidad(65.7%), Vida familiar y familia extensa(90%), Medios de comunicación(63.6%) y religión(80%) no se vieron afectadas de manera importante, quizás explicado por las características propias del trastorno, como la benignidad de los síntomas y la nula posibilidad de muerte y por otra parte a las características diferenciales que adquiere la calidad de vida, de acuerdo con el detrimento que se presente en cada una de las dimensiones que la componen y su relación con ellas. A diferencia de las dimensiones afectadas de estas pacientes como salud, y ocio, están más relacionadas con características cognitivas con alto contenido emocional, asociando que el deterioro no se debe solo a la severidad de los síntomas, sino a su relación con factores psicosociales, que son los predictores más importantes de la CV de estas pacientes.

## **COMORBILIDAD-ANSIEDAD-DEPRESION**

El presente estudio muestra resultados: que el 51.4% de las pacientes presentaron ansiedad marcada a severa, el 34.3% presencia de ansiedad mínima a moderada, el 11.4% presencia de ansiedad en grado máximo, lo cual quiere decir que un porcentaje importante de estas pacientes adoptan comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos; en cuanto a depresión se halló que el 42,9% presento reacciones de ansiedad y el 37,1% depresión ambulatoria; lo que implica que manifiestan una combinación de síntomas fisiológicos y afectivos como respuesta ante los estímulos (externos y/o internos). Diversas investigaciones reportan también alteraciones psicológicas en migraña como: Rogante, (2018), encuentra que la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos estuvieron negativamente asociados con satisfacción del trabajo en pacientes que sufren de migraña; Moon, (2019), describe que los pacientes con migraña crónica son más propensos a tener ansiedad, depresión, problemas de sueño y pobre calidad de vida comparada con migraña episódica;

Ayele, (2018), cuyo estudio en pacientes con migraña, halla síntomas depresivos severos (14.3%), desorden depresivo leve (45.7%) y muchos llenaron los criterios para desorden depresivo mayor. Lipton, ((2000), citado en Fernández, 2003) en el grupo con migraña encuentra el 47% de depresión comparado con el 17% en el grupo control.

En esta investigación, se encontró que el factor ansiedad es más determinante que el factor depresión para condicionar ataques de migraña. Similares resultados descritos por Peres, (2017), en un estudio cualitativo basado en síntomas, encuentra que la ansiedad fue más robustamente asociada con incremento en riesgo de migraña comparado con depresión, y comenta que la ansiedad rasgo en lo que refiere a la cantidad mínima de preocupación, la incapacidad para control de síntomas de la ansiedad, el sentirse nervioso o ansioso, puede jugar un rol crítico en la migraña ya sea gatillando un ataque, haciendo que este dure más tiempo o afectando su frecuencia, duración y la calidad de vida, así como los cuidados y gastos de salud y la cronificación. La implicación de no controlar la ansiedad, no relajarse con facilidad, sentirse ansiosos y con exceso de preocupación debe ser mejor evaluado en migrañosos. Pero también afirma que los síntomas de ansiedad y depresión están superpuestos y deben ser considerados un espectro continuum de síntomas afectivos, especialmente en presencia de desórdenes dolorosos.

Frente a todos estos resultados obtenidos, las pacientes muestran aprehensión y catastrofismo frente a su salud, con patrones de desajuste emocional frente a situaciones y escasos recursos para afrontar de forma adecuada el dolor, limitando sus actividades y mellando la calidad de vida. Ante lo cual, Peres, (2017) menciona que implementar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos podría mejorar el control de la cefalea y la CV de los pacientes y que la psicoterapia con enfoque conductual pueden ser también de gran ayuda como estrategias terapéuticas en prevención de migraña.

### **3.3 Aporte práctico**

#### **Datos Generales**

Título: “ESTRATEGIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PACIENTES CON MIGRAÑA”. HOSPITAL I NAYLAMP ESSALUD CHICLAYO

Profesional Responsable: Lic. Sonia Cabrejos Soifer

Beneficiarios: Pacientes con Migraña (18 a 55 años)

Número de Sesiones: 10

Duración: 60 minutos por sesión

## **Fundamentación**

El dolor crónico se convierte en una condición de difícil manejo, ya que compromete diversos factores y afecta varios niveles de respuesta y funcionamiento. (Arrivillaga Quintero M., 2007).

Diversos autores afirman que el dolor más de seis meses ya lo define como crónico. Así pues, la migraña es una patología neurológica crónica que origina cuadros episódicos de intenso dolor de cabeza, y otros síntomas asociados. (Fernández Concepción & Canuet Delis, 2003).

En el Perú se han registrado cifras sobre la migraña, donde se encuentra que en las zonas más altas existe una mayor prevalencia. (Lira et al., 2014).

La migraña guarda una relación estrecha con los desórdenes psicológicos, siendo la ansiedad y los trastornos afectivos (depresión) los más comunes, los cuales actúan como factores desencadenantes y/o consecuentes en la intensificación y mantenimiento del dolor convirtiéndose así en un círculo vicioso afectando la calidad de vida; es por ello la importancia de ver al individuo desde una perspectiva holística para realizar un tratamiento interdisciplinario y obtener mejores resultados en el manejo del dolor crónico.

La psicología cognitiva conductual ha brindado métodos de observación de la conducta del dolor que pueden asistir al paciente con migraña a identificar aquellos factores facilitadores o gatillantes de su dolor, es por eso la necesidad de proponer una estrategia cognitiva conductual para mejorar la calidad de vida (percepción de su propia salud) de las pacientes con migraña así como disminuir los niveles de ansiedad y de depresión, adoptando creencias, actitudes y respuestas adaptativas frente a los estímulos (internos y/o externos), motivo por el cual el presente estudio realizado se apoya en la teoría de Albert Ellis, el cual en su modelo ABC ha recibido un amplio y significativo apoyo empírico en la relevancia de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductas disfuncionales como la tendencia al catastrofismo, el cual subyace significativamente en la ansiedad y el dolor.

Existe evidencia de la eficacia de la terapia cognitiva conductual aplicada para el tratamiento de la migraña (Christiansen, 2015).

### **Objetivos:**

#### **Objetivo general**

Proponer la estrategia cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida de las pacientes con migraña del Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.

### **Objetivos específicos**

1. Dar información general sobre la migraña y explicar el proceso cognitivo conductual y la Estrategia favoreciendo la percepción sobre la propia salud (CV).
2. Brindar información sobre la Ansiedad y la Depresión (factores comorbidos) en la migraña.
3. Entrenar a las pacientes en ejercicios de relajación autógena para disminuir la activación fisiológica y la ansiedad asociada.
4. Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones y diferenciar entre la tensión y relajación de los músculos (cabeza, cuello y miembros superiores del cuerpo).
5. Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones y diferenciar entre la tensión y relajación de los músculos del tórax, pelvis y miembros inferiores (glúteos, muslos, piernas y pies).
6. Entrenar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva para que aprendan a reconocer los A B y C, cuyas consecuencias son emociones (depresión) y conductas disfuncionales afectando la CV.
7. Adiestrar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva, (cuestionamiento socrático) para identificar, analizar y confrontar las creencias irracionales con respecto a su salud (CV), así como disminuir los estados emocionales (ansiedad, depresión) y/o conductuales.
8. Ejercitar a las pacientes en la técnica de detención del pensamiento y autocontrol, para disminuir el estrés.
9. Entrenar a las pacientes en habilidades de solución de problemas para disminuir la psicopatología (ansiedad, depresión), mejorando el funcionamiento psicológico y conductual y la CV.
10. Evaluar a las pacientes aplicando el pos test y Reforzar la autoestima a través del reconocimiento.

### **Plan estratégico**

#### **Actividades preparatorias o de planificación**

Se solicitó autorización al Director del Hospital Naylamp I Essalud para llevar a cabo el presente estudio, siendo éste admitido. Luego se organizó con los médicos especialistas en medicina interna y/o neurología a los cuales se le brindó la información debida para



accederse al grupo de pacientes con diagnóstico de migraña. Posteriormente se les comunico al grupo de pacientes sobre el propósito de la investigación y de aceptar llenar el consentimiento informado para sentar su colaboración en la realización del presente estudio.

### Actividades de ejecución

La estrategia CC propositiva consta de 10 sesiones, cada una de ellas se llevará a cabo en forma semanal procurando que sea el mismo día, a la misma hora y con una duración de 60 minutos, en un ambiente adecuado.

### Actividades de Evaluación

La evaluación se llevó a cabo por medio del pre test, la misma que se realizara en el post test para brindar conocimientos sobre el diagnóstico inicial, el avance y los logros alcanzados por las pacientes durante el desarrollo de las sesiones. Además, en el proceso de dichas sesiones se ejecutarán autoregistros, así como tareas para casa con la finalidad de medir el progreso y adiestramiento de las pacientes en las técnicas a desarrollarse.

### Desarrollo de las Sesiones: (Ver anexo 4)

Fase 1: Psicoeducación (2 sesiones)

Sesión	Objetivo	Actividad	Técnica	Materiales	Duración
01					
Psicoeducación	Dar información general sobre la migraña y explicar el proceso cognitivo conductual y la estrategia favoreciendo la percepción sobre la propia salud(cv)	<p><b>Fase de Inicio:</b> Se da la bienvenida para luego a través de una dinámica crear un ambiente de confianza y hacer las presentaciones respectivas, seguido a eso se explica lo que se va a realizar en la sesión, su duración y lo que se quiere lograr.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> A través de la técnica de lluvia de ideas se les pregunta a las pacientes que saben sobre la migraña y su cronicidad y se van anotando en un papelote. Luego se procede a explicarles sobre el proceso cognitivo conductual con ayuda de diapositivas y la estrategia para proceder a una plenaria.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les agradece su asistencia y se les pide que reflexionen sobre sus propias situaciones de vida y sus capacidades de manejo de estresores, y se les recuerda la próxima sesión despidiéndose con un abrazo entre ellas.</p> <p><b>Evaluación</b></p>	Dinámica grupal Información Expositiva Lluvia de Ideas Plenaria(debate)	Ambiente con adecuada ventilación e iluminación, libre de estímulos distractores. Sillas Plumones, Papelotes, tríptico, copias, USB, Proyector multimedia, laptop.	60 min.

Sesión 02	Objetivo	Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Psicoeducación	Brindar información sobre la Ansiedad y la Depresión (factores comorbidos) en la migraña.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Se da la bienvenida y se les pregunta sobre lo que asimilaron de la primera sesión por 10 min.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora da a conocer el objetivo de la sesión y su duración. Seguidamente se le entrega una tarjeta a cada una, escritas con puntos relacionados al tema a tratar, para luego formar los grupos con aquellas que tienen el mismo punto eligiendo un líder por cada grupo para que exponga. Una vez recogida las opiniones de las participantes, se procede a explicar.</p> <p><b>Fase Final:</b> La facilitadora reforzará con halagos las ponencias y agradecerá la asistencia y participación, haciéndoles saber que para la próxima sesión vengan con ropas cómodas y que se despidan con un abrazo entre ellas.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Preguntas abiertas Información Expositiva Diálogo grupal Liderazgo	Tarjetas (impresas en papel) USB, Proyector multimedia, laptop.	60 min.

### Fase 2: Técnicas.

Sesión 03	Objetivo	Actividad	Técnica	Materiales	Duración
Aprendiendo a relajar el cuerpo.	Entrenar a las pacientes en ejercicios de relajación autógena para que disminuyan la activación fisiológica y la ansiedad asociada.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Se da la bienvenida y se realiza una retroalimentación por 10 min. de la sesión anterior.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora dará una breve explicación sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión. Posteriormente se les indica los pasos a seguir de la relajación.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que este entrenamiento debe practicarse en casa de 2 a 3 veces diarias.</p> <p>Tarea: Hacer un autoregistro de los ejercicios de relajación por día.</p> <p>Despedida y próxima sesión.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Retroalimentación Relajación Autógena Tarea para casa.	Ambiente adecuado, libre de estímulos distractores. Ropa cómoda Colchonetas. Grabación de cd. Autoregistros Folder de archivo	60 min

<b>Sesión 04</b>					
“Aprendiendo a relajarse progresivamente los músculos”, parte I.	Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones y diferenciar entre la tensión y relajación de los músculos (cabeza, cuello y miembros superiores del cuerpo)	<p><b>Fase de Inicio:</b> Se da la bienvenida y se revisa la tarea de la sesión anterior.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora da las pautas sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión. Seguidamente se les indica los pasos de la relajación.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que este ejercicio debe practicarse en casa de 2 a 3 veces diarias.</p> <p>Tarea: Hacer un autoregistro de los ejercicios de relajación.</p> <p>Despedida y próxima sesión.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Relajación Progresiva Muscular. Tarea para casa.	Ambiente adecuado, libre de estímulos distractores Ropa cómoda Colchonetas o sillas Autoregistro Folder de archivo.	60 min

<b>Sesión 05</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Técnica</b>	<b>Materiales</b>	<b>Duración</b>
“Aprendiendo a relajarse progresivamente los músculos”, parte II	Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones diferenciando entre la tensión y relajación de los músculos del tórax, pelvis y miembros inferiores (glúteos, muslos, piernas y pies)	<p><b>Fase de Inicio:</b> Se da la bienvenida, se revisa la tarea de la sesión anterior y se realizara un repaso de la relajación anterior (brevemente).</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora dará las pautas sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión. Seguidamente se les indica los pasos de la relajación.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que este ejercicio debe practicarse en casa de 2 a 3 veces diarias.</p> <p>Tarea: Hacer un autoregistro de los ejercicios de relajación.</p> <p>Despedida y próxima sesión.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Feedback Relajación Progresiva Muscular. Tarea para casa.	Ambiente adecuado, libre de estímulos distractores Ropa cómoda Sillas Autoregistro Folder de archivo	60 min.

<b>Sesión : 06</b>					
“Identificando los acontecimientos activadores y las creencias irracionales”	Entrenar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva para que aprendan a reconocer los A B y C, cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Bienvenida, revisión de la tarea y se realizara un repaso de la relajación anterior (brevemente).</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, lo que se quiere lograr y la duración.</p> <p>Ejemplificación</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que es muy importante que lo aprendido lo apliquen en el día a día.</p> <p>Tarea: Llenar en el Autoregistro lo solicitado hasta la siguiente sesión y despedida.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Feedback Reestructuración Cognitiva Ejemplificación Tarea para casa	Retroproyector, USB. Papel, impresión, copias, lápiz. Autoregistro Folder de archivo	60 min.

Sesión: 07					
“Detectando y comprobando las creencias irracionales y racionales”	Adiestrar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva, (cuestionamiento socrático) para identificar, analizar y confrontar las creencias irracionales con respecto a su salud (CV), así como disminuir los estados emocionales (ansiedad, depresión) y/o conductuales.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Bienvenida, revisión de la tarea y se llevara a cabo una retroalimentación.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, lo que se quiere lograr y la duración. Ejemplificación.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que es muy importante que lo aprendido lo apliquen en el día a día.</p> <p>Tarea: Llenar en el Autoregistro lo solicitado hasta la siguiente sesión y despedida.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Feedback Reestructuración Cognitiva y Cuestionamiento Socrático Ejemplificación Tarea para casa	Retroproyector, USB. Papel, impresión, copias, lápiz. Autoregistro Copias de Folder de archivo	60 min.

Sesión: 08					
“Detectando los pensamientos rumiatorios para reemplazarlos por otros sanos”	Ejercitar a las pacientes en la técnica de detención del pensamiento y autocontrol, para disminuir el estrés.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Bienvenida, revisión de la tarea y se llevara a cabo una retroalimentación.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, lo que se quiere lograr y la duración. Ejemplificación.</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que es muy importante que lo aprendido lo apliquen a su realidad.</p> <p>Tarea para casa hasta la próxima sesión y despedida.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Feedback Detención del pensamiento y autocontrol Tarea para casa	Sillas Retroproyector, USB. Papel, impresión, copias. Campana, elástico Folder de archivo	60 min.

Sesión 09					
“Aprendiendo a solucionar problemas”	Entrenar a las pacientes en habilidades de solución de problemas para disminuir la psicopatología (ansiedad, depresión), mejorando el funcionamiento psicológico y conductual y la calidad de vida.	<p><b>Fase de Inicio:</b> Bienvenida, revisión de la tarea y se llevara a cabo una retroalimentación.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, lo que se quiere lograr y la duración. Ejemplificación a través de una dinámica: “Los seis sombreros para pensar”</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les hace saber que es muy importante que lo aprendido lo apliquen en su vida diaria.</p> <p>Tarea para casa hasta la próxima sesión y despedida.</p> <p><b>Evaluación.</b></p>	Feedback Entrenamiento en Solución de Problemas Ejemplificación Dinámica Exposición grupal Tarea para casa	Sillas Tarjetas Impresión, copias. Folder de archivo	60 min.

Sesión 10					
“Cierre”	<p>Evaluar a las pacientes aplicando el pos test.</p> <p>Reforzar la autoestima a través del reconocimiento.</p>	<p><b>Fase de Inicio:</b> La facilitadora procederá a revisar la tarea de la sesión anterior para realizar una retroalimentación. Posteriormente se les informara lo que implica esta última sesión, motivo por el cual les solicitara compartir sus experiencias sobre todo lo trabajado durante las sesiones. Se hace un listado de lo positivo de las actividades realizadas y aquello que se puede mejorar y se analiza el cumplimiento de los objetivos propuestos.</p> <p><b>Fase de Desarrollo:</b> Después de haber terminado la actividad inicial se realizará la dinámica: «Arbolito de navidad» Seguidamente se les aplicara los pos test (los mismos del pre test).</p> <p><b>Fase Final:</b> Se les pide que reflexionen sobre lo que han aprendido, es importante que formulen sus propias metas a largo plazo para los cambios cognitivos conductuales en orden y reducir la frecuencia del dolor de la migraña y mejorar la calidad de vida (percepción sobre su propia salud), así como disminuir los niveles de ansiedad y depresión.</p> <p>Se les felicita y agradece a todas las participantes por haber cooperado con la investigación realizada.</p> <p>Se recomienda realizar 02 sesiones de seguimiento.</p>	<p>Retroalimentación</p> <p>Dinámica grupal:</p> <p>Reconocimiento</p> <p>Evaluación</p> <p>psicométrica</p>	<p>Papelotes</p> <p>Plumones,</p> <p>lapiceros,</p> <p>lápices de colores,</p> <p>tijeras</p> <p>Cinta maskintape</p> <p>Post – test</p>	60 min.

### 3.3.1 Validación y ejemplificación del aporte práctico

El aporte práctico fue validado por juicio de tres especialistas psicólogos clínicos donde uno de ellos es Doctor y las dos restantes Magísteres, los cuales evaluaron los criterios e indicadores correspondientes con sus puntuaciones y resultados respectivos.

**Tabla 18:** Validación del aporte por especialistas

Criterios		Especialistas									Observaciones Sugerencias
		Esp. 01			Esp. 02			Esp. 03			
		Indicadores									
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	
		D	R	B	D	R	B	D	R	B	
<sup>a</sup>	PERTINENCIA			X			X			X	-
<sup>a</sup>	COHERENCIA			X			X			X	-
<sup>a</sup>	CONGRUENCIA			X			X			X	-
<sup>a</sup>	SUFICIENCIA			X			X			X	-
<sup>a</sup>	OBJETIVIDAD			X			X			X	-
<sup>a</sup>	CONSISTENCIA			X			X			X	-
<sup>a</sup>	ORGANIZACIÓN			X			X			X	-
<sup>a</sup>	CLARIDAD			X			X			X	-
<sup>a</sup>	FORMATO			X			X			X	-
<sup>a</sup>	ESTRUCTURA			X			X			X	-
Conteo Total				P			P			P	
				30			30			30	

Fuente: Elaborado por el autor

En dicha validación, calificaron por unanimidad con un valor correspondiente a más del 70%, obteniendo un coeficiente de validez de 1.0, dando como resultado final una validez muy buena, lo cual quiere decir que el aporte cumple con los criterios e indicadores considerados. (Ver anexo 7)

#### **IV. CONCLUSIONES**

Al realizar el análisis epistemológico del proceso cognitivo conductual en la migraña, basado en las teorías de Albert Ellis y Aaron Beck, se encontró que se centran en como los individuos estructuran su manera de pensar y a la vez como esto establecerá la emoción, la conducta y otras cogniciones que pueden originar una inadecuada adaptación y por lo tanto producir malestar o agravar los síntomas ya existentes.

La determinación de las tendencias históricas brindó evidencia científica que la TCC produce mejoría en la migraña en sus determinantes de discapacidad, alteraciones psicológicas y en consecuencia su calidad de vida, sin embargo, hay un vacío de ausencia de su aporte práctico en la situación actual de las pacientes ya que sólo reciben un manejo focalizado al síntoma.

El diagnóstico del estado actual de las pacientes con migraña del Hospital I Naylor Es salud, evidenció que casi la totalidad de la muestra presentó discapacidad grado IV; un poco más de la mitad mala calidad de vida, con un porcentaje importante de afectación en la dimensión salud; así mismo más del 50% obtuvieron ansiedad marcada a severa y en la Escala de Depresión de Zung, un porcentaje significativo presentaron reacciones de ansiedad; cuyos hallazgos indicaron la necesidad de proponer una estrategia cognitivo-conductual (ECC) para contribuir a mejorar la calidad de vida de las mismas.

En cuanto a la ECC propuesta, estuvo conformada por 10 sesiones que se encaminaron a promover actitudes, emociones y acciones positivas, así como habilidades de afrontamiento para lograr adecuados resultados sobre el dolor y sus aspectos funcionales mejorando de esta manera su CV.

Los especialistas que se consultaron para la validación de la propuesta (ECC), emitieron juicios que posibilitaron hacer pertinente presentar un aporte práctico objetivo y coherente para la labor que se debe realizar.

## **V. RECOMENDACIONES**

Dar a conocer esta investigación mediante un informe a la Dirección del hospital para que tenga en cuenta la importancia de manejar la migraña desde un enfoque multidisciplinario, que considere a la paciente como una unidad bio-psico-social.

Aplicar la propuesta de la estrategia cognitivo conductual (CC), para disminuir el grado de discapacidad, ansiedad y depresión, así como modificar la percepción sobre su propia salud, a través del entrenamiento de las actividades consideradas y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida (CV) de las pacientes.

Realizar investigación de tipo longitudinal para continuar evaluando la efectividad del enfoque CC en migraña.

Validar y emplear en próximos estudios, test específicos que midan CV en migraña.



## VI. REFERENCIAS

- Arrivillaga Quintero M. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.  
[http://biblioteca.udla.edu.ec/client/es\\_EC/default/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD\\_ILS\\$002f8\\$002fSD\\_ILS:8826/ada?qu=VIH&ic=true&te=ILS&ps=300](http://biblioteca.udla.edu.ec/client/es_EC/default/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f8$002fSD_ILS:8826/ada?qu=VIH&ic=true&te=ILS&ps=300)
- Ayele, B. A., & Yifru, Y. M. (2018). Migraine-related disability and co-morbid depression among migraineurs in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Neurology*, 18(1), 95. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1186/s12883-018-1095-3>
- Buse, D. C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral Medicine for Migraine. *Neurologic Clinics*, 27(2), 445-465. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2009.01.003> <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.ncl.2009.01.003>
- Buse, D. C., Silberstein, S. D., Manack, A. N., Papapetropoulos, S., & Lipton, R. B. (2013). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *Journal of Neurology*, 260(8), 1960-1969. <https://sci-hub.tw/10.1007/s00415-012-6725-x>
- Cardona Castrillón, G. P., Isaza Bermúdez, R., Zapata Soto, A. P., Franco Vásquez, J. G., González Berrío, C., & Tamayo Díaz, C. P. (2007). Comorbilidad de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos de ansiedad con migraña. *Revista de Neurología*, 45(05), 272. <https://www.neurologia.com/articulo/2007063>
- Cousins, S., Ridsdale, L., Goldstein, L. H., Noble, A. J., Moorey, S., & Seed, P. (2015). A pilot study of cognitive behavioural therapy and relaxation for migraine headache: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology*, 262(12), 2764-2772. <https://sci-hub.tw/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26477023>
- Christiansen S., Jürgens T., Klinger R. (2015) Outpatient Combined Group and Individual Cognitive–Behavioral Treatment for Patients with Migraine and Tension-Type Headache in a Routine Clinical Setting. *Headache*. 2015; 55:1072-1091. <https://sci-hub.tw/https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/head.12626>
- Escorsa, A. G. (2015). *La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres*. Tesis Doctoral. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona.  
[https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/353862/Tesi\\_Anna\\_Gilabert.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/353862/Tesi_Anna_Gilabert.pdf?sequence=1)
- Fernández Concepción, O., & Canuet Delis, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: Factores determinantes. *Revista de Neurología*, 36(12), 1105. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/migrana.pdf>
- García P. L. (2018). *La intervención psicológica en la cefalea tensional y la migraña*. Prolepsis. Colegio Oficial de Psicología Castilla y León. 164-177.  
[http://www.terapiasagora.com/blog/wp-content/uploads/2018/05/extracto\\_psico\\_migrana\\_cefalea\\_laura\\_garcia.pdf](http://www.terapiasagora.com/blog/wp-content/uploads/2018/05/extracto_psico_migrana_cefalea_laura_garcia.pdf)
- Giacomozzi, A. R. E., Vindas, A. P., Junior, A. A. da S., Bordini, C. A., Buonanotte, C. F., Roesler, C. A. de P.,... Filho, P. F. M. (2013). Latin American consensus on guidelines for chronic migraine treatment. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(7), 478-486. <http://www.scielo.br/pdf/anp/v71n7/0004-282X-anp-71-07-478.pdf>
- Hair A., Thatham B. (2007). *Análisis multivariante*. España: Prentice Hall.  
<https://www.casadellibro.com/libro-analisis-multivariante/9788483220351/666828>
- Hernández Lira NA. 2013. Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. *Psicologia.com.*; 17:5.  
[http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/hernandez\\_nicolas.pdf](http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/hernandez_nicolas.pdf)

- Jenny, M. Q., & M<sup>a</sup> Isabel, C. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n1/v22n1a03.pdf>
- Klan, T., Liesering-Latta, E., Gaul, C., Martin, P. R., & Witthöft, M. (2019). An Integrative Cognitive Behavioral Therapy Program for Adults With Migraine: A Feasibility Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(5), 741-755. <https://sci-hub.tw/10.1111/head.13532>
- Kropp, P., Meyer, B., Meyer, W., & Dresler, T. (2017). An update on behavioral treatments in migraine – current knowledge and future options. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), 1059-1068. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1377611>
- Lira, D., Custodio, N., Montesinos, R., Linares, J., Herrera, E., & Bendezú, L. (2014). Características clínicas de los pacientes con migraña del Servicio de Neurología de la Clínica Internacional. <https://www.yumpu.com/es/document/read/15240115/caracteristicas-clinicas-de-los-pacientes-con-migrana-del-servicio-internacional>
- López, M. W. (2014). Estadística práctica: Aplicación y análisis para la toma de decisiones en las empresas. San Juan: Universidad de Puerto Rico. I edición. <https://e-libro.net/libros/libro.aspx?idlibro=19392>
- Monaco, R. D. (2013). Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud Colectiva*, 9(1), 65-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73126334006>
- Moon, H.-J., Seo, J.-G., & Park, S.-P. (2017). Perceived stress in patients with migraine: a case-control study. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1), 73. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1186/s10194-017-0780-8>
- Navarro Calvillo, M. E. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*, 20(107), 1. [https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/34/pdf\\_23](https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/34/pdf_23)
- Núñez R. A. and Tobón S. (2005). Terapia cognitivo-conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Editorial Universidad de Manizales. Primera edición. pág. 38-41. [https://www.researchgate.net/publication/287206980\\_file:///C:/Users/MANUEL-PC/Downloads/NuezTobon2005Terapiacognitivo-ctualyMPSM.pdf](https://www.researchgate.net/publication/287206980_file:///C:/Users/MANUEL-PC/Downloads/NuezTobon2005Terapiacognitivo-ctualyMPSM.pdf)
- Oikonomidi T., Vikelis M., Artemiadis A., Chrousos G. P., Darviri C., (2018). Reliability and Validity of the Greek Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *PharmacoEconomics Open* (2018) 2:77–85. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1007/s41669-017-0034-3>
- OMS. (2016). Cefaleas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
- Palacios-Ceña D, et al. (2017). Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ Open* 2017; 7. <https://sci-hub.tw/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28827275>
- Parada Fernandez P, & Martínez Zaragoza F. (2013). Implementación de un programa cognitivo - conductual para personas afectadas de migraña. <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/258/226>
- Peres, M. F. P., Mercante, J. P. P., Tobo, P. R., Kamei, H., & Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1), 37. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1186/s10194-017-0742-1>
- Quesada-Vázquez, A., J. Contreras-Maure, L., R. Traba-Tamayo, E., & Frometa-Guerra, A. (2010). Migraine: Clinical features and disability in a rural population in Cuba. *Revista de neurología*, 50, 72-76.

- <https://www.researchgate.net/publication/41175472> Migraine Clinical features and disability in a rural population in Cuba
- Ramírez Parrondo, R., & Arrieta Antón, E. (2013). Comorbilidad de la migraña y los trastornos psiquiátricos. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(3), 162-164. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.007>
- Rogante, E., Sarubbi, S., Lamis, D. A., Canzonetta, V., Sparagna, A., De Angelis, V., ... Pompili, M. (2018). Illness Perception and Job Satisfaction in Patients Suffering from Migraine Headaches: Trait Anxiety and Depressive Symptoms as Potential Mediators. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, head.13461. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/head.13461>
- Seng, E. K., & Holroyd, K. A. (2014). Behavioral Migraine Management Modifies Behavioral and Cognitive Coping in People With Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 54(9), 1470-1483. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/head.12426>
- Singer, A. B., Buse, D. C., & Seng, E. K. (2015). Behavioral Treatments for Migraine Management: Useful at Each Step of Migraine Care. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15(4), 14. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1007/s11910-015-0533-5>
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F.,... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259. [https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Woldeamanuel, Y. W., & Cowan, R. P. (2017). Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 307-315. <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.11.071>
- Zavala, H., & Saravia, B. (2013). Epidemiología e impacto socio económico de la migraña. *Revista Neurológica Argentina* 2003; 28: 79-84. <https://www.researchgate.net/publication/237699789> EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO SOCIO ECONOMICO DE LA MIGRANA

## ANEXOS

### ANEXO 1: Matriz de Consistencia

MANIFESTACION DEL PROBLEMA	PROBLEMA	POSIBLES CAUSAS	OBJETO ESTUDIO	OBJETIVOS	CAMPO DE ACCION	TITULO DE LA INV.	HIPOTESIS	VARIABLES	TECNICAS O METODOS	INSTRUMENTOS
Pensamientos (catastrofismo), y creencias disfuncionales, ansiedad, irritabilidad, insomnio, estrés emocional, depresión, patrones negativos de auto derrota, adaptación inadecuada a su medio (estímulos internos y/o externos), el tratamiento farmacológico administrado no brinda los resultados esperados, realizan visitas continuas a los servicios de consulta externa y emergencia por cefaleas discapacitantes.	Existe insuficiencia en el proceso cognitivo conductual que limita la calidad de vida de las pacientes con migraña, del Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo	Limitaciones prácticas en el desarrollo del proceso cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad en la migraña. Hospital I Naylamp. Insuficiente capacitación en el personal médico en el desarrollo del proceso cc. para el manejo de la migraña. Hospital I Naylamp. Insuficientes referentes teóricos y prácticos en el desarrollo del proceso cc para el tratamiento de la migraña. Hospital I Naylamp.	Proceso cognitivo o conductual.	<p>GENERAL: Elaborar una Estrategia Cognitivo-Conductual para mejorar La Calidad De Vida en las Pacientes con Migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo</p> <p>ESPECIFICOS:                      Analizar epistemológicamente el proceso cognitivo conductual de la migraña y su dinámica.                      Determinar las tendencias históricas de la dinámica del proceso cognitivo conductual en relación con la calidad de vida y migraña.                      Diagnosticar el estado actual de las categorías de calidad de vida, el grado de discapacidad y de los factores psicológicos (ansiedad y depresión) de las pacientes con migraña Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo                      Elaborar el contenido, objetivos, metodologías y actividades de la estrategia propuesta.                      Validar la Estrategia mediante criterio de especialistas</p>	Dinámica del Proceso cognitivo conductual y migraña	Estrategia Cognitivo-Conductual para mejorar La Calidad de Vida en las Pacientes con Migraña Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo	Si se elabora una Estrategia Cognitivo-Conductual ENTONCES SE CONTRIBUIRÁ a mejorar La Calidad De Vida en las Pacientes con Migraña Hospital I Naylamp Essalud- Chiclayo	<p>INDEPENDIENTE: ESTRATEGIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.</p> <p>DEPENDIENTE: La Calidad de Vida en las Pacientes con Migraña. Hospital I Naylamp Essalud Chiclayo.</p>	<p>Test de Calidad de Vida</p> <p>Cuestionario Midas</p> <p>Test de zung de ansiedad y depresión.</p>	<p>Escala de Calidad de Vida</p> <p>Cuestionario Midas</p> <p>Escala de ansiedad (EAA)</p> <p>Escala de depresión (EAMD)</p>

**ANEXO N° 2: INSTRUMENTOS**

**CUESTIONARIO (MIDAS)**

Instrucciones: por favor conteste las siguientes preguntas sobre el dolor de cabeza que ha tenido en los 3 últimos meses. Escriba su respuesta en el cuadro junto a cada pregunta. Escribir cero si no hiciste la actividad en los últimos 3 meses.

DÍAS

1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses, usted faltó al trabajo o a la universidad a causa de su dolor de cabeza?	
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses, su productividad en el trabajo o en la universidad se redujo a la mitad o más debido a su dolor de cabeza?	
3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses, usted no puede realizar las tareas del hogar a causa de su dolor de cabeza?	
4. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses, su productividad en el trabajo doméstico se ha reducido a la mitad o más debido a su dolor de cabeza ? (no incluye días contados en la pregunta 3 , donde usted no hizo el trabajo doméstico)	
5. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses, se le pasaron las actividades familiares, sociales o de ocio debido a su dolor de cabeza?	
A. ¿cuántos días en los últimos 3 meses, usted tuvo dolor de cabeza? (en caso de un dolor de cabeza duró más de un día, contar cada día )	
B. en una escala de 0 a 10, en promedio que tan dolorosos fueron estos dolores de cabeza (donde 0 = ningún dolor y 10 = dolor es tan malo como puede ser)	

## FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

### **MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT SCALE (MIDAS).**

Es un cuestionario creado con el objetivo de evaluar la discapacidad que presentan los pacientes con migraña, es altamente fiable, simple de usar, con pocas preguntas, específico de la enfermedad y fácil de calificar. Según estudio de Stewart, Lipton, Dowson y Sawyer, el MIDAS, muestra tener una buena consistencia interna, alta confiabilidad y validez, la puntuación del MIDAS tiene un buen nivel de correlación frente a evaluaciones médicas ( $r = 0.69$ ) y una consistencia interna (cronbach  $>0.7$ ); provee, también, una medida explícita del tiempo perdido por la enfermedad.

Contiene cinco preguntas, los pacientes registran el número de días perdidos en la escuela o el trabajo debido a la cefalea (pregunta 1), en el trabajo del hogar (pregunta 3), y en las actividades familiares, sociales o recreativas (pregunta 5). Estos dominios se seleccionaron debido a la importancia del grupo de edades entre 20 y 50 años, con una alta prevalencia de migraña. Otras dos preguntas evalúan el número de días adicionales con limitaciones importantes en la actividad (definida como al menos un 50% de disminución de la productividad) en los dominios de trabajo en su empleo (pregunta 2) y en el hogar (pregunta 4). La puntuación del MIDAS se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en las cinco preguntas. La puntuación del MIDAS puede ser mayor que el número real de días perdidos por cefalea si más de un dominio de actividad se afecta un mismo día. Bajo estas circunstancias, la puntuación refleja el intervalo de demandas en la vida del individuo, sea o no por el empleo. Las dos preguntas adicionales del MIDAS registran la información sobre la frecuencia de las cefaleas y la intensidad del dolor. Éstas no se suman a la puntuación total, pero brindan al médico una información clínicamente relevante. Estas dos preguntas se emplean como las variables: cantidad de días con cefalea e intensidad del dolor.

Los autores seleccionaron un intervalo de recordatorio de 3 meses para todas las preguntas del MIDAS, para equilibrar la precisión de la información auto administrado. Trabajos previos han mostrado que es un período suficientemente corto para un recuerdo preciso.

La puntuación del MIDAS se divide en cuatro grados:

- ✓ Gr. I: limitaciones mínimas y pocas necesidades de tratamiento (tto) en los pacientes.
- ✓ Gr. II: limitaciones Leves y necesidades leves de tto.

- ✓ Gr. III: limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tto.
- ✓ Gr. IV: limitaciones graves y grandes necesidades de tto.
  - Los límites de puntuación total del MIDAS para esta gradación son:
- ✓ Gr. I: puntuación entre 0 y 5.
- ✓ Gr.II: entre 6 y 10.
- ✓ Gr. III: de 11 a 20.
- ✓ Gr. IV: 21 o más.



**INSTRUMENTO**

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA**

**Nombre:** .....

**Edad:** .....

**Fecha:** .....

A continuación te presentaremos oraciones referentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente.

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
<b>HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO</b>					
1. Tus actuales condiciones de vida.					
2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas.					
4. La capacidad de tu familia para darte lujos.					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar.					
<b>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</b>					
6. Tus amigos.					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					
8. La seguridad en tu comunidad.					
9. El barrio donde vives.					
10. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)					



Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
<b>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</b>					
11. Tu familia.					
12. Tus hermanos.					
13. El número de hijos en tu familia.					
14. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
<b>EDUCACION Y OCIO</b>					
15. Tu actual situación escolar					
16. El tiempo libre que tienes					
17. La forma como usas tu tiempo.					
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</b>					
18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.					
19. Calidad de los programas de televisión.					
20. Calidad de cine.					
21. La calidad de periódicos y revistas.					
<b>RELIGION</b>					
22. La vida religiosa de tu familia.					
23. La vida religiosa de tu comunidad.					
<b>SALUD</b>					
24. Tu propia salud.					
25. La salud de otros miembros de la familia.					

PUNTAJE DIRECTO:.....

PERCENTIL :.....

PUNTAJES T :.....

## FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

### **Escala de Calidad de Vida (CV) de Olson y Barnes**

Esta escala de Olson y Barnes fue creada por los autores David Olson y Howard Barnes, en 1982 y adaptada por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (Perú); donde muestra los baremos percentiles, obtenidos de una muestra de 589 estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 17 años, de 4° y 5° de secundaria de cuatro centros educativos estatales y particulares de Lima. Su aplicación es colectiva e individual; a partir de los 13 años de edad en adelante con una duración de 20 minutos aproximadamente; llevando a su finalidad la identificación de los niveles de CV.

La CV es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el entorno le brinda para conseguir la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en base a los factores: Bienestar Económico; Amigos, vecindario y comunidad; Vida familiar y familia extensa; Educación y ocio; Medios de comunicación; Religión; y Salud.

La escala de CV demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la CV.

La escala de CV posee validez de constructo para medir la calidad de vida en grupos poblacionales similares a la muestra estudiada, dado que se observan resultados concordantes con los teóricamente esperados.

INSTRUMENTO

INDICE EAA

Nombre:..... Edad:..... Fecha de examen:.....

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NÚMERO DE VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2. Me siento con temor sin razón				
3. Despierto con facilidad o siento pánico				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11. Sufro de mareos				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente				
14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16. Orino con mucha frecuencia				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento bochornos				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche				
20. Tengo pesadillas				

DIAGNÓSTICO:

INDICE: \_\_\_\_\_ EAA

S.T.

## FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

### **Escala de Auto-Evaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)**

Creada por William Zung y adaptada por Luis Astocondor, 2001, Perú.

Es un cuestionario de 20 ítems, cada uno relacionado a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos. Consta de 4 columnas en blanco encabezadas por: “Nunca o raras veces”, “Algunas veces”, “Buen número de veces” Y “La mayoría de las veces”. Se les aconseja marcar en base a como se sintieron durante la última semana.

Para obtener el grado de ansiedad se compara la escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales y se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. Un puntaje debajo de 45 indica que no hay ansiedad presente, de 45 a 59 indica presencia de ansiedad mínima a moderada, de 60 a 74 que hay una ansiedad marcada o severa, y de 75 a más, presencia de ansiedad en grado máximo.

Validez:

La EAA fue revisada y adaptada convenientemente al nivel sociocultural y educativo de los habitantes de las comunidades nativas aguarunas, habiéndose realizado previamente un estudio piloto, con las consiguientes modificaciones recomendadas que fueron aprobadas por un jurado calificador, el cual estuvo conformado por 10 especialistas en el área clínica, social y comunitaria. Se utilizó el método de validez interna por criterio de jueces, a través del coeficiente V de Aiken.



INSTRUMENTO

**ESCALA DE ZUNG (EAMD)**

Nombre:.....Edad:.....Instrucc:..... Fecha de Examen:.....

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE	P.D
1. Me siento triste y decaído					
2. Por las mañanas me siento mejor					
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro					
4. Me cuesta mucho dormir por la noche					
5. Como igual que antes					
6. Aún tengo deseos sexuales					
7. Noto que estoy adelgazando					
8. Estoy estreñado					
9. El corazón me late más rápido que antes					
10. Me canso sin motivo					
11. Mi mente está tan despejada como siempre					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto					
14. Tengo confianza en el futuro					
15. Estoy más irritable que antes					
16. Encuentro fácil tomar decisiones					
17. Siento que soy útil y necesario					
18. Encuentro agradable vivir					
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.					
20. Me gustan las mismas cosas que antes					

DIAGNÓSTICO:

INDICE: \_\_\_\_\_ EAMD

S.T.

## FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO

### **Escala de Auto aplicación de Depresión de Zung (EAMD)**

Fue desarrollada por William Zung en 1965, en una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y adaptada por Luis Astocondor en el Perú. Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formulada la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica solamente la frecuencia de los síntomas.

El formato comprende 4 columnas encabezadas por: “Muy pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Casi siempre”, en la cual el sujeto marca la que más se ajusta a él. Para tener el grado de depresión del paciente se compara la escala obtenida con la escala clave para realizar el recuento, el valor indicado para cada párrafo se escribe al margen y luego se suman, todos los valores parciales. El total de esta suma se convierte entonces en un índice, basado sobre 100. La escala está construida de tal modo que un índice bajo indica una pequeña depresión, o su ausencia y un alto índice la presencia de una depresión de significación clínica.

#### Propiedades psicométricas

##### Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

##### Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0,50 y 0,80 3, 6, 18,20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

### ANEXO 3: Ficha de validación por tres especialistas del aporte práctico

Anexo

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL**

**I. INFORMACION GENERAL**

1.1. Nombres y apellidos del validador: Luis A. Sarmiento Pérez  
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente  
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: PROPUESTA "ESTRATEGIA COGNITIVA - CONDUCTUAL"  
 1.4. Autor del instrumento: LIC. SONIA CABREJOS SAIFER

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Crterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total

Coefficiente de validez :  $\frac{A + B + C}{30} =$

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

*Validez Muy buena*

.....  
 Dr. Luis Alberto Sarmiento Pérez  
 PSICOLOGO  
 C.Ps.R 6867  
 NEUROPSICOLOGIA



Anexo

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL**

**I. INFORMACION GENERAL**

1.1. Nombres y apellidos del validador: Juana Leshith Sandoz Olivo  
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente - Colegio  
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: PROPUESTA "ESTRATEGIA COGNITIVA-CONDUCTUAL"  
 1.4. Autor del instrumento: M.T.C. SONIA CABREJAS SUIFER.

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		<b>C</b>	<b>B</b>	<b>A</b>	<b>Total</b>

Coefficiente de validez :  $\frac{A+B+C}{30} = 1.0$

Intervalos	Resultados
0.00 - 0.49	Validez nula
0.50 - 0.59	Validez muy baja
0.60 - 0.69	Validez baja
0.70 - 0.79	Validez aceptable
0.80 - 0.89	Validez buena
0.90 - 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez Muy Buena.

  
 Mg. Juana Leshith Sandoz Olivo  
 Ps. Clínica - Educativa y de Familia  
 C.Ps.P 6109



Anexo

**FICHA DE VALIDACIÓN DEL**

**I. INFORMACION GENERAL**

1.1. Nombres y apellidos del validador: Esther Huanay Vargas  
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente - P. Pedag.  
 1.3. Nombre del instrumento evaluado: PROPUESTA II ESTRATEGIA COGNITIVA-CONDUCTUAL  
 1.4. Autor del instrumento: A.I.C. SONIA CABREJOS SOIFER

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Criterios	Aspectos de validación del instrumento Indicadores	I	2	3	Observaciones Sugerencias
		D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>CONTEO TOTAL</b>					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total


Coefficiente de validez :  $\frac{A+B+C}{30} =$  1.0

Intervalos	Resultados
0.00 - 0.49	Validez nula
0.50 - 0.59	Validez muy baja
0.60 - 0.69	Validez baja
0.70 - 0.79	Validez aceptable
0.80 - 0.89	Validez buena
0.90 - 1.00	Validez muy buena

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL**

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez Muy Buena

  
 Mg. Esther Huanay Vargas  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. N° 2688

**ANEXO 4: Otros**

<b>NIT</b>	<b>3151 20</b>	19
------------	----------------	----

212

GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL "J.A.V." HOSPITAL I NAYLAMP DIRECCION  
13 DIC 2019

GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL "J.A.V." HOSPITAL I NAYLAMP TRÁMITE DOCUMENTARIO  
13 DIC 2019

HORA: 935 FOLIO: 01  
RECIBIDO: jrc

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA ESTUDIO DE INVESTIGACION**

**SR. DR. CARLOS COTRINA ROMERO**  
**DIRECTOR HOSPITAL I NAYLAMP-ESSALUD-CHICLAYO**  
PRESENTE.

Yo, Sonia Del Carmen Cabrejos Soifer, Licenciada en Psicología, con CPP N° 13550, identificada con DNI N° 16785471, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que estando cursando la Maestría en Psicología Clínica, y siendo requisito elaborar una Tesis de Investigación para obtener el título, solicito a Ud me autorice el permiso respectivo para poder desarrollar la tesis titulada "Estrategia Cognitiva Conductual para mejorar la calidad de vida en las pacientes con Migraña del Hospital I Naylamp-Essalud-Chiclayo", con el objetivo de proponer dicha estrategia a la institución.

Por lo expuesto, ruego a Ud acceder a mi solicitud.

Chiclayo, 13 de Diciembre del 2019.

*Sonia C. S.*

SONIA DEL CARMEN CABREJOS SOIFER

CPP N° 13550

DNI N° 16785471

Chiclayo, 20 de setiembre del 2019



*“Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud”*

CARTA DE ACEPTACION PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION  
POR LA JEFATURA MEDICO-QUIRURGICA

GERENTE DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE

De mi consideración:

El Jefe del Servicio Médico-Quirúrgico del Hospital I Naylamp de la Red Asistencial Lambayeque, donde se ejecutara el estudio titulado “Estrategia Cognitiva Conductual para mejorar la Calidad de Vida de las Pacientes con Migraña”, cuya investigadora principal responsable es: Sonia del Carmen Cabrejos Soifer, tiene el agrado de dirigirse a Ud. para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el área de Psicología.

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente

  
Dr. Manuel J. Vega Algalobo  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 31314  
 HOSPITAL I NAYLAMP  
GRALA - JAY

Chiclayo, 20 de setiembre del 2019

## Descripción de las Sesiones

### Sesión 01: Psicoeducación

#### Objetivo:

Dar información general sobre la migraña y su cronicidad y explicar el proceso cognitivo conductual y la estrategia.

#### -Dinámica.

"Pásame la bola": todo el grupo se sienta en sillas formando un círculo. La persona que tenga el balón en las manos comienza presentándose (nombre, lugar de nacimiento- y aficiones), al terminar le pasará la pelota a otra persona que realizará la misma acción. La dinámica finaliza cuando se haya presentado la última persona del grupo.

Materiales: pelota.

#### Desarrollo del tema:

La facilitadora entrega los papelotes a los grupos formados con la finalidad de escribir lo que a través de la lluvia de ideas llegaron a concretar sobre el tema a tratar e inmediatamente se procede a explicar:

La migraña es un trastorno de cefalea crónica que se caracteriza por ataques recurrentes que duran de 4 a 72 horas, de calidad pulsante, intensidad moderada o grave, agravada por la actividad física de rutina y asociada con náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia.

El dolor crónico es un dolor persistente que desmejora la vida del individuo y para el cual no es suficiente la medicina, así mismo parece estar influenciado por aspectos cognitivos y conductuales de la persona. Su duración es de mínimo 6 meses aprox. A largo tiempo, la enfermedad puede alterar la calidad de vida y la percepción sobre la propia salud de cada paciente.

La psicología estudia el dolor, particularmente el crónico, la cual se basa en estrategias dirigidas al control de factores actuales de mantenimiento del problema. El proceso cognitivo conductual se va dando a medida que el individuo evalúa su propio comportamiento o el de otros como problemático. Todos los individuos desarrollan a lo largo de su existencia aprendizajes que se integran a sus vidas y que pueden ser funcionales o disfuncionales.

La cantidad de estresores está influenciada por la situación de vida actual; el impacto de los estresores físicos o psicológicos está influenciado por la capacidad del individuo para

manejar estresores o gatillantes. El rol de los estresores y su manejo en la patogénesis de migraña da al paciente una buena razón para fortalecer su capacidad de lidiar con este.

Las intervenciones cognitivas-conductuales están planteadas para impulsar al paciente a identificar y cambiar respuestas mal ajustadas que pueden desencadenar o aumentar la migraña, así como también aprender habilidades de afrontamiento con el objetivo de lograr adecuados resultados sobre el dolor y sus aspectos funcionales mejorando de esta manera su percepción sobre su propia salud (CV).

Una vez concluida la exposición se procede a una plenaria (debate).

Fase Final:

Se les pide que reflexionen sobre sus propias situaciones de vida y sus capacidades de manejo de estresores.

Evaluación

Preguntas	SI	NO
¿Se sintió bien atendida por el profesional?		
¿Tuvo oportunidad de plantear su problema, se sintió escuchada?		
¿Siente que pudo participar haciendo preguntas, aclarando sus dudas?		
¿Recomendaría a otras personas los consejos aquí discutidos?		



<b>Migraña y cronicidad</b>	<b>Proceso cognitivo conductual</b>	<b>Estrategia cognitiva conductual</b>
<p>La migraña es un trastorno de cefalea crónica que se caracteriza por ataques recurrentes que duran de 4 a 72 horas, de calidad pulsante, intensidad moderada o grave, agravada por la actividad física de rutina y asociada con náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia.</p> <p>El dolor crónico es un dolor persistente que desmejora la vida del individuo y para el cual no es suficiente la medicina, así mismo parece estar influenciado por aspectos cognitivos y conductuales de la persona. Su duración es de mínimo 6 meses aprox. A largo tiempo, la enfermedad puede alterar la calidad de vida y la percepción sobre la propia salud de cada paciente.</p>	<p>La psicología estudia el dolor, particularmente el crónico, la cual se basa en estrategias dirigidas al control de factores actuales de mantenimiento del problema. El proceso cognitivo conductual se va dando a medida que el individuo evalúa su propio comportamiento o el de otros como problemático. Todos los individuos desarrollan a lo largo de su existencia aprendizajes que se integran a sus vidas y que pueden ser funcionales o disfuncionales.</p> <p>La cantidad de estresores está influenciada por la situación de vida actual; el impacto de los estresores físicos o psicológicos está influenciado por la capacidad del individuo para manejar estresores o gatillantes. El rol de los estresores y su manejo en la patogénesis de migraña da al paciente una buena razón para fortalecer su capacidad de lidiar con este.</p>	<p>Las intervenciones cognitivas-conductuales están planteadas para impulsar al paciente a identificar y cambiar respuestas mal ajustadas que pueden desencadenar o aumentar la migraña, así como también aprender habilidades de afrontamiento con el objetivo de lograr adecuados resultados sobre el dolor y sus aspectos funcionales mejorando de esta manera su percepción sobre su propia salud (CV).</p> <div data-bbox="970 792 1361 965"> </div>



## **Sesión 02: Psicoeducación**

Objetivo:

Brindar información sobre la Ansiedad y la Depresión (factores comórbidos)

Desarrollo del tema:

La facilitadora da a conocer el objetivo de la sesión y su duración. Seguidamente se les entrega una tarjeta a cada una, escritas con puntos relacionados al tema a tratar, para luego formar los grupos con aquellas que tienen el mismo punto eligiendo un líder por cada grupo para que exponga.

Una vez recogida las opiniones de las participantes, se procede a explicar:

La ansiedad es una respuesta normal a situaciones que ponen en peligro la vida, y es la emoción más común, que está presente de diferentes formas durante toda nuestra existencia. Se manifiesta cuando la persona se enfrenta a una amenaza aún no definida, caracterizada por la sensación subjetiva de anticipación, temor o aprehensión, o por una sensación de desastre inminente asociada con diferentes grados de excitación y reactividad autónomas.

La ansiedad conlleva a problemas conductuales (conductas de evitación, paralización motora, hiperactividad, etc.) así como también es participe de trastornos fisiológicos (palpitaciones, tensión arterial elevada, sensación de sofoco, diarreas, vómitos, cefaleas, mareos, etc.) y afectivos (inseguridad, miedo, aprehensión, pensamientos negativos, indecisión, anticipación de peligro, pérdida de control, etc.)

La depresión es un desorden afectivo, el cual se refiere a los pensamientos negativos que la persona tiene sobre sí mismo, del medio que la rodea y sobre su futuro. Se percibe como no capaz, despreciada; interpretando de forma errónea su realidad, viendo su entorno en términos dañados, cree que en el futuro solo fracasara, frustrándose por no poder hacer nada para cambiarlo.

Los indicadores de la depresión son la tristeza, pesimismo, fracaso, displacer, sentimiento de culpa, castigo, críticas hacia sí mismo, ideas suicidas o pensamientos, cambios en el sueño y en el apetito, disminución de la libido, etc. Los cuales deben estar presentes como mínimo 2 semanas consecutivas.

La migraña puede también estar asociada a estas alteraciones propias de la comorbilidad que contribuyen en gran medida al impacto de la misma.

Las investigaciones actuales señalan que la migraña y los trastornos psicopatológicos son entidades clínicas que comparten algunas bases pato-fisiológicas, con una causalidad de mutua vulnerabilidad entre ellas, en el cual los factores psicológicos (tales como los acontecimientos estresantes de la vida) y los factores biológicos, interactuarían mutuamente y uno facilitaría el inicio del otro. Así pues, esta sensibilidad a la ansiedad y a la depresión puede desencadenar, mantener y cronificar el dolor de cabeza afectando su calidad de vida (percepción sobre su propia salud).

## QUE ES LA ANSIEDAD, SINTOMATOLOGIA

## QUE ES LA DEPRESION, SINTOMATOLOGIA

Fase Final:

Evaluación

Preguntas	SI	NO
¿Se sintió bien atendida por el profesional?		
¿Piensa que la información dada fue clara y precisa?		
¿Siente que pudo participar haciendo preguntas, aclarando sus dudas?		
¿Recomendaría a otras personas los consejos aquí discutidos?		



### **Sesión 03: Relajación Autógena**

Objetivo:

Entrenar en ejercicios de relajación autógena para que disminuyan la activación fisiológica y la ansiedad asociada.

Desarrollo de la sesión:

La facilitadora da una breve explicación sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión. Posteriormente se les indica los pasos a seguir de la relajación:

Empezar acostándose sobre la colchoneta en el suelo, estirando todo el cuerpo a una distancia adecuada entre cada colchoneta. La cabeza y antebrazos deben estar apoyados en el suelo, así como también colocar las manos al lado de cada pierna y mantenerlas separadas, diciéndose mentalmente “estoy completamente tranquila”. A continuación:

Repetir 6 veces la frase: “El brazo derecho es muy pesado”, Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "El brazo derecho está muy caliente", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "La pierna derecha es muy pesada", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "La pierna derecha está muy caliente", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "El pulso es tranquilo y regular", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Se les pide que coloquen la mano sobre su corazón y: Repetir 6 veces la frase: “Mi corazón late fuerte y tranquilo”

Repetir 6 veces la frase: "Respiración muy tranquila", Repetir 1 vez la frase: "Estoy respirando"

Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "El plexus solar es como una corriente de calor", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila"

Repetir 6 veces la frase: "La frente está agradablemente fresca", Repetir 1 vez la frase: "Estoy muy tranquila", “Mi mente está clara”

Finalizar el ejercicio: Inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate con lentitud.



Fase Final: Tarea para casa

Evaluación

Preguntas	Respuestas
¿Cómo se sintió antes y después del ejercicio?	
¿Tuvo dificultades?	
¿Considera que este ejercicio la ayudo?	

### AUTOREGISTRO

Fecha	Hora	Tiempo Total	Posición	Al Empezar (0-10)	Al Terminar (0-10)

### Sesión 04 “Relajación Progresiva Muscular”, Parte I

Objetivo:

Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones, diferenciando entre la tensión y relajación de los músculos (cabeza, cuello y miembros superiores del cuerpo).

Desarrollo de la sesión:

La facilitadora dará las pautas sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión. Es necesario adiestrar a las pacientes en ejercicios de respiración e inspiración previas a la relajación muscular. A continuación:

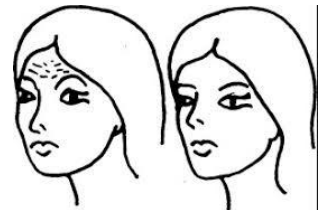
### **(MÚSCULOS: CABEZA, CUELLO Y MIEMBROS SUPERIORES)**

Sentados sobre las sillas o colchonetas lo más cómodamente posible, cierran los ojos y traten de identificar donde sienten mayor tensión, para ello deberán; tensar los músculos lo más que puedan, notar la sensación de tensión y luego de 5 segundos relajar, pudiendo sentir la agradable sensación de relajar esos músculos. Luego se procederá:

### **RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA CARA**

Vamos a arrugar la frente durante unos segundos y relajar lentamente.

Cerramos los ojos apretándolos fuertemente. Debemos sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos.



Arrugamos la nariz unos segundos y relajamos lentamente.

Se prosigue con la boca, imitamos sonreír ampliamente y luego relajamos lentamente.

Presionamos la lengua contra el paladar y relajamos lentamente.

Presionamos los dientes considerando tensionar los músculos laterales de la cara y en las sienes y relajamos lentamente.

Finalmente, arrugamos los labios haciendo la mueca de dar un beso y relajamos lentamente.

### **RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL CUELLO:**

Flexionamos el cuello y nuca hacia atrás, y luego volvemos a la posición inicial. (3 veces)

Flexionamos el cuello y nuca hacia adelante, y se vuelve a la posición inicial lentamente (3 veces cada uno)

### **SE RELAJARAN LOS MÚSCULOS DE LOS HOMBROS:**

Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente (3 veces)

### **RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE BRAZOS Y MANOS:**

Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Transcurrido los segundos, relajar lentamente (3 veces)

Seguidamente se han de revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.

Fase Final: Tarea para casa.

Evaluación

Preguntas	Respuestas
¿Cómo se sentía antes de la relajación?	
¿Cómo se siente ahora, después de la relajación?	
¿En qué situaciones podría aplicar lo aprendido?	

### AUTOREGISTRO

Fecha	Hora	Experiencia de Relajación	Nivel de tensión(0-10) Antes	Nivel de tensión(0-10) Después

### **Sesión 05 “Relajación Progresiva Muscular”, Parte II**

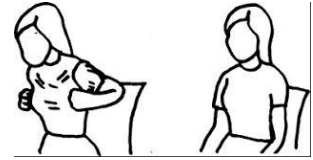
Objetivo:

Aprender a relajarse para manejar el estrés ante diferentes situaciones y Diferenciar entre la tensión y relajación de los músculos del tórax, pelvis y miembros inferiores (glúteos, muslos, piernas y pies).

Fase de Desarrollo: La facilitadora dará las pautas sobre lo que se va a realizar, lo que se quiere lograr y la duración de la sesión, así mismo mencionara que deberán usar las sillas para realizar los pasos de la relajación a continuación:

### **RELAJACIÓN DE MÚSCULOS DEL TÓRAX Y ABDOMEN**

Colocar los brazos en forma de cruz levantarlos por encima de la cabeza, llevarlos hacia atrás, luego cerrar los puños y llevar los codos hacia atrás, generando tensión que es notada en la parte inferior de la espalda y los hombros. Luego de unos segundos soltar lentamente ente los músculos, (repetir 3 veces).



Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Percibir la sensación de tensión en el pecho, luego de varios segundos espirar lentamente (repetir 3 veces)

Tensar el estómago haciendo fuerza en la parte inferior y superior del mismo durante 4 segundos y relajar lentamente (repetir 3 veces)

Tensar las nalgas y muslos, para ello, deben elevar trasero a unos centímetros de la silla, sentir las sensación de tensión y luego de la relajación (3 veces)

### **RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LAS PIERNAS**

Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Luego de unos segundos, relajar lentamente (repetir 3 veces)

Seguidamente se han de revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo.

Se pedirá que las participantes, se pongan de pie y mantengan la cabeza recta sobre los hombros.

Tensar todo su cuerpo, apretar las manos a ambos lados del cuerpo, “introducir” los músculos del estómago hacia dentro y tensar los muslos, nalgas, rodillas, etc.

Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo note la diferencia entre tensión y relajación de todo el cuerpo.

Finalmente, la facilitadora solicitara a las participantes que piensen en una escena placentera o conservar la mente en blanco.

Fase Final: Tarea para casa

Evaluación.

Preguntas	Respuestas
¿Cómo se sentía antes de la relajación?	
¿Cómo se siente ahora, después de la relajación?	
¿En qué situaciones podría aplicar lo aprendido?	

### AUTOREGISTRO

Fecha	Hora	Experiencia de Relajación	Nivel de tensión(0-10) Antes	Nivel de tensión(0-10)Después

#### **Sesión 06: “Reestructuración cognitiva, Identificación de los acontecimientos activadores y creencias irracionales”**

Objetivo:

Entrenar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva para que aprendan a reconocer los acontecimientos activadores (A) que van acompañados de creencias irracionales (B) y cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales.

Fase de Desarrollo: La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, brindando información concreta del tema, ejemplificando, así como lo que se quiere lograr y la duración de la misma.

Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. En otras palabras “A” son los acontecimientos

activadores a los que respondemos, “C” la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y “B” las creencias que tenemos sobre “A” que son las que explican en mayor medida nuestra respuesta “C”, siendo, “B” el mediador fundamental entre “A” y “C”. Existe una constante interacción entre A, B y C.

### **EJEMPLIFICACIÓN:**

Un dolor de cabeza migrañoso (A) puede producir consecuencias negativas(C), como irritabilidad, sentimientos de inutilidad, autoderrota, ansiedad, imposibilidad de disfrutar, de hacer ejercicio, etc. Y generar “creencias irracionales” (B) del tipo “nunca podre ser completamente feliz”, “debo tener algo malo en mi cabeza”, “no puedo hacer nada”, “puedo perder el trabajo”, etc. Las consecuencias derivadas de A (sentimientos de frustración, depresión, ansiedad) pueden a su vez influir, igualmente, en la activación o creación de creencias irracionales (B), por ejemplo, del tipo: “me siento fatal, no puedo soportarlo”, “esto es tan horrible que nunca lo superare”, etc., que a su vez pueden influir nuevamente en C incrementando la sensación de malestar y convirtiendo la valoración realizada sobre el estado emocional en una nueva consecuencia (C) de mayor intensidad.

Fase Final: Tarea para casa

Evaluación.

Preguntas	Respuestas
¿Cómo se ha sentido durante la sesión?	
¿Qué aprendió de la técnica?	
¿Considera que es importante ponerla en práctica, Por qué?	

## AUTOREGISTRO

Fecha	Acontecimiento Activador (A)	Creencia Irracional (B)	Consecuencia emocional y/o conductual (C)

### **Sesión 07: “Reestructuración Cognitiva y cuestionamiento socrático”.**

Objetivo:

Adiestrar a las pacientes en la técnica de reestructuración cognitiva, (cuestionamiento socrático) para identificar, analizar y confrontar las creencias irracionales con respecto a su salud, así como disminuir los estados emocionales (depresión, ansiedad).

Desarrollo de la sesión: La facilitadora explicara brevemente de lo que trata la sesión, lo que se quiere lograr y la duración, para lo cual previamente se les informara sobre el papel que juegan las distorsiones, como funcionan y su influencia en los estados emocionales.

Ejemplificación.

Seguidamente, se les entregará una hoja de trabajo, que contiene un cuadro con siete columnas vacías en las cuales las participantes escribirán dos creencias irracionales y se pide que ante cada una de las que se haya activado en la situación concreta señalada, establezca un debate desafiándola y sustituyéndola por una más racional. Al terminar de llenar el cuadro, la facilitadora, pedirá que las participantes compartan una de las situaciones con el grupo. Luego se les mencionara de manera concreta lo beneficioso que es el poder reestructurar los pensamientos irracionales.

### **Ejemplificación:**

Veamos un ejemplo de reestructuración cognitiva en un momento de ansiedad anticipatoria, al pensar en exponerse a una situación en que el paciente teme sufrir una crisis:



- 1- Detectar los pensamientos que le crean ansiedad. Ej., “me va a dar una crisis de migraña”
- 2- Traducirlos a su esencia (buscar el pensamiento más catastrofista): Ejemplo: “Puedo tener un aneurisma cerebral, un tumor cerebral maligno y morir”
- 3- Evaluar el grado de creencia en el pensamiento más catastrofista, ej., 80%
- 4- Buscar argumentos y pruebas para creerlo. Ej.: “en las crisis de migraña experimento dolor intenso de cabeza y cuando se sufre de aneurisma y de tumores también”; “la última vez el dolor fue tan intenso que de seguro es muy peligroso volver a experimentarlo”; “aunque los médicos me han dicho que no tengo nada en mi cabeza, pueden equivocarse”
- 5- Buscar argumentos y pruebas en contra de esa creencia catastrofista. Ejs.: “los síntomas de aneurisma o tumor cerebral no desaparecen cuando te distraes y mis sensaciones sí”; “los médicos pueden equivocarse, pero ya me han visto tres, y además me han hecho exámenes para descartarlo”; “si fuese un problema orgánico cerebral grave, no habría pasado tanto tiempo sin ocurrirme nada, aparte del miedo”
- 6- Evaluar la utilidad de mantener la creencia catastrofista: Ej., “solo me sirve para pasarla mal y ponerme nerviosa”
- 7- Interpretación alternativa, racional y no catastrofista: Ej., “es sólo ansiedad”.
- 8- Buscar pruebas a favor de 7. Ejs: “He recibido información y he leído que el dolor se desencadena e intensifica con la ansiedad y yo estaba nerviosa cuando he empezado a sentirlo”; “He notado también que cuando estoy estresada el dolor aparece con mayor frecuencia”; “Mis síntomas encajan perfectamente con lo que he leído acerca del pánico”
- 9- Grado de creencia en la alternativa racional. Ej., 60%

Fase Final: Tarea para casa

Evaluación

Preguntas	Respuestas
¿Cómo se sintió en el desarrollo de la sesión?	
¿Qué aprendió sobre la técnica abordada?	
¿Considera que puede ser de ayuda para su salud?	



## **Sesión 08 “Detención del pensamiento y autocontrol”.**

Objetivo:

Ejercitar en la técnica de detención del pensamiento y autocontrol, para disminuir el estrés.

Desarrollo de la sesión: La facilitadora dará una breve explicación sobre el tema, lo que se quiere lograr y duración de la sesión.

A continuación, se les solicitará a las participantes que se sienten en las sillas cómodamente formando una media luna, que mantengan los ojos cerrados sin tensarlos y se concentren para así detectar los pensamientos “rumiatorios” o perturbadores; a la vez se les informará que la campana sonará luego de dos minutos como un aviso para detener el pensamiento perturbador, diciendo con un tono de voz fuerte ¡BASTA! Una vez hallado ese pensamiento le prestarán mayor atención.

### **EJEMPLIFICACIÓN:**

Un pensamiento perturbador podría ser “Nunca desaparecerá este dolor, no podré hacer nada”, dado que las participantes son pacientes con migraña están continuamente con dolor intenso y con miedo a sufrirlo en cualquier momento inesperado. A continuación, se pedirá que imaginen una situación donde aparece el pensamiento perturbador, dicha imaginación tendrá que ser lo más detallada posible, pero a la vez expresarán también pensamientos no perturbadores de forma alternada. Tomando como ejemplo el pensamiento “Nunca desaparecerá este dolor, no podré hacer nada”, se puede presentar en situaciones como: ante una invitación familiar, social o laboral, ante una consulta con el médico, etc. motivando que el pensamiento rumiador se incremente en su mente. Entonces al escuchar la “campana” deberán decir con tono de voz fuerte ¡BASTA!, e inmediatamente dejar ir el pensamiento perturbador, e intentar conservar un pensamiento sano como por ejemplo: “En este momento puedo hacer cosas que me agraden”, “Mis hijos me dicen que les enseñe muchas cosas”, “Sé que ahora existen tratamientos no farmacológicos que pueden ayudar”, “No todo es dolor”, etc. A continuación se les pide que dejen la mente en blanco; sin embargo si apareciera nuevamente debe decir otra vez en voz alta ¡Basta!

Posteriormente, se pedirá a las participantes que tengan un elástico puesto como una pulsera en la muñeca y que otra vez capten el pensamiento perturbador. Luego de dos minutos, para interrumpir el pensamiento perturbador, escucharán la orden “Basta” y jalarán el elástico para soltarlo, como un reforzador negativo. Después, sin el apoyo de la campana, ni la orden, ni el elástico, las participantes podrán ser capaces de controlar el pensamiento perturbador

solo con la orden mental; es decir una vez insertado el pensamiento negativo y al cabo de dos minutos deben de “gritar” mentalmente ¡Basta!, y lograr apartar el pensamiento insano. Para terminar se repartirá unas hojas a las participantes, donde anotaran los pensamientos positivos que reemplacen el pensamiento perturbador y cada vez que aparezcan puedan autoayudarse repitiendo estos pensamientos sanos; por ejemplo si el pensamiento perturbador es; “Es triste que gracias a una migraña tenga que cancelar todo”, podrían elegirse pensamientos como “No soy la única que pasa por esto”, “Sé que puedo lograr manejarlo, si trabajo en ello”. Es relevante que los pensamientos sean creados por ellas mismas.

Fase Final: Tarea para casa

Evaluación.

Preguntas	Respuestas
¿Cuál es su opinión de la sesión?	
¿Qué aprendió sobre la técnica abordada?	
¿Considera que puede aplicarla a su realidad?	

### LISTADO

<b>Pensamiento Perturbador</b>	<b>Pensamiento Positivo (reemplazo)</b>

### **Sesión 09 “Entrenamiento en Solución de Problemas”**

Objetivo:

Entrenar a las participantes en habilidades de solución de problemas para disminuir la psicopatología (ansiedad, depresión), mejorando el funcionamiento psicológico y conductual y la calidad de vida.


Desarrollo de la sesión: La facilitadora dará una breve explicación sobre la sesión, lo que se quiere lograr y duración.


Este entrenamiento consiste en dotar a las personas de habilidades para solucionar problemas de una forma eficaz. Para ello es importante seguir las siguientes fases: -Orientación hacia el, problema: -Definición y formulación, Naturaleza del problema, aceptar la situación, - Generación de alternativas de solución, y -Toma de decisiones (se analiza cada alternativa anticipando las consecuencias positivas y negativas. Además del análisis coste-beneficio, es relevante tener en cuenta aspectos subjetivos, perceptivos, religiosos, etc. y proceder a elegir la solución que más se ajuste a sus posibilidades), e -Implementación de la solución y verificación (se planifica la puesta en marcha de la solución, estableciendo los pasos y recursos necesarios para cada uno de ellos: ejecución, auto-observación, auto-evaluación y auto-reforzamiento)


A continuación se realizara una dinámica llamada “Los seis sombreros para pensar”, para lo cual se le dará a cada participante una tarjeta con el dibujo y color del sombrero para luego formar grupos de 6 con aquellas que tienen el mismo color de sombrero y proceder a trabajar lo que dice cada color, al terminar cada grupo expondrá sus respuestas y enseguida aplaudirán y se darán un abrazo entre todas. Se iniciara con problemas simples:


Ejemplificación:


Problema: María desea realmente asistir al cumpleaños de su hermana.


	BLANCO (Información relevante sobre el problema) ¿Qué información, datos necesitaríamos? 1-Deseo asistir al cumpleaños de mi hermana. 2- No voy porque tengo miedo que vaya a darme una crisis. 3- Si voy no podre bailar o tomar alguna bebida.
---	--

	ROJO (intuición, sensaciones, corazonadas...) ¿Cómo nos sentimos ante este nuevo reto? 1- María se siente preocupada, pero sabe que lo puede lograr.(reto) 2- María experimenta aprehensión, ansiedad. 3- María experimenta desanimado, busca justificación para no asumir retos.
---	--

	<p>AMARILLO (optimismo, lógica positiva) ¿Cuáles son los aspectos positivos? ¿Cuáles serán los beneficios?</p> <p>1- De ir María se sentirá bien consigo misma por haber asumido dicho reto.</p> <p>2- María otra vez caerá en un círculo vicioso, anticipándose a tener otra crisis.</p> <p>3- María opta por evadir y visualizar el problema de forma negativa.</p>
---	---

	<p>VERDE (creatividad, diferentes ideas, alternativas, distintas vías, propuestas...)</p> <p>1- Asistir al cumpleaños y disfrutar un poco por un tiempo corto.</p> <p>2- Optar por focalizar la atención en la crisis.</p> <p>3- Preferir quedarme en casa.</p>
---	---

	<p>NEGRO (Precaución, juicio, valoración, lógica, evidencia, consecuencias, debilidades...) ¿Creemos que funcionará?</p> <p>1- De asistir María, aprenderá a ejercer control sobre el dolor desviando su atención (reto) y de presentarse el dolor, aplicar sus recursos de afrontamiento (respiración, relajación, pensamientos sanos, etc.) y retornar a casa.</p> <p>2- De anticiparse a la crisis se incrementara la posibilidad que ocurra otra vez.</p> <p>3- De quedarse en casa, reforzara la conducta evitativa y visión negativa de los problemas.</p>
---	--

	<p>AZUL (tomar decisiones; llegar a conclusiones)</p> <p>1- María opta por la número 1, ya que es la decisión más acertada por sus consecuencias, siendo de esa forma capaz de asumir nuevos retos desde los más simples a los más complejos, y no dejar que el dolor gobierne su vida.</p>
---	---

Fase Final: Tarea para casa

Evaluación.

Preguntas	Respuestas
¿Cuál es su opinión de la sesión?	
¿Qué pudo aprender de la sesión?	
¿Qué emociones experimento en el desarrollo de la misma?	

REGISTRO DE SOLUCION DE PROBLEMAS						
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA (Fecha)	ANALISIS DEL PROBLEMA		EVALUACION	SELECCION DE LA MEJOR	ANALIZO LA DECISION TOMADA	
	Busco informacion	Identifico alternativas	Pienso en consecuencias y resultados	Escojo la alternativa de mejores resultados	¿Estoy contento con ella?	¿Qué he aprendido?

### Sesión 10 “Cierre”

Objetivo:

Evaluar a las participantes aplicando el pos test.

Desarrollo de la sesión: Después de haber terminado la actividad inicial se realizara la dinámica: «Arbolito de navidad», formando dos grupos:

Se dibuja anticipadamente en un papelote sobre la pared del ambiente un Arbolito de Navidad, luego se les solicita a las participantes que elaboren, con las hojas de papel que se les entrega, esferas de Navidad para pegarlas en el Arbolito; así mismo, se les indica que en la «esfera» escriban el nombre y un pensamiento positivo para una de sus compañeras. Posteriormente se les pide que repitan esto con cuántas compañeras quieran hacerlo. Las participantes elaboran sus esferas y las pegan en el Arbolito. Asimismo deberán tomar del arbolito las esferas dirigidas a ellas para luego leer los pensamientos que les escribieron.

Enseguida la facilitadora les preguntara si les gusto la dinámica y como se sintieron, terminando con un abrazo entre todas.

Seguidamente se les aplicara los pos test(los mismos del pre test).

Fase Final: Se les pide que reflexionen sobre lo que han aprendido, es importante que formulen sus propias metas a largo plazo para los cambios cognitivos conductuales y así reducir el dolor de la migraña y mejorar la calidad de vida (percepción sobre su propia salud), como también disminuir los niveles de ansiedad y de depresión.

Se les felicita y agradece a todas las participantes por haber cooperado con la investigación realizada.

Se recomienda realizar sesiones de seguimiento (02), para ver efectividad a largo plazo.