



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

8
2 ef

COMPARACION DE INDICES DE DEPRESION
ENTRE DOS POBLACIONES: UNA CON DOLOR
DE CABEZA CRONICO Y UNA SIN DOLOR

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
RAMOS DEL RIO BERTHA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Prefacio	iii
I. CEFALEA O DOLOR DE CABEZA CRONICO	1
A. Definición y clasificación de la cefalea crónica	3
B. Epidemiología	5
C. Aproximaciones teóricas	7
D. Aproximaciones terapéuticas	10
1. Tratamiento médico	10
2. Entrenamiento en relajación	11
3. Retroalimentación biológica	11
4. Psicoterapias	13
II. DEPRESION Y DOLOR DE CABEZA CRONICO	15
A. Depresión y trastornos psicósomáticos	15
1. Trastornos del sueño	19
2. Trastornos gastrointestinales	20
3. Trastornos genitourinarios	20
4. Trastornos sexuales	20
5. Trastornos cardiorrespiratorios y cardiovasculares	20
6. Trastornos sensoriomotores	20
7. Trastornos de tipo cutáneo	20
8. Algas (dolores)	20
9. Trastornos del sistema inmunitario (cáncer)	21
B. Dolor crónico y depresión	22
1. Prevalencia de depresión en pacientes con y sin dolor crónico	24
2. Prevalencia de dolor crónico en pacientes con depresión	29
3. Relación temporal entre el inicio del dolor y la depresión	32
4. Empleo de medicamentos antidepressivos en el tratamiento del dolor crónico	34
5. Características clínicas y psicológicas que comparten los pacientes deprimidos y los pacientes con dolor crónico	35
C. Modelos teóricos de la relación entre la depresión y el dolor crónico	36
1. Modelo biológico	36

2. Modelo psicodinámico	38
3. Modelo conductual	39
4. Modelo cognitivo	41
D. Consideraciones teórico-metodológicas en el estudio de la relación depresión y dolor crónico	46
1. Sujetos	46
2. Grupos control	48
3. Confusión nosológica	48
4. Problemas psicométricos en la medición o evaluación de la depresión en el dolor crónico	49
Planteamiento del problema y propósito del estudio	53
III. METODO	55
Sujetos	55
Materiales	56
Escenario	56
Diseño	56
Procedimiento	56
Resultados	59
IV. DISCUSION	70
V. REFERENCIAS	77
VI. ANEXOS	89

**COMPARACION DE INDICES DE DEPRESION ENTRE DOS POBLACIONES:
UNA CON DOLOR DE CABEZA CRONICO Y UNA SIN DOLOR.**

Ramos del Río Bertha.

*Escuela Nacional de Estudios Profesionales
"Zaragoza"
U. N. A. M.*

Asesor: Lic. Mario E. Rojas Russell.

R E S U M E N

Se compararon los niveles de depresión a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y la escala 2 del MMPI en dos grupos. El grupo 1 (G₁) estuvo formado por 20 pacientes con dolor de cabeza crónico no psiquiátricos y el grupo 2 (G₂) por 20 sujetos sin dolor crónico. También se determinaron las relaciones que guardaban los diferentes parámetros del dolor de cabeza con los índices de depresión.

Los resultados indicaron una diferencia significativa (p. <0.05) sólo en los puntajes de depresión del IDB, y no en el MMPI, entre ambos grupos, pero ninguna relación entre ellos y los parámetros del dolor de cabeza. Sin embargo, un análisis minucioso de la historia clínica de los sujetos mostró diferencias sustanciales entre los estilos de vida entre uno y otro grupo. Se discute la imposibilidad de sostener una relación causal entre la depresión y el dolor de cabeza y se destaca la relevancia del estilo de vida como mediador de ambas entidades.

P R E F A C I O

El presente trabajo se desprende de un proyecto de investigación general titulado *Evaluación Integral y Tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico* (Palacios y Rojas, 1986) desarrollado por el grupo Psicología de la Salud, de la Sección de Psicología Clínica de la E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M. Dentro del cual se intenta abordar a los trastornos psicossomáticos o psicofisiológicos (*v.gr.* cefalea) desde una perspectiva multifactorial. De esta manera, el trabajo que ahora se presenta tiene como objetivo abordar el problema de la relación entre la Cefalea o Dolor de Cabeza Crónico y la Depresión.

Por su incidencia y prevalecencia, los dolores de cabeza constituyen un importante problema de salud en todo el mundo. En Estados Unidos por ejemplo, de 86 millones de americanos que padecen de alguna forma de dolor crónico 35 millones padecen de *cefaleas crónicas* (Bonica, 1980). Las cuales han sido consideradas dentro de los 14 problemas principales por los que se solicita atención médica (De Lozier y Gagnon, 1975).

La mayoría de los casos reportados como cefaleas o dolor de cabeza crónico no muestran signos o datos de alteraciones orgánicas que puedan ser la causa directa del dolor. Ante esto, se considera que las cefaleas crónicas poseen, fundamentalmente, una etiología de naturaleza psicológica, es decir, la forma particular de interacción que establece el individuo con su medio ambiente (Palacios y Rojas, 1986).

De esta manera, uno de los factores psicológicos que con

mayor frecuencia se ha relacionado al dolor crónico, en particular las cefaleas, es la *Depresión* (Romano y Turner, 1985; Roy, Thomas y Matas, 1984). La cual se ha observado en un 70% de los pacientes con dolor de cabeza crónico (Martin, 1973).

Dada esta frecuencia de depresión en pacientes con dolor crónico, diversos autores han intentado esclarecer la posible relación que existe entre estas dos entidades (Blanchard y Andrasik, 1982; Gershon, 1986; Lindsay, 1985; Romano y Turner, 1985).

Desafortunadamente, no ha sido posible esclarecer tal relación, debido a las diversas discrepancias entre los resultados reportados y algunos problemas teórico-metodológicos en los que ha incurrido la investigación en esta línea (v. gr. ausencia de grupos control contra los cuales comparar a los pacientes cefaléicos, empleo de muestras psiquiátricas, etc.).

De esta manera, el presente trabajo pretende abordar el problema de la relación entre la cefalea y la depresión, superando algunos de estos problemas metodológicos, a través de la comparación de los índices de depresión entre dos grupos de sujetos no psiquiátricos, uno con dolor de cabeza crónico y otro sin dolor crónico, empleando el Inventario de Depresión de Beck y la escala 2 del MMPI. Además, de establecer la relación entre la severidad de la cefalea y los índices de depresión.

Como marco para el estudio, el primer capítulo define y describe la importancia de la cefalea, y las diferentes aproximaciones teóricas y terapéuticas con las cuales ha sido abordada. El segundo capítulo, describe las diferentes maneras en

que ha sido estudiado el problema de la relación entre el dolor crónico, en particular la cefalea, y la depresión; además se describen los diferentes modelos teóricos con los cuales ha sido estudiada. Y, por último, se señalan diversas consideraciones teórico metodológicas en el estudio de la relación dolor crónico y depresión.

C A P I T U L O I

CEFALEA O DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Durante los últimos años se ha observado que el dolor crónico es uno de los problemas de salud de mayor prevalencia y dificultad terapéutica en la práctica médica general y psiquiátrica (Keefe, 1982; Romano y Turner, 1985); este dolor generalmente ha sido caracterizado por: 1) la ausencia de causas orgánicas que lo favorezcan; 2) un período de evolución de por lo menos seis meses; 3) afecta a una o más partes del cuerpo como cabeza, cuello, espalda y miembros; 4) con tendencia a ser continuo por largos periodos durante el día, con algunas fluctuaciones pero sin variaciones repentinas; 5) generalmente está relacionado a factores emocionales; 6) raramente despierta de su sueño al que lo padece, pero puede impedirle que duerma o aparecer el dolor después de que despierte; 7) dolor que en un 90% responde en forma negativa al tratamiento farmacológico y mejor a la terapia psicológica (Schoenmaker y Curazao, 1987).

En Estados Unidos una tercera parte de la población padece de dolor crónico del cual 50 millones se encuentran parcial o totalmente incapacitados por días, semanas y hasta años por causa del dolor (Wallis, 1984). Asimismo, se reporta que de 86 millones de americanos que padecen de alguna forma de dolor crónico 35 millones padecen cefaleas crónicas, 18 millones de dolor de espalda, 1 millón de dolor canceroso y millones más con otros tipos de dolor (Bonica, 1980).

Como se mencionó, el dolor crónico ha sido considerado como un reto o dificultad para la práctica médica dado que los tratamientos convencionales para aliviarlo han sido notoriamente poco efectivos, ocasionando así un alto costo tanto personal como social (Bonica, 1980; Keefe, 1982). Se sabe también que en la Unión Americana se invierten 60 millones de dólares por gastos de atención médica, incapacidades, hospitalización, medicamentos, compensaciones y disminución de la productividad por los días perdidos (Wallis, 1984). Por ejemplo, Medina y Diamond (1980) atendieron a 200 pacientes entre julio y agosto en una clínica de cefalea y encontraron que el 3% de los pacientes no trabajaba durante todo el año por causa de sus cefaleas, 63% perdió de 1 a 150 días de trabajo al año, 27% fue hospitalizado, un 1% perdió su empleo y un 21% lo perdería debido al ausentismo causado por el dolor (Gershon, 1986).

Por otro lado, una gran parte de la inversión económica en el dolor crónico lo constituye el elevado consumo y costo de medicamentos (analgésicos, sedantes, barbitúricos, etc.) empleados en su tratamiento, los cuales disminuyen el dolor temporalmente pero no lo alivian, además de que a largo plazo llegan a ser contraindicados debido a sus efectos secundarios, habituación, dependencia, etc. (Fordyce, 1973; Keefe, 1982, Rose y Bawel, 1979; Williamson, 1981).

Ahora bien, aunque en México se carece de datos epidemiológicos al respecto, Campuzano (1987) reporta que el dolor crónico acompaña a un 75% - 80% de los pacientes que acuden a la consulta médica general.

De los tipos de dolor crónico que con mayor frecuencia se reportan en la literatura se encuentran primeramente las cefaleas

o dolor de cabeza (50%), seguido del dolor de espalda (40%), el dolor de abdomen y el dolor de miembros (10%) (Ford, 1986; Krishnan, France y Houpt, 1985), y es precisamente el dolor de cabeza crónico uno de los principales puntos de interés en este trabajo.

A. Definición y clasificación de la cefalea crónica.

La cefalea se define como todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variable, de etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica entendidos éstos como la interacción del individuo con su medio ambiente. En el caso de las cefaleas crónicas son justamente estos últimos factores los que tienen mayor relevancia en su origen y mantenimiento ya que la participación de variables orgánicas parece ser prácticamente nula (Palacios y Rojas, 1986).

Ante la diversidad de manifestaciones y la no sistematización del trabajo que hasta años antes de la década de los 60's se venía desarrollando, en 1962 el National Institute of Neurological Disease and Blindness creó el *Comité Ad Hoc para la Clasificación de las Cefaleas* limitando 15 categorías de dolor de cabeza incluyendo cefaleas por contracción muscular, de tipo migrañoso, mixtas, sinusales y demás cefaleas resultantes de causas orgánicas (Friedman, 1962). En la actualidad esta clasificación sigue vigente en gran parte de la literatura que ha abordado el problema de la cefalea a pesar de las múltiples críticas a que ha sido sometida (Bakal, 1975; Phillips, 1978; Phillips y Hunter, 1981).

De esta manera, las cefaleas siguen siendo definidas

dependiendo de su semiología designando así a la *cefalea tensional* o por contracción muscular como:

Un dolor caracterizado por una sensación de tirantez, presión y contracción sostenida de los músculos de la cara, cuero cabelludo, cuello y hombros, lo que parece estar asociado a situaciones de estrés; dolor que se distribuye en forma bilateral en las regiones frontal, parietal y occipital, variable en frecuencia, duración e intensidad (Friedman, 1972).

Asimismo, la *cefalea migrañosa* se define como:

Un dolor de cabeza asociado a cambios vasomotores de las arterias craneales; variable en frecuencia, duración e intensidad; comúnmente acompañado por náusea, vómito y síntomas prodromales que anuncian la aparición del dolor; su localización generalmente es unilateral; este tipo de cefalea se distingue entre otras cosas de la tensional por ser extraordinariamente dolorosa llegando a ser incapacitante para el que la sufre (Friedman, 1972).

En la actualidad ambas definiciones carecen de una amplia aceptación ya que han mostrado ser insuficientes para establecer diagnósticos diferenciales a partir de los diversos síntomas reportados por los pacientes (Martin y Mayhews, 1978; Philips, 1978). Del mismo modo, las mediciones fisiológicas de los cefaléicos (como temperatura y actividad electromiográfica) no han mostrado diferencias significativas (Pearse y Morley, 1981) mientras que otros sí lo han logrado (Cohen, Williamson, Monquillot, Hutchison, Gottlieb y Waters, 1983). Ante esta problemática, Bakal (1975) propone un modelo psicofisiológico en el cual las cefaleas tensional y migrañosa son los extremos de un *continuum* donde las diferencias entre ambas son de tipo cuantitativo más que cualitativo. Es decir, su diferencia radica

más en la severidad de los síntomas y el período de evolución que en los síntomas mismos (Palacios y Rojas, 1986).

B. Epidemiología.

La cefalea o dolor de cabeza es tan común entre la población general que sería difícil encontrar sujetos que nunca la hayan padecido. Sin embargo, lo que para unos es una molestia esporádica, transitoria y fácil de controlar, para otros resulta ser un problema incapacitante.

En uno de los estudios sobre prevalencia de cefalea en los que se incluyeron poblaciones no clínicas se encontró que de una muestra de 4634 individuos, el 65% sufría en forma periódica de dolores de cabeza de los cuales un 43% presentaba más de un dolor al mes, el 30.8% más de dos por mes y aproximadamente un 1% lo sufría a diario (Ogden, 1952). Del mismo modo, años más tarde Beaty y Haynes (1979) reportaron una incidencia del dolor de cabeza crónico del 20% al 39% en población americana.

En una amplia revisión realizada por DeLozier y Gagnon (1975) se encontró que de las consultas solicitadas en los Estados Unidos durante un año, 12 314 000 habían sido por dolor de cabeza, lo que situaba a este problema dentro de los 14 problemas principales por los que se solicita atención médica. Estos pacientes se categorizaron de la siguiente manera: 29% eran hombres mientras que el 71% eran mujeres; con respecto a la edad, el 9.6% tenía menos de 15 años, el 12.8% tenía de 16 a 24 años, el 30.5% de 25 a 44 años, el 31.6% de 45 a 64 años y el 15.6% más de 65 años; el 48.6% de estos pacientes fue tratado por médicos generales mientras que el 25.9% por especialistas y el 19% por cirujanos. De estos casos, el 81.1% de los sujetos consideró a su dolor como

"ligeramente serio" y el 18.9% como "serio" o "muy serio".

Por otra parte, Featherstone (1985) reportó una incidencia de cefalea de un 70% a 75% en hombres y un 80% en mujeres lo cual indicaría un aumento en la prevalencia del dolor de cabeza en hombres aunque permaneciendo alta en mujeres.

Asimismo, Bonica (1980) señala que de 86 millones de americanos que padecen de alguna forma de dolor crónico, 35 millones padecen de cefaleas.

Ahora bien, aunque en México se carece de información epidemiológica al respecto, se sabe que los desórdenes psicofisiológicos (entre ellos las cefaleas) ocupan uno de los 9 problemas prioritarios de salud mental en el país (De la Fuente, Pucheu y Medina, 1985), problema que también es reportado en un 60% de los pacientes atendidos por cefalea en la Clínica del Dolor del Hospital General y del Hospital 20 de Noviembre (Granados, 1987).

Por otro lado, de las categorías más frecuentes de cefaleas crónicas el 90% son de tipo migrañoso, tensional o por contracción muscular y mixtas (Blau, 1983).

En cuanto a la cefalea migrañosa, Blumenthal (1968), Dalsgaard-Nielsen (1965) y Refsum (1968) estiman que la prevalencia de este tipo de dolor de cabeza en la población general es de un 3% a un 12%. Sin embargo, en tres estudios epidemiológicos independientes que se realizaron en las Islas Británicas se reportó una prevalencia de migraña del 23% al 29% en mujeres y del 20% al 25% en los hombres (Walters y O'Connor, 1971). En un estudio estadístico de 100 casos realizado en el Instituto de Neurología de México se reportó que el 51% de los casos correspondía a cefaleas de tipo tensional y el 42% a cefaleas vascular o

migrañosa (Zermeño y Otero, 1974). Del mismo modo, Appenzeller (1973) y Granados (1987) señalaron que la cefalea tensional ocupa el 80% de las cefaleas por las cuales se solicita atención en las clínicas del dolor en comparación con las cefaleas migrañosas que se presentan del 15% al 20% de las solicitudes.

Por otra parte, con respecto a la incidencia de antecedentes familiares, se ha encontrado que el 84% de los pacientes con migraña tiene por lo menos algún familiar que padece de dolor de cabeza. También se ha observado que la padece alguno de los padres del 44% de los niños que sufren de migraña (Tellaache, 1986).

Asimismo, se puede concluir que el dolor de cabeza crónico ocupa un lugar importante entre los problemas de salud de la población general y del país, así como también un alto costo tanto personal como social en el que se invierten millones de dólares por gastos de atención, medicamentos, incapacidades, etc. Por otro lado, dado que en México existen datos poco precisos de la realidad de este problema, resulta evidente la necesidad de una investigación epidemiológica que permita conocer la magnitud del dolor de cabeza y de los factores que favorecen a su origen y/o mantenimiento.

C. Aproximaciones teóricas.

Las teorías psicológicas en torno al origen de las cefaleas migrañosas y tensionales suponen que existe un mecanismo psicológico directo que propicia cambios fisiológicos específicos los cuales se manifiestan en forma de alteraciones vasculares intracraneales en la migraña y en contracciones musculares sostenidas de los músculos de la cabeza en las cefaleas por tensión (Friedman, 1975).

De esta manera, en la literatura se distinguen dos tendencias básicas en torno a la investigación de las cefaleas. La primera se refiere al papel que juegan las características de la personalidad predisponentes o concomitantes al problema del dolor, mientras que la segunda se basa en el papel que juega el estrés en la relación organismo-medio ambiente (Palacios y Rojas, 1986; Williamson, 1981).

En cuanto a la primera tendencia, se ha intentado definir, desde un punto de vista psicodinámico, un perfil de la personalidad que caracterice a aquellos individuos que padecen cefaleas, de tal modo que se han descrito a los migrañosos como típicamente rígidos, perfeccionistas, intelectualizantes, ambiciosos, obsesivos, ansiosos, inflexibles, con tendencias a dar prioridad a los demás, etc. (Alvarez, 1974; Friedman, 1982, Mirkin, 1982), y a los cefaléicos tensionales como poseedores de rasgos de carácter histéricos, de depresión, ansiedad, hostilidad, dependencia, tensión, preocupación, agresividad pasiva, etc. (Blanchard et al., 1982; Bouchard, 1981; Martin, 1983; Philips y Hunter, 1981). Sin embargo, esta tendencia ha sido poco apoyada dado que los rasgos de personalidad ya mencionados no se han encontrado consistentemente en cada uno de los tipos de cefalea (Williamson, 1981). Respecto a la segunda tendencia (estrés-cefalea), uno de los planteamientos psicofisiológicos iniciales es el de Wolff (1963) quien sugiere que ante estímulos estresores se produce una contracción muscular y una vasoconstricción de las arterias que suministran sangre a estos músculos, lo que da origen al dolor y/o incrementa su intensidad. A su vez se ha hipotetizado que el estrés ocasiona contracción de los músculos faciales y del cuello así como una vasoconstricción

(Williamson, 1981). Del mismo modo, Budzynski, Stoyva y Adler (1970) explican que ante el estrés el organismo presenta una sobreactivación e imposibilidad para relajarse, por lo que se podría prever que la actividad electromiográfica de los músculos de la cabeza sea mayor en sujetos con cefalea tensinal en comparación con sujetos no cefaléicos (Ahles, 1986). Sin embargo, dicha hipótesis no ha sido corroborada por otros autores (Andrasik y Holroyd, 1980; Pearce y Morley, 1981; Philips y Hunter, 1981).

Por otro lado, Diamond y Dalessio (1978) plantean que la génesis del dolor de cabeza crónico puede ser entendida bajo tres sistemas de respuestas: fisiológico, bioquímico y cognitivo-conductual donde la presencia de un estímulo estresante genera una vasoconstricción y/o contracción sostenida de los músculos, que a su vez provoca cambios bioquímicos en el torrente sanguíneo, manteniendo a su vez una percepción dolorosa. Aunque este modelo integra información amplia respecto al problema, es restringido al enfatizar sólo los procesos fisiológicos y minimizar o analizar de manera superficial los factores medioambientales, psicológicos y conductuales. Estos aspectos son considerados por Cinciripini, Williamson y Epstein (1980) en su modelo "bioconductual" donde además de considerar un nivel químico-fisiológico consideran una interrelación con otros dos niveles, uno el conductual-cognitivo, donde se destaca la habilidad que tiene el sujeto para enfrentarse a situaciones estresantes (Valdés y De Flores, 1985), sus experiencias previas ante el estrés y la evaluación y la percepción que hace de su medio (Holm, Holroyd, Hursey y Pensien, 1986); y otro nivel medioambiental-conductual, en el cual la relación del organismo con su medio ambiente puede determinar el control operante de la

respuesta de dolor (Epstein y Cinciripini, 1980; Fordyce, 1973).

Con esta breve descripción de las dos tendencias psicológicas que se han preocupado por explicar el origen, desarrollo y mantenimiento de las cefaleas crónicas, se puede concluir que es necesario un amplio análisis multifactorial que explique de manera más completa la naturaleza del dolor de cabeza dado que se ha visto que los aspectos biológicos no son suficientes en la explicación del fenómeno del dolor, en particular de la cefalea, ya que existen otras variables que pueden ser tanto o más importantes para la comprensión del problema (como las cogniciones, las habilidades de afrontamiento, la pérdida de reforzadores).

D. Aproximaciones terapéuticas.

Durante la última década se han reportado diversas formas de tratamientos contra las cefaleas crónicas, entre otras la médica y la psicológica. La primera incluye el empleo de fármacos y cirugía, e incluso homeopatía, acupuntura y fisioterapia, y la segunda emplea desde técnicas de relajación hasta formas de psicoterapia más sofisticadas como la retroalimentación biológica, la hipnosis, el entrenamiento en habilidades cognitivas, etc.

1. Tratamiento Médico.

Tradicionalmente el método más utilizado para aliviar el dolor de cabeza es el médico en el cual se emplean fármacos que funcionan como abortivos, paliativos o profilácticos, así como también intervenciones quirúrgicas en las que se practican simpatectomías, ligadura de arterias cefálicas o sección de vías sensoriales aferentes, como en las neuralgias craneales del

trigémico o del glossofaríngeo (Williamson, 1981).

La utilidad de estos procedimientos es discutible y riesgosa ya que en el caso de los fármacos más que solucionar el problema lo complican aún más ya sea por su elevado costo, su efecto temporal, su propensión a crear dependencia física y psicológica, así como sus reacciones secundarias a largo plazo (Keefe, 1982; Williamson, 1981). Esto ha promovido el interés por estudiar las posibilidades terapéuticas de las técnicas conductuales.

2. Entrenamiento en Relajación.

La relajación ha sido empleada en una gran variedad de padecimientos, entre ellos las cefaleas crónicas. Las estrategias para entrenar al sujeto a relajarse han variado desde la meditación trascendental y la retroalimentación de las onda alfa hasta las más comunes, como el entrenamiento autogénico y la retroalimentación electromiográfica y de la temperatura. En todas ellas, independientemente del procedimiento empleado, el mecanismo subyacente que conduce a la relajación parece ser el decremento en los niveles de actividad muscular (Haynes et al., 1975; Hutchins y Reinking 1976) y de la actividad simpática (Williamson, 1981). Sin embargo, dichos efectos no han sido lo suficientemente investigados.

3. Retroalimentación Biológica.

Debido a la relación que existe entre la precipitación o causa del dolor y el estrés, se ha considerado a la retroalimentación biológica como una alternativa capaz de producir relajación (Budzynski, Stoyva y Adler, 1970; Ziegler, 1978).

La retroalimentación biológica, desde una perspectiva operacional, es un procedimiento diseñado para captar la información relativa al estado de una función orgánica (usualmente por sus variaciones eléctricas) la cual es amplificada, traducida análogamente a una modalidad sensorial particular (visual, auditiva, etc.) y retransmitida de manera simultánea al organismo del cual se registra la actividad en cuestión (Rojas, 1986).

De esta manera, el principio general en que se basa la aplicación de la retroalimentación biológica es aquel en donde el individuo tras haber sido expuesto a repetidas situaciones estresantes, desarrolla un desorden fisiológico específico como respuesta a esos eventos los cuales se verían favorecidos por la ausencia de estrategias de comportamiento adecuadas para poder afrontar o controlar el impacto de dichas situaciones (Lamoureux, Joly y Bouchard, 1981; Valdés y De Flores, 1985). En este sentido, es importante tener presente que la retroalimentación biológica se aplica especialmente a problemas orgánicos de origen funcional, es decir, problemas del funcionamiento de un sistema orgánico-fisiológico relacionado con variables ambientales (Carroblés y Godoy, 1987).

Como se mencionó antes, la cefalea tensional se atribuye a la contracción sostenida de los músculos de la cabeza, el cuello y los hombros, por lo tanto, el entrenamiento con retroalimentación biológica en este tipo de cefalea consiste generalmente en enseñar a los sujetos a decrementar sus niveles de tensión de la frente y el cuello (Budzynski et al., 1973).

Del mismo modo, en el entrenamiento con retroalimentación biológica para los sujetos migrañosos, se han empleado tres modalidades de retroalimentación: 1) la temperatura de la mano o de

los dedos (Johnson y Turin, 1975; Turin y Johnson, 1976); 2) la combinada con frases autógenas o cualquier otra técnica de relajación y retroalimentación de la temperatura (Blanchard, Ahles y Shaw, 1979; Sargent, Green y Walters, 1973), y 3) la de respuesta vasomotora cefálica en la que se monitorea la actividad vasomotora de la arteria temporal externa (Blanchard et al., 1979; Feurstein y Adams, 1977; Williamson, 1981).

De esta manera, en diversos estudios se han comparado técnicas de relajación progresiva, entrenamiento autógeno, de retroalimentación electromiográfica y de la temperatura y de una combinación de ellas, encontrándose así que la efectividad de estos procedimientos oscila entre un 65% y un 85% de los casos (Tellaeché, 1986) sin que haya diferencias significativas entre ellas cuando son empleadas por sí solas, que cuando son combinadas.

4. Psicoterapias.

Las diversas investigaciones que han abordado el problema de la cefalea con esquemas psicoterapéuticos más amplios que la relajación o la retroalimentación biológica han considerado el papel fundamental que juegan las variables psicológicas en el origen y desarrollo de las cefaleas. Entre los procedimientos empleados se encuentran el entrenamiento asertivo (Lambley, 1976), la desensibilización sistemática (Mitchel y Mitchel, 1971), la terapia racional emotiva (Lake, Rainey y Papsdorf, 1979); el entrenamiento en habilidades de afrontamiento cognitivo ante determinados eventos ambientales que le son estresantes al individuo (Holroyd y Andrasik, 1978; Kremersdorf, 1981).

Todas estas técnicas se han dirigido a la modificación de las

habilidades cognitivas, de afrontamiento ante eventos ambientales que le son estresantes al individuo. Aunque los resultados de estos trabajos sugieren que la terapia cognitiva es tan efectiva como otras aproximaciones conductuales, aún es necesaria la investigación que pueda definir los componentes terapéuticos que actúan en este tipo de intervención (Blanchard, 1985).

Ahora bien, otras variables cognitivas que ha llamado la atención de los investigadores en esta área son las expectativas de alivio o mejoría de los pacientes. Ante esto, en un estudio realizado por Andrasik y Holroyd (1980) se observó que al crear altas expectativas de alivio en tres grupos de pacientes cefaléicos bajo tratamiento con retroalimentación biológica, estos mostraban importantes mejorías en su dolor de cabeza, lo cual también es apoyado por Borgeat, Hade, Larouche y Bedwan (1980).

De esta manera se puede concluir que los aspectos psicológicos parecen ser determinantes en el origen y mantenimiento de la cefalea ya que: 1) los tratamientos convencionales han resultado poco efectivos en el alivio del dolor en comparación con las técnicas conductuales, y 2) que la modificación de variables cognitivas y de las expectativas del paciente han resultado ser un factor importante en el alivio y mejoría del dolor.

C A P I T U L O I I

DEPRESION Y DOLOR DE CABEZA CRONICO.

A pesar de los esfuerzos encaminados por esclarecer los mecanismos involucrados en la génesis de los alteraciones psicósomáticas, aún no se sabe con precisión algo al respecto. Sin embargo, dichas alteraciones con frecuencia han sido abordadas a partir de un enfoque depresivo (López-Ibor, 1972; Valdés, Flores, Tobeña y Massana, 1983). De este modo, en el presente capítulo se hará mención de dicho enfoque en relación a los trastornos psicósomáticos en forma general y de la cefalea en particular.

A. Depresión y trastornos psicósomáticos.

En los inicios de la Medicina Hipocrática ya se mencionaba la influencia que tenía el cuerpo sobre la parte anímica y la del alma sobre el cuerpo (Lain, 1972), dedicándose en ellos una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de enfermedad. Galeno por su parte estimaba que el 60% de sus pacientes presentaban síntomas de origen emocional más que físico, cifra similar a la estimación contemporánea que es de un 60% a un 80% (Shapiro, 1978).

De esta manera, se dió énfasis a la estrecha relación entre los estados emotivos y las quejas somáticas. Dado que los pacientes frecuentemente reportaban sentir desesperanza, ansiedad y desilusión, las que comúnmente eran precedidas por alguna queja física (Bayés, 1985). Desafortunadamente esta relación fue olvidada con la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas, radiológicas y farmacológicas, con las cuales se creía resolver

los problemas de salud con el consecuente desvanecimiento en el interés por conocer la posible influencia que ejercían los factores psicológicos en la génesis y desarrollo de los trastornos somáticos. Sin embargo, en los últimos años la gran influencia del enfoque psicosomático, primero, (Alexander, 1952), y de la medicina conductual (Schwart y Weiss, 1978) y la psiconeuroinmunología después, (Ader, 1981), han conducido a los profesionales de la salud a un renovado interés por conocer la relación que guardan los factores psicológicos con diversos problemas de salud (v.gr., cefaleas, hipertensión, asma, cáncer, etc.) que hasta hace poco sólo eran abordados por el médico.

Actualmente, ante este interés por conocer el papel que juegan dichos factores en los problemas de salud, el término psicosomático ha alcanzado gran autonomía con respecto a la teoría que los sustentaba (e.g., el psicoanálisis) pasándose a designar como psicosomáticos o psicofisiológicos a todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología pudiese ser atribuida a factores psicológicos y sociales (Bayés, 1985; Calderón, 1985).

Uno de los factores psicológicos que con mayor frecuencia son abordados por la literatura sobre trastornos psicosomáticos es la depresión, la cual es considerada en nuestros días como uno de los problemas más comunes y frecuentes de la salud pública en el mundo. Algunos autores estiman que alrededor de 120 a 200 millones de personas la padecen (q.v., Sartorius y Kielhoz, 1973), y otros, que de la población mundial, el 10.7% de las mujeres y el 3.1% de los hombres la padecen (Rabassa-Asenjo, 1982).

En México por su parte se ha reportado que del 14% de la población que padece de enfermedades psiquiátricas la depresión es una de las más importantes, dado que aproximadamente una de cada

10 personas la padecen (Contreras, 1987). De tal manera que en el Distrito Federal y en la República Mexicana los trastornos afectivos como la depresión, ocupan el 4o. lugar dentro de los principales problemas de salud (Campillo y Caraveo, 1979).

En un estudio realizado en el servicio de psiquiatría del Hospital Español de la ciudad de México el diagnóstico de depresión ocupó el 1er. lugar alcanzando una prevalencia del 66% entre la población que acude al servicio (De la Fuente y Campillo, 1975). Posteriormente en una encuesta realizada en el servicio de medicina interna y en la sala de pacientes crónicos el porcentaje de depresión fue de un 38% y 48% respectivamente. Del mismo modo, en el Centro de Salud Mental de la UNAM, se encontró que la depresión ocupó el primer lugar entre los diagnósticos proporcionados, con un porcentaje del 48% (Campillo y Díaz, 1976).

A pesar de que los estudios epidemiológicos de los trastornos afectivos presentan ciertos problemas metodológicos (e.g., criterios diagnósticos diferentes, representatividad de la muestra estudiada, pacientes hospitalizados y ambulatorios psiquiátricos o de consulta externa, etc.) es necesario resaltar la magnitud que día a día va cobrando la depresión como uno de los principales problemas de salud que aquejan a la población.

La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, de concentración, etc. (Calderón, 1981), así como también un trastorno de manifestaciones somáticas tales como, cefaleas, trastornos del sueño, taquicardias, etc., las cuales son, en la mayoría de los casos la causa principal por la que se solicita atención médica (Mendels,

1982; Valdés, De Flores, Tobeña y Massana, 1983). Ante este problema estudios estadísticos indican que el médico general sólo identifica a un 40% de los pacientes con depresión, de los cuales únicamente el 15% son atendidos y el 25% son canalizados con algún especialista (principalmente psiquiatras) por quejas somáticas o problemas diversos (Romano y Turner, 1985). Del mismo modo, otros estudios (q.v., Valdés et al., 1983) indican que aproximadamente el 50% de los pacientes deprimidos quedan sin diagnóstico, de los cuales por lo menos el 63% presenta trastornos de tipo somático.

Algunos modelos de depresión (e.g., psicodinámico) suponen una gran variedad de síntomas depresivos, especialmente de tipo somático, y sugieren que con frecuencia la depresión pasa inadvertida en la consulta médica general dado que un gran número de pacientes acuden por quejas físicas frecuentes y constantes, sin causa orgánica aparente (Calderón, 1981, 1985; López-Ibor, 1972; Mendels, 1982).

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo para esclarecer los mecanismos involucrados en la génesis de las alteraciones psicósomáticas, aún es escasa la información que se tiene al respecto. Sin embargo, diversos autores sugieren que una gran cantidad de alteraciones aparentemente somáticas, no son más que una "expresión externa de naturaleza depresiva" ya que se ha visto que la terapéutica antidepressiva (e.g., farmacológica y psicoterapéutica) ha llegado en ocasiones a aliviar o desaparecer el síntoma somático (Regalado, 1977; Sherwin, 1979; Singh y Verma, 1971; Valdés et al., 1983).

Así, un gran número de alteraciones psicósomáticas han sido abordadas desde un enfoque depresivo, donde la depresión parece

manifestarse de manera "enmascarada, oculta o disfrazada" por síntomas físicos (e.g., cefaleas, dolor de espalda, etc.) y/o conductuales (e.g., alcoholismo, farmacodependencia, etc.) que con frecuencia constituyen el motivo de consulta del paciente y donde los síntomas "psíquicos" (como la tristeza, el pesimismo, etc.) no son aparentes (Blummer y Heilbronn, 1986; Calderón, 1985; Lesse, 1978; López-Ibor, 1972; Valdés et al., 1983).

La incidencia de este tipo de depresiones es difícil de determinar. Sin embargo, es posible que miles de individuos que presentan quejas somáticas sean pacientes no diagnosticados como deprimidos, sino más bien como "enfermos funcionales" (Valdés et al., 1983). Esta forma de depresión es considerada como crónica y de severidad leve a moderada ya que está ligada a trastornos físicos no orgánicos (Weissman, 1978) y donde parece ser que el tratamiento psicoterapéutico es más adecuado que el farmacológico (Mendels, 1982).

En la literatura se han descrito las quejas somáticas que con mayor frecuencia se han asociado a la depresión, entre las que destacan las siguientes:

1) Trastornos del sueño: que aquejan de un 68% a un 80% de los pacientes. El que con mayor frecuencia se presenta es el "insomnio" que suele ocurrir al principio o al final del período de descanso (paradójicamente, ciertos depresivos duermen mucho durante el día sin lograr el descanso, lo cual es característico de las depresiones leves) (Calderón, 1985; Mendels, 1982).

2) Trastornos gastrointestinales: los que pueden presentarse en una gran variedad de formas, como colitis, úlcera, obesidad y pérdida de peso en cuadros agudos de depresión (paradójicamente el paciente con deseo compulsivo de comer, con el correspondiente

aumento de peso es propio de las depresiones leves) (Calderón, 1985; Valdés et al. 1983).

3) Trastornos genitourinarios: generalmente el paciente se queja de poliuria (esto es emisión exagerada de orina) o por el contrario se queja de que orinan poco o que presenta dificultades al iniciar la micción (De la Fuente, 1982; Valdés et al., 1983).

4) Trastornos sexuales: con mayor frecuencia en los pacientes deprimidos dichos trastornos se manifiestan con pérdida de deseo o del impulso sexual tanto en mujeres como en hombres, aunque es más común en mujeres, pérdida o decremento en la funcionabilidad, es decir, frigidez, anorgasmia e impotencia (Calderón, 1985; Valdés et al., 1983).

5) Trastornos cardiorrespiratorios y cardiovasculares: el paciente generalmente reporta taquicardias, problemas de hipotensión, hipertensión (en la mayoría de los casos esencial) y crisis asmáticas, estas últimas presentes ante situaciones de tensión, miedo, ira, etc. (Valdés et al., 1983).

6) Trastornos sensoriales: donde el padecimiento de los pacientes se presenta en forma de parestesias en diversas partes del cuerpo, principalmente en extremidades (Calderón, 1985; Valdés et al., 1983).

7) Trastornos de tipo cutáneo: especialmente dermatosis (Valdés et al., 1983).

8) Algas (dolores): principalmente cefaleas, que pueden ser de tipo tensional y migrañosa, las cuales están ligadas a una etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica, es decir, la manera como el individuo interactúa con su medio ambiente (Palacios y Rojas, 1986). Además dentro de este tipo de trastornos también se encuentran las neuralgias, las

dorsalgias y las lumbalgias (Calderón, 1981; Valdés, 1983.).

9) Trastornos del sistema inmunitario (cáncer): éste considerado recientemente por algunos autores (Bayés, 1985; Valdés y De Flores, 1985) como uno más de los problemas de salud causados por la acción de estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunitario; puede hablarse también de casos en que la densidad de la población, el aislamiento y la estimulación aversiva prolongada potencian la susceptibilidad a contraer cáncer o estimulan su inducción con virus oncógenos o productos químicos cancerígenos (Valdés y De Flores, 1985). Sin embargo, aunque aún no se cuentan con evidencias claras que vinculen la aparición del cáncer con los períodos de estrés, existen antecedentes de que hay factores psicológicos, tales como la depresión, que pueden favorecer al desarrollo del cáncer (Bayés, 1985; Kaplan y Reynolds, 1988). Desafortunadamente la investigación sobre este tipo de relación se ha visto obstaculizada por el desfase que existe entre el inicio del cáncer y su detección clínica, además por dificultades metodológicas como el inadecuado empleo de grupos control (Bayés, 1985; Fox, 1978; Valdés y De Flores, 1985).

Este gran número de trastornos somáticos, comunes en la consulta diaria, han sido diagnosticados de manera poco precisa. Esto posiblemente se deba a que no existen evidencias físicas u orgánicas de enfermedad somática que puedan estarla causando, y sobre todo a que la prescripción de fármacos (e.g., analgésicos, sedantes, antidepressivos, etc.) no pasa de ser un tratamiento sintomático que a largo plazo puede dar origen a efectos secundarios o a la reaparición del síntoma. Generalmente, el tratamiento farmacológico antidepressivo que se lleva a cabo en los

tratamientos de tipo psicossomático se basan en que dichas alteraciones comparten características clínicas semejantes a los pacientes deprimidos tales como la hostilidad, la tristeza, la autocrítica, llanto, etc. (Blummer y Heilbronn, 1982; Romano y Turner, 1985). Sin embargo, la decisión sobre el tipo de tratamiento que debe llevarse a cabo se basa con frecuencia en impresiones superficiales más que en una evaluación minuciosa del problema. Y es precisamente aquí donde se presenta el primer problema al que se enfrentan los pacientes psicossomáticos, e incluso otro tipo de pacientes que son evaluados desde un enfoque biológico y unidimensional omitiéndose la evaluación de otros posibles factores participantes, como los psicológicos.

Ante esto se hace evidente la necesidad de llevar a cabo una atención integral e interdisciplinaria del paciente psicossomático en la que se haga hincapie en su estado psicológico y en la relación que pudiera guardar ésta con su estado orgánico y físico (Carrobbles y Godoy, 1987). Es decir, mientras más minuciosa y completa sea la evaluación del paciente con mayor seguridad se podrá afirmar que la depresión o cualquier otro factor psicológico contribuye o no en el origen y el desarrollo de los trastornos psicossomáticos, además de que se auxiliará en la elección del tratamiento más adecuado.

B. Dolor crónico y depresión.

Uno de los factores psicológicos que con mayor frecuencia se ha relacionado con el dolor crónico es la depresión (Fordyce, 1976; Romano y Turner, 1985). Relación que ha sido reconocida desde hace ya tiempo pero que aún permanece poco esclarecida, dado que se desconoce la manera como interactúan ambas entidades. Es

decir, poco se sabe sobre el papel que juega la depresión en el origen y desarrollo del dolor crónico o viceversa (Romano y Turner, 1985; Sternbach, 1974).

Este desconocimiento se debe a que, por un lado, la naturaleza del dolor crónico ha sido abordada desde perspectivas teóricas diferentes, las cuales han considerado al dolor crónico como: a) una variante o equivalente de la depresión (Blummer y Heilbronn, 1982), b) una forma de depresión enmascarada (López-Ibor, 1972), y c) como consecuencia de déficits en el reforzamiento positivo (Fordyce, 1976); por otro lado, en la literatura se han reportado diversos problemas teórico-metodológicos en torno al estudio de dicha relación (Romano y Turner, 1985; Roy, Thomas y Matas, 1984; Turner y Romano, 1984).

Dado lo difícil que ha resultado el estudio de esta relación, parte de la investigación al respecto se ha basado en la escasa evidencia de que los pacientes con dolor crónico comparten algunas características con los pacientes deprimidos, tales como los trastornos en el sueño, la pérdida o disminución del apetito (e. fr. Blummer y Heilbronn, 1982), respuesta favorable a tratamientos con antidepresivos especialmente los tricíclicos (Feinmann, 1985; Garvey, Tollefson y Schaffer, 1984) y antecedentes familiares de alcoholismo y depresión (Blummer y Heilbronn, 1982; Ford, 1986; Katon, Kleiman y Rosen, 1982; Schaffer, Donlan y Bittle, 1980).

De esta manera, la investigación sobre la relación entre el dolor crónico y la depresión ha seguido las siguientes líneas:

1. Determinar la prevalencia de la depresión en pacientes con y sin dolor crónico.

2. Determinar la prevalencia de dolor crónico en pacientes con depresión.
3. Determinar la relación temporal entre el inicio del dolor y la depresión.
4. Empleo de medicamentos antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico.
5. Las características clínicas y psicológicas que comparten los pacientes con dolor crónico y los pacientes deprimidos.
(Blummer y Heilbronn, 1982; Krishnan, France, Pelton, McGann, Davison y Orban, 1985; Roy, Thomas y Matas, 1984).

De esta manera, en el presente capítulo se abordan cada una de estas líneas, haciendo énfasis en algunas implicaciones teórico-metodológicas en torno al estudio de la relación entre el dolor crónico y la depresión.

1. Prevalencia de depresión en pacientes con y sin dolor crónico.

Diversos estudios epidemiológicos han reportado una amplia variedad de resultados en cuanto a la prevalencia de la depresión en diferentes poblaciones con dolor crónico, reportándose un 10% (Pillowski, Chapman y Bonica, 1977), un 43% (Pelz, Merskey, Brant y Haselting, 1981), un 83% (Blummer y Heilbronn, 1981) y hasta un 100% de depresión en los pacientes (Lascelles, 1966; Turkington, 1980).

De esta manera, Kramlinger, Swanson y Maruta (1983) reportan que de 100 pacientes con diversas quejas de dolor, el 25% fue diagnosticado, a través del RDC (Criterie Diagnostic Research), como deprimido, el 39% como probablemente deprimido, y el 36% como no deprimido.

Así, ante la frecuente existencia de depresión en pacientes con dolor crónico, diversos autores han reportado porcentajes importantes de presencia de depresión en diferentes tipos de dolor crónico, tales como dolor de espalda y cefalea, esta última considerada como la queja más comúnmente relacionada a la depresión (Turner y Romano, 1984).

Asimismo, Haley, Turner y Romano (1985) reportan que de 63 pacientes con diversos tipos de dolor crónico (dolor de espalda 48%, cefalea 32%, cuello y hombros 17% y otros, 17%) el 49% de la población total fue diagnosticada como deprimida basándose en los criterios del DSM III.

Del mismo modo, Maruta, Swanson y Swenson (1976a) encontraron que de 31 pacientes psiquiátricos con dolor de espalda, el 39% fue considerado como deprimido empleando registros diarios de depresión. En otro estudio estos mismos autores (Maruta, Swanson y Swenson, 1976b) reportaron que en una muestra de 26 pacientes psiquiátricos con dolor de espalda las mujeres puntuaban en la escala 2 del MMP1 un índice promedio de T67 y los hombres de T78, lo que significaba que con base en esta escala los pacientes presentaban índices de depresión moderadamente elevada y clínicamente significativa.

Por otro lado, en lo que se refiere a las cefaleas crónicas, un gran número de estudios han apoyado la relación entre el dolor de cabeza y la depresión (Martin, 1973). En este sentido Diamond (1967), y más recientemente Violon (1980) y Cox (1981), reportan que el 85% de los pacientes cefaléicos presentan síntomas depresivos los cuales pueden acentuarse cuando la cefalea es más severa (Crisp, McGuinness y Kalney, 1977; Ziegler, Rhodes y Hassanein, 1978). De tal manera que cuando el dolor es más

intermitente que continuo, es menos probable que cause cambios emocionales o depresivos (Kudrow y Sutkus, 1979). Por lo tanto, los sujetos que reportan cefaleas más frecuentes son significativamente más deprimidos (Philips y Jahanshahi, 1985).

En un estudio realizado por Philips y Jahanshahi (1985) se encontró que de 360 cefaléicos crónicos (14.2% con migraña clásica, 65.3% con migraña común, y 20.5% con cefalea tensional) el 63% del grupo presentó una historia de dolor de 10 años, con una severidad de 3.92 en una escala de 0 a 5, además de una relación significativa entre la depresión y el grupo diagnóstico a partir del inventario de depresión de Wakefield y el cuestionario de personalidad de Eysenck observando que los pacientes con cefalea tensional obtuvieron niveles de depresión más altos (15.02) en comparación con los pacientes migrañosos (11.3).

En cuanto a las cefaleas migrañosas, diversos autores han sugerido una posible relación entre migraña y depresión (Crisp et al., 1977; Kudrow, 1979). En estos estudios, se ha encontrado que la prevalencia de depresión en pacientes migrañosos ocurre por lo menos de un 10% (Kudrow, 1978; Silby, 1960) a un 20% de los pacientes (Kashiwagi, 1972), mientras que otros reportan que no hay diferencias significativas entre los migrañosos y los no migrañosos con respecto a la depresión (c.fr. Gervay, Tollefson y Schaffer, 1984). Por su parte, en un estudio realizado por Blanchard, Andrasik, Neff, et al. (1982) encontraron que, de 14 pacientes cefaléicos, 6 de ellos presentaron índices de depresión leve en el inventario de depresión de Beck, y un puntaje de T68.1 en la escala 2 del MMPI que corresponde a una depresión moderadamente elevada.

Más recientemente, de los pocos estudios realizados en México

sobre cefalea, Palacios, Figueroa y Rojas (1987) estudiaron a una población de 17 pacientes con cefalea crónica (94% con cefalea tensional y 6% con cefalea migrañosa) desde una perspectiva cognitivo conductual, encontraron que en el inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey se obtuvo un 64% de déficit asertivo; el inventario de ideas Irracionales de Jones reportó ideas de perfeccionismo, aprehensión y dependencia; en la Historia Clínica de Lazarus se observó llanto, enojo, ansiedad, tensión, fatiga, cansancio, autoestima y autoimagen negativas, y además depresión; el inventario de depresión de Beck que mostró un índice de depresión leve de 14.94, y el MMPI que describió, en la escala 2, cierta tendencia a la depresión con un puntaje de T68.

En la tabla 1, se presenta un resumen de los trabajos mencionados anteriormente y otros más que han estudiado la prevalencia de la depresión en pacientes con dolor crónico.

Si bien diversos autores han reportado que la prevalencia de la depresión es generalmente alta en pacientes con dolor crónico (Romano y Turner, 1985; Roy et al., 1984), otros autores también han reportado una ocurrencia de depresión alta en pacientes sin dolor crónico (Pelz, Merskey, Brant y Haseltine, 1981; Pilling, Brannien y Swenson, 1967). Además, trabajos como el de Spear (1967) han señalado que no hay diferencias significativas de depresión entre pacientes psiquiátricos con y sin dolor crónico.

Se ha encontrado también que los porcentajes de depresión en pacientes con dolor crónico en diferentes poblaciones (e.g., pacientes psiquiátricos o pacientes con dolor referidos por la consulta psiquiátrica, etc.) abarcan de un 43% a un 65% de los casos (Merskey, 1965; Pelz, Merskey y Brant, 1981; Pilling, Brannien y Swenson, 1967).

ESTUDIO	MUESTRA	EVALUACION DE LA DIVISION	RESULTADOS
Meeke y (1965)	Pa. psiquiátricos con dolor sin causa orgánica (N=76)	No definida	50% diagnosticado con depresión
Lacaille (1966)	Pa. con cefalea (N=53)	Entrevista	100% presentó síntomas depresivos
Hill y Skandia (1967)	Pa. con dolor abdominal (N=27)	No definida	22% presentó depresión
Spear (1967)	Pa. psiquiátricos con diversas quejas de dolor (N=62)	No definida	35% presentó depresión
Pilling, Brannin y Swanson (1967)	Pa. con dolor referidos por la consulta psiquiátrica (N=82)	Entrevista; MPI (Escala 2)	64% presentó deprim. sím. Esc. 2 del MPI T69 a T65
Maruta, Swanson y Swanson (1976a)	Pa. psiquiátricos con dolor de espalda (N=31)	Registros diarios	39% diagnosticado como depresión
Maruta, Swanson y Swanson (1976b)	Pa. psiquiátricos con dolores de espalda (N=26)	MPI (Escala 2)	Mujeres T69 Hombres T78
Willson, Elser y Masheid (1976)	Pa. hospitalizados por dolor y referidos por la consulta psiquiátrica (N=16)	Entrevista	78% diagnosticados con depresión
Pilowsky, Chapman y Sontic (1977)	Pa. clínicos con dolores diversos (N=100)	Entrevista	10% fue diagnosticado con depresión neurótica
Chapman, Sola y Sontic (1979)	Pa. con dolor de la consulta pública y privada (N=40)	Cuestionario de Depresión de Lewin-Pilowsky	En los Pa. de la consulta pública se encontró depresión moderada, mientras que en los otros ausencia de depresión
Lorge (1980)	Pa. con dolor referidos por la consulta psiquiátrica (N=172)	No definida	30.8% presentó depresión
Tushkayeva (1980)	Pa. con dolor en enfermedades infecciosas causado por neuropatías diabéticas (N=59)	Entrevista	100% diagnosticado con depresión
Hומר y Halbroon (1981)	Pa. con dolor remitidos de la unidad de neurocirugía (N=9)	Archives; TAT	87% mostró ser deprimido
Lindsay y Wyckoff (1981)	Pa. con dolor remitidos de la consulta clínica general (N=100)	Entrevista; Research Diagnostic Criteria (RDC)	87% diagnosticado con depresión
Pels, Marakey, Brent y Maxwell (1981)	Pa. con dolor remitidos por la consulta psiquiátrica (N=80)	No definida	43% diagnosticado con depresión
Biancheri, Andraali, Raff, Todor, Palmyer, Ameen, Jurish, Saunders y Altes (1982)	Cefaléas crónicas (N=14)	Inventory de Depresión de Beck (IDB); MPI	IDB: Depresión leve (N=12,9) T69; MPI: Escala 2 T69; (deprimido moderadamente elevada
Vela y Marakey (1982)	Pa. con dolor remitidos por la consulta psiquiátrica (N=83)	Entrevista; Questionario de Depresión de Lewin-Pilowsky (LPI); Symptom Check List-90 (SCL-90)	LPI: 7.13 no deprimido; SCL-90: depresión moderada
Pilowsky y Dessert (1982)	Pa. con dolor remitidos de la consulta clínica general (N=114)	LPI; Cuestionario de Depresión de Rung	Depresión moderada (T69,9)
Watson (1982)	Pa. con dolor crónico (N=14)	MPI (Escala 2)	Depresión límite (T69,9)
Framlinger, Swanson y Maruta (1983)	Pa. internados con dolor crónico (N=100)	Research Diagnostic Criteria (RDC)	25% deprimidos 39% probablemente deprimidos 36% sin depresión
Mabach, Michlin y Lipton (1983)	Pa. con dolor de espalda y cara (N=74)	Institute of Personality and Ability Testing (IPAT)	N= 27.2 de depresión en Pa. con dolor de cara; N= 22.2 de depresión en Pa. con dolor de espalda. En ambos grupos la depresión fue moderada.
Hahn, Turner y Swanson (1983)	Pa. con diversos tipos de dolor crónico: dolor de espalda; 40%; cefalea 22%; cuello y hombros 17%; otros 17% (N=43)	Criterios diagnósticos de Depresión del DSM-III	49% de la población total fue diagnosticado con depresión
Phillips y Jahanbani (1985)	Pa. cefaléicos: 16 con migraña clásica; 65.14 migrada común; 10.24 Cefalea tensional (N=360)	Inventory de Depresión de Makenfield; Cuestionario de Personalidad de B. S. S. S.	Pa. con cefalea tensional: 15.02 depresión moderada; Pa. con migraña 14.3
Palacios, Rojas y Fierro (1987)	Pa. cefaléicos: 94 con Cefalea tensional; 6% con migraña (N=117)	Historia Clínica de Lacerus (HCL); IDB y MPI	HCL: llanto, angustia, ansiedad, tensión, fatiga, cansancio, autostimula y autoestimulaciones negativas, y depresión. IDB: depresión leve 16.94. MPI: Esc. 2 T69

Tabla 1. Prevalencia de Depresión en pacientes con Dolor Crónico. Pa.: Pacientes.

Por otro lado, pocos estudios han comparado grupos no psiquiátricos con y sin dolor crónico. Por ejemplo, Ziegler et al. (1978) utilizando la escala de depresión de Zung en una comunidad de residentes encontraron niveles altos de depresión en el grupo que sufría de cefaleas severas en comparación con el grupo sin cefaleas. Por su parte, Crisp et al. (1977) encontraron, en una comunidad de residentes con y sin cefalea migrañosa, niveles de depresión mas significativos en los migrañosos que en los no migrañosos, depresión obtenida a partir del "Middlesex Hospital Questionnaire".

En otro estudio, Marbach y Lund (1981) reportaron que no hubo diferencias significativas entre un grupo de pacientes con dolor de cara y un grupo control; la depresión se evaluó por medio del "Institute of Personality and Ability Testing Depression Scale".

En otro estudio, Pelz et al. (1981) encontraron que el 43% de los pacientes con dolor crónico presentaban depresión mientras que el 50% del grupo sin dolor crónico presentaron depresión. Ambos grupos fueron referidos por la consulta psiquiátrica pero no reportaron los instrumentos empleados para evaluar la depresión.

Por otro lado, Andrasik et al. (1982) en una muestra de cefaléicos crónicos y un grupo control sin dolor, encontraron que los pacientes con cefalea tensional, migraña y mixta presentaron diferencias significativas de T52 a T54 en la escala 2 del MMP1 en comparación con el grupo control que obtuvo un puntaje de T49, mientras que en el inventario de Depresión de Beck no se encontraron estas diferencias.

Para una mayor ilustración sobre estos y otros estudios, en la tabla 2, se describen otros trabajos llevados a cabo en pacientes con y sin dolor crónico.

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTO DE EVALUACION	RESULTADOS
Merskey (1965)	Ps. psiquiátricos con dolor crónico (N=76) y sin dolor (N=37)	No definido	45% de los Ps. con dolor y el 65% sin dolor presentaron depresión
Pilling, Brannien y Swenson (1967)	Ps. de la consulta médico quirúrgica con dolor (N=182) y Ps. sin dolor referidos de la consulta psiquiátrica	Entrevista; MMPI (Esc. 2)	Entrevista: 63% presentaron depresión en los Ps. con dolor; 77% en Ps. sin dolor. MMPI: 65% de depresión en Ps. con dolor y 79% en los Ps. sin dolor
Spear (1967)	Ps. psiquiátricos internos (N=106) y externos (N=59) con dolor; Ps. internos (N=94) y externos (N=57) sin dolor	No definido	Ps. c/d: externos 55% fue deprimido, internos 54% fue deprimido. Ps. s/d: externos 39% fue deprimido, internos 58% fue deprimido
Crisp, McGuinness y Kalney (1977)	Comunidad de residentes con y sin cefalea migrañosa (N=33 migrañosos) (N=29 no migrañosos)	Middlesex Hospital Questionnaire	Niveles de depresión más significativos en los migrañosos que en los no migrañosos
Ziegler, Rhodes y Hassenein (1978)	Grupo de cefaléicos severos contra no cefaléicos (N=679)	Escala de Depresión de Zung	Promedios altos de depresión en los cefaléicos (20.1)
Marbach y Lund (1981)	Ps. con dolor facial y un grupo control (N=500)	IPAT	No hubo diferencias significativas en los grupos
Pels, Merskey, Brant y Haselting (1981)	Sujetos referidos por la consulta psiquiátrica (N=32 c/d) (N=16 s/d)	No definido	43% de los Ps. c/d y el 50% s/d fueron deprimidos

Tabla 2. Prevalencia de Depresión en pacientes con y sin dolor crónico.

En resumen, es importante resaltar que existe una gran discrepancia de resultados en cuanto a la prevalencia de la depresión en pacientes con y sin dolor crónico. Esto se podría atribuir a 1) la gran variedad de instrumentos (e.g., entrevistas estructuradas y no estructuradas, autorreportes, etc.) con los que se ha evaluado a la depresión, 2) la diversidad de poblaciones estudiadas (e.g., psiquiátricas, referidas por la consulta general, etc.) y 3) a la ausencia de grupos control. A pesar de estas diferencias, un dato que parece ser consistente en los estudios presentados es que la depresión en los pacientes con dolor crónico es considerada como leve o moderadamente elevada (Blanchard *et al.*, 1982; Pelz y Merskey, 1982; Pillowsky y Basset, 1982; Watson, 1982; Marbach *et al.*, 1983; Palacios *et al.*, 1987).

Por otra parte, el tipo de dolor crónico que con mayor frecuencia se ha relacionado a la depresión es la cefalea, relación que parece estar vinculada a la categoría diagnóstica de ésta, es decir, la presencia de depresión parece ser más común en pacientes con cefalea tensional que con migraña. Sin embargo, cuando los índices de depresión de esta última son comparados con sujetos no migrañosos, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos.

2. Prevalencia de dolor crónico en pacientes con depresión.

Durante los años 60's diversos estudios observaron que el dolor era una de las quejas más frecuentemente reportada por los pacientes deprimidos, encontrándose así desde un 30% (Roy *et al.*, 1984) hasta un 100% de los casos (Turner y Romano, 1984).

Uno de estos estudios realizado por Lindsay y Wyckoff (1981), con una muestra de pacientes deprimidos, encontraron que el 59% de

ellos presentaban dolor desde hacía por lo menos 3 meses. Otros dos estudios, en los cuales se compararon diversos tipos de dolor con diferentes niveles de depresión observaron que el 58% de las quejas de dolor fueron reportadas por pacientes diagnosticados con depresión neurótica y mixta, mientras que en el 40% se observó en pacientes diagnosticados con depresión endógena (Delaplaine et al., 1978).

En un estudio más reciente, se encontró que el 57% de 161 pacientes de la consulta psiquiátrica reportaron quejas de dolor severas, asociadas con depresiones reactivas y neuróticas, lo que era más frecuente en mujeres altamente tensas y ansiosas (Von Knorring et al. 1983).

Por otro lado, han sido pocos los estudios sobre la prevalencia de dolor crónico en la depresión utilizando grupos control con los cuales comparar sus resultados. Sin embargo se mencionan algunos de ellos. En uno de estos primeros estudios, Cassidy et al. (1952) compararon diferentes quejas de dolor en pacientes con depresión bipolar y un grupo de pacientes deprimidos bajo control farmacológico, el cual funcionó como grupo control. Los resultados de este estudio muestran que en el primer grupo el 49% presentó cefaleas, 39% dolor de espalda, 36% dolor de pecho, y 25% dolor de extremidades; en el segundo grupo el 36% reportó cefaleas; 40% dolor de espalda, 50% dolor de pecho, 26% dolor de extremidades y 38% dolor abdominal en ambos grupos. Estos resultados deben de tomarse con ciertas reservas dado que el segundo grupo no pudo haber sido un grupo control estrictamente hablando puesto que al igual que el primero también estaba integrado por sujetos depresivos bipolares, solo que bajo control farmacológico (cimetidina).

Más recientemente, en un estudio en el que se evaluaron y compararon síntomas físicos en pacientes deprimidos y sujetos control, se encontró que el 76.5% de los deprimidos y el 39.2% de los controles reportaban cefaleas, mientras que el 37.3% de los depresivos y el 5.9% de los controles reportaban dolor de espalda (Mathew, Weinman y Mirabi, 1981).

Por otro lado, dada la frecuente presencia de quejas somáticas en los pacientes deprimidos, la literatura sugiere la existencia de algunos otros factores que intervienen en el incremento de los reportes de dolor, uno de ellos la "ansiedad" (Romano y Turner, 1985).

De esta manera, un gran número de estudios sugieren que la ansiedad puede propiciar el desarrollo de dolor en los pacientes deprimidos (Delaplaine et al., 1978; Von Knorring, 1975; Ward, Bloom y Friedel, 1979). Por ejemplo, Ward, Bloom y Friedel (1979) encontraron que en un grupo de sujetos ansiosos la depresión era clínicamente significativa. Von Knorring (1975), por su parte, observó que en un grupo de pacientes psiquiátricos diagnosticados como deprimidos y con quejas recientes de dolor mostraban altos niveles de tensión y ansiedad en comparación con un grupo similar de pacientes deprimidos pero que no reportaban dolor, por lo que este autor propone que el incremento en los niveles de tensión muscular puede contribuir al desarrollo del dolor en los deprimidos.

Ante esto, la posibilidad de que la ansiedad pueda jugar un papel mediador en el desarrollo de la relación entre el dolor crónico y la depresión, y los mecanismos por los cuales puede ocurrir aún es poco clara. Sin embargo, en un trabajo realizado por Arena, Andrasik y Blanchard (1985) con tres grupos de

ESTUDIO	MUESTRA	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Cassidy, Flanagan, Spellman y Cohen (1957)	Ps. con depresión bipolar (N=100) y Ps. con depresión controlados con Clmgtidina que funcionó como control (N=50)	No definido	G ₁ 49% cefaleas 39% d. espalda 36% d. pecho 25% d. en extremidades. G ₂ 36% cefaleas 40% d. espalda 50% d. pecho 26% d. en extremidades. 38% d. abdominal en ambos g ₁ y g ₂ pos.
Diamond (1964)	Ps. deprimidos (N=423)	No definido	84% reportó cefaleas
Gallemore y Wilson (1969)	Ps. con desórdenes afectivos y con dolor (N=100)	No definido	30% reportó dolor
Pilling et. al. (1967)	Ps. deprimidos (N=172)	No definido	13% reportó dolor
Von Knorring (1975)	Ps. psiquiátricos con desórdenes afectivos (N=40)	Entrevista; Escala de Depresión de Cronholm-Ottosson	60% reportó dolor los cuales fueron significativamente más deprimidos que el resto de los Ps.
Delaplaine, Ifamuji Merskey y Zarfes (1978)	Ps. psiquiátricos internos (N=227)	No definido	19% reportó dolor de manera espontánea; 40% de los deprimidos endógenos presentan dolor; 58% de los Ps. con depresión mixta y neurótica presentaron dolor.
Widner y Codoret (1978)	Ps. deprimidos de la consulta privada (N=154)	Registros diarios	Los Ps. reportaron que 7 meses antes de ser diagnosticados como deprimidos presentaban dolor.
Ward, Bloom y Friedel (1979)	Ps. con depresión moderada y voluntarios con rasgos de ansiedad (N=16)	Escala de Depresión de Zung; Escala de Hamilton; Entrevista	Los Ps. reportaron en un 100% presencia de dolor por más de 6 meses.
Mathew, Weinman y Mirabi (1981)	Ps. deprimidos (N=51) Grupo control sin depresión (N=51)	Inventario de Depresión de Beck (IDB)	G ₁ 76.5% reportaron cefaleas 37.3% dolor de pecho G ₂ 39.2% cefaleas 5.9% dolor de pecho.
Von Knorring, Ferris, Eiseman, Brikson y Penis (1983)	Ps. psiquiátricos con desórdenes depresivos (N=161)	Escala de Evaluación Psicopatológica	21% dolor severo 36% dolor poco frecuente 43% sin dolor.

Tabla 3. Prevalencia de dolor en pacientes con depresión. Ps.: pacientes.

cefaléicos se encontró que factores como la depresión, la ansiedad y el enojo no estaban significativamente relacionados a la cefalea dado que estos probablemente ya estaban presentes antes de la aparición del dolor. De esta manera, dichos autores hipotetizan que tales factores pueden participar en el origen y desarrollo de la cefalea.

En la tabla 3, se describen algunos de los estudios mencionados anteriormente y otros más sobre la prevalencia de dolor crónico en pacientes con depresión.

De este modo, se puede concluir que en los pacientes depresivos también es frecuente la presencia de quejas somáticas crónicas (e.g., cefaleas, dolor de pecho, de espalda, etc.). Desafortunadamente, esta prevalencia debe ser considerada con reservas dado que las muestras empleadas a lo largo de los trabajos son heterogéneas (pacientes psiquiátricos, pacientes depresivos de la consulta privada, etc.), además no se reporta la manera como fueron evaluadas las quejas somáticas ni tampoco el medio por el cual se diagnosticó la depresión.

Por otra parte, parece que existen algunos otros factores, tales como la tensión, la ansiedad y el enojo, que pueden contribuir al origen y al desarrollo del dolor en los pacientes deprimidos, o bien que estos factores ya hayan estado presentes antes de la aparición del dolor.

Finalmente, esta relación entre el dolor crónico y la depresión y los mecanismos por los cuales puede ocurrir aún es poco clara.

3. Relación temporal entre el inicio del dolor y la depresión.

Como ya se ha señalado, son diversos los estudios que han abordado la coexistencia o relación entre el dolor crónico y la depresión. Sin embargo, poco se ha estudiado acerca de la relación temporal entre ambos.

Ante esto, autores como Widner y Cadoret (1978) reportaron que de aquellos pacientes que habían sido diagnosticados como deprimidos, la mayoría de estos hacía siete meses o más del diagnóstico que se quejaban de dolor en diferentes partes del cuerpo.

Por otro lado, Lindsay y Wyckoff (1981) encontraron que de 226 pacientes con dolor y depresión mayor, el 38% reportaba que su estado depresivo se había desarrollado después de haberse iniciado el dolor, el 50% que el dolor y la depresión habían ocurrido al mismo tiempo, y el 12% que el dolor se había indicado después de la depresión.

Del mismo modo, Bradley (1963) observó que de 35 pacientes con sintomatología depresiva, el 46% reportó haber tenido un dolor constante por lo menos seis meses antes de la depresión, mientras que el 54% reportó que el dolor y la depresión ocurrieron de manera simultánea.

Estos dos últimos estudios sugieren que son relativamente pocos los pacientes que presentan dolor antes de la depresión, y que son más los pacientes que presentan dolor y depresión simultáneamente que aquellos que presentan dolor después de la depresión.

Desafortunadamente, estos estudios que han intentado evaluar la simultaneidad de aparición del dolor y la depresión obtuvieron la información, por medio de autorreportes retrospectivos sobre la

aparición del dolor y la depresión, lo cual implica problemas en la confiabilidad de la información.

Por lo tanto, al abordar este tipo de relación temporal es necesario realizar más estudios con una metodología estricta al evaluar la depresión y el dolor crónico, dado que esta relación podría ser un elemento importante para esclarecer la coexistencia de la depresión y el dolor crónico. Es decir, si esta relación puede ser simultánea o si el dolor es la causa de la depresión.

4. Empleo de medicamentos antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico.

A partir de la década pasada varios son los estudios que han reportado el uso "exitoso" de los antidepresivos (tricíclicos e inhibidores de la MAO) en el tratamiento del dolor crónico. Sin embargo, muchos de ellos no han reportado que tan efectivo ha resultado este tratamiento a largo plazo (Roy et al., 1984).

A pesar de esto, algunos estudios estiman que el porcentaje de éxito de estos tratamientos en el alivio del dolor crónico es de un 45% a un 87% (Roy et al., 1984).

De esta manera, Lee et al. (1977) demostraron que el uso de ciertos tricíclicos en el tratamiento del dolor crónico era efectivo atribuyéndolo al hecho de que estos antidepresivos poseen una acción analgésica independiente contra el dolor.

Por otro lado, autores como Merskey (1980) argumentan que la acción de los antidepresivos contra el dolor crónico, más que ser analgésica, actúa de manera directa en la sintomatología depresiva del dolor, lo cual se desprende desde la perspectiva de que el dolor crónico es un equivalente depresivo o una forma de depresión enmascarada (Blummer y Heilbronn, 1982; López-Ibor, 1972).

Ahora bien, diversos autores han demostrado que la efectividad de los medicamentos antidepresivos depende en gran parte del período mínimo de evolución del dolor, de las características de personalidad previas al dolor (como la ansiedad y la obsesión, entre otras) y de un diagnóstico o reconocimiento de los padecimientos depresivos (Lascelles, 1966; Merskey y Hester, 1972; Roy et al., 1984).

La mayoría de estos estudios que han empleado tratamientos antidepresivos en el dolor crónico presentan la desventaja de no emplear grupos control con los cuales hacer comparaciones, de que la evaluación de la efectividad en el alivio del dolor se ha realizado sólo en períodos a corto plazo no mayores de uno a tres meses (Feinmann, 1985; Roy et al. (1984), además de que no se han esclarecido los efectos placebo, analgésico y antidepresivo de estos medicamentos, ni tampoco los mecanismos de acción involucrados en el alivio del dolor crónico. Por lo tanto, aún es poco clara la acción de estos medicamentos en el tratamiento del dolor crónico.

En la Tabla 4, se describen brevemente algunos de los estudios en los cuales se reporta la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico.

5. Características clínicas y psicológicas que comparten los pacientes deprimidos y los pacientes con dolor crónico.

Por lo complejo que ha resultado el estudio de la relación entre la depresión y el dolor crónico, son muy pocos los trabajos que se han preocupado por establecer los elementos en común que aparecen en ambas entidades. Entre las características que se han descrito se encuentran los antecedentes familiares de alcoholismo,

ESTUDIO	TOPOGRAFIA DEL DOLOR	MEDICAMENTO	SUJETOS	RESULTADOS	G.C
Singh y Vega (1971)	Variable	Amitriptilina Imipramina	40	32 (80%)	-
Merskey y Hester (1972)	Variable	No se especifica	30	21 (67.7%)	-
Tyber (1974)	Dolor de hombros	Amitriptilina Carbonato de litio	56	44 (78.5%)	-
Regalado (1977)	Dolor reumático; Otros dolores	Clormipramina Clormipramina	22 20	10 (45%) 12 (60%)	-
Johansson y Von Knorring (1979)	Variable (con y sin causa orgánica)	Cimetidina	15	9 (60%)	-
Ward, Bloom y Friedel (1979)	Cefaleas	Doxepina	16	14 (87%)	-
Carrasso y Yehuda (1979)	Cefaleas	Clormipramina y Amitriptilina	67	38 (56.7%)	-
Sherwin (1979)	Cefaleas	Perfenasina y Amitriptilina	14	10 (71.4%)	-
Okashaka et al. (1973)	Cefaleas (tensional)	Doxepina Amitriptilina Diazepam Placebo	80	56 (70%)	+
Feinmann et al. (1984)	Dolor facial atípico	Doxepina Placebo	93 89	66 (71%) 44 (47%)	+

(Roy, Thomas y Matas, 1984)

Tabla 4. Eficacia de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico. G.C. : Grupo Control; -.: no se empleó G.C ; +.: se empleó G.C.

desórdenes afectivos, insomnio, irritabilidad, aislamiento, fatiga, etc. (Blummer y Heilbronn, 1982; Rama, France y Houpt, 1985).

También, otros autores (v.gr., Merskey, 1982) mencionan que otra característica en común de estos dos tipos de pacientes es que ambos presentan elevaciones similares en las tres primeras escalas del MMPI (e.g., hipocondriasis, depresión, histeria).

Por otro lado, en cuanto a la actividad electromiográfica se ha reportado que los pacientes deprimidos generalmente también presenta niveles superiores de tensión muscular en comparación con los sujetos normales (Goldstein, 1965; Whatmore y Ellis, 1962).

Actualmente el estudio de la relación depresión-dolor crónico, desde este punto de vista ha sido limitado dado que si bien en algunos sujetos se observan características comunes de depresión o dolor, en otros grupos no se observan.

C. Modelos teóricos de la relación entre la depresión y el dolor crónico.

En este apartado se revisan de manera general los diversos modelos teóricos a partir de los cuales se ha tratado de explicar la relación entre la depresión y el dolor crónico.

1. Modelo Biológico.

Avances recientes en la neurología y la fisiología han sugerido la existencia de neuroquímicos comunes al dolor crónico y a la depresión. De tal manera, en la literatura se han reportado anomalías en la acción de ciertas aminas biógenas en el sistema nervioso central (principalmente serotonina) en los desórdenes afectivos como en la depresión (De León, 1982; Goodwin, Coudry y Webster, 1978).

De esta manera, esta hipótesis indolaminérgica sostiene que los deprimidos presentan decrementos en los niveles de serotonina (5-HT) cerebral, sustancia que en el cerebro se incrementaría por la acción de algunos antidepresivos (Polaino-Lorente, 1985). Del mismo modo, se ha reportado que el dolor crónico, en particular las cefaleas migrañosas, la serotonina actúa como un mediador-inhibidor del dolor en el sistema nervioso central (SNC), y como un vasoconstrictor. De tal manera, los cefaléicos son incapaces de producir suficientes cantidades de serotonina lo cual indica que si los niveles de serotonina disminuyen antes del inicio de la cefalea, entonces se conduciría a una vasodilatación extracraneal y, por lo tanto, al dolor (Sicuteri, 1976). Sin embargo, no todos los pacientes cefaléicos han mostrado este decremento en los niveles de serotonina por lo que no se sabe si los cambios en los niveles de este neurotransmisor fueron una consecuencia más que una causa de los ataques de cefalea (Sicuteri, 1976).

Por otra parte, se ha reportado que la retroalimentación biológica aumenta los niveles de 5-HT en los migrañosos, lo cual hace suponer que este incremento tiene efectos sobre las variaciones en los umbrales de dolor (Bakal, 1982). Por lo tanto, los antidepresivos tricíclicos, por sus efectos sobre este neurotransmisor, pueden no solamente mejorar la depresión junto con el dolor sino también mejorar directamente el dolor, aunque también el efecto benéfico de los antidepresivos podría estar dado por sus efectos sobre la 5-HT, independientemente de la coexistencia del dolor con la depresión (Ward et al. 1982).

Por otra lado, Blummer y Heilbronn (1982) presentaron un modelo en el cual el dolor crónico es visto como un desorden

psicopatológico que se encuentra dentro del espectro de los desórdenes depresivos. Dichos autores apoyan esta hipótesis en el hecho de que los pacientes con dolor crónico muestran frecuentes cambios en los marcadores biológicos de la depresión, tales como eliminación de dexametasona y decremento en la latencia de los movimientos oculares rápidos (Blummer, Zorick, Heilbronn y Roth, 1981), además de insomnio con periodos de sueño menores que en los sujetos normales (Polaino-Lorente, 1985).

A pesar de los trabajos que se han llevado a cabo sobre los mecanismos neuroquímicos involucrados en la relación depresión-dolor crónico, estos no han sido satisfactoriamente definidos. Sin embargo, se ha observado que alteraciones en neurotransmisores, como la 5-HT, frecuentemente están presentes en ambas entidades, especialmente entre la cefalea migranosa y la depresión.

2. Modelo psicodinámico.

El dolor crónico en ausencia de patología orgánica evidente ha sido conceptualizado en términos psicodinámicos desde tiempos de Freud (1957) quien observó la presencia de dolor ante reacciones conversivas. Más tarde, Engel (1959) reportó que ciertos patrones de personalidad caracterizados por ansiedad y depresión, lo mismo que algunos factores ambientales (e.g., la separación o muerte de un ser querido, el fracaso social o profesional, las pérdidas materiales, etc.) predisponían a los sujetos a la presencia de dolor crónico.

Posteriormente Blummer y Heilbronn (1982), retomando este enfoque, proponen el término *desorden de propensión al dolor* (pain prone disorder) a una entidad nosológica de dolor dentro de los

desórdenes depresivos. De acuerdo a esta aproximación, dichos autores suponen que el dolor no es ni primario ni secundario a la depresión sino más bien una expresión sincrónica de la depresión, es decir, un desorden psicológico que se encuentra dentro del espectro de los desórdenes depresivos. Así, los pacientes "propensos al dolor" presentaban quejas físicas caracterizadas por un dolor continuo al mismo tiempo que niegan la presencia de problemas emocionales, interpersonales e inhabilidad para tolerar el éxito o la felicidad. De tal manera, se concebía al "desorden de propensión al dolor" como un desorden depresivo al cual se le atribuía la existencia de una sintomatología común entre la depresión y el dolor crónico, pues se había encontrado que los pacientes con dolor crónico presentaban desórdenes afectivos y características psicodinámicas similares a los pacientes con dolor crónico y a los deprimidos.

Aunque la caracterización de una personalidad de propensión al dolor pueda describir a un subgrupo de pacientes con dolor crónico no maligno, parece prematuro concebir a todo dolor crónico sin causa orgánica aparente como un subtipo de depresión o como una categoría nosológica distinta dado que la investigación al respecto no ha sido suficiente (Williams y Spitzer, 1982).

Por otro lado, desde este punto de vista psicodinámico, se puede concluir que aún no se conoce nada con certeza acerca de las características de personalidad y de los factores ambientales que predisponen a los sujetos al dolor crónico.

3. Modelo conductual,

Este modelo explica el origen y el mantenimiento del dolor crónico y las conductas depresivas con base en principios por los que un individuo actúa influido por el medio ambiente, de tal

manera que se han intentado vincular dichas conductas con modelos de reforzamiento. Por lo tanto, este modelo se centra en el control de conductas de dolor (e.g., flojera, poca actividad, ingesta de medicamentos, etc.) causadas por influencias ambientales (e.g., simpatía, atención, compensación financiera, evitación de conductas aversivas, etc.) (Fordyce, 1976; Keefe, 1982).

Así, Fordyce (1976) propone una posible explicación al desarrollo de la depresión en pacientes con dolor crónico los cuales pueden ser vistos como sujetos que comúnmente presentan un decremento gradual en el reforzamiento positivo en el que aquellas actividades que anteriormente le producían efectos positivos ahora están acompañados o seguidos por el dolor. Al restringir el rango de conductas evitadoras de dolor, el paciente reduce el acceso de reforzamiento llegando a un ciclo depresivo y conductas de dolor. También se ha observado que las consecuencias sociales pueden favorecer el mantenimiento de conductas depresivas (Coyne, 1976), de dolor y de enfermedad (Fordyce, 1976).

Del mismo modo, la depresión en términos conductuales también es considerada como una respuesta al decremento en el reforzamiento positivo de conductas adaptativas (Ferster, 1973) altamente probables de ocurrir en individuos que carecen de habilidades sociales necesarias para reproducir reforzamiento positivo del medio ambiente (Levinsohn, 1974). Es decir, la cantidad de reforzamiento recibido por una persona depende en gran parte de su actitud para producir reforzamiento a partir del medio, por tanto, un individuo con pocas aptitudes sociales gozaría probablemente de menor reforzamiento positivo que una persona con actitudes sociales más adaptativas.

A su vez Costello (1972) propone que la depresión y el dolor crónico están en función de la cantidad de reforzamiento que los sujetos reciben de personas significativas en su vida, además de las actitudes sociales que tenga un individuo para relacionarse, de tal manera que un sujeto con aptitudes sociales inadecuadas podría estar predispuesto a la depresión.

Por otro lado, se cree que otros factores pueden también influir en el mantenimiento de las conductas depresivas y de dolor, por ejemplo, la búsqueda de reforzamiento de la conducta depresiva, de quejas somáticas, de ayuda, etc., es decir, el reforzamiento de aquellas conductas con las cuales se obtengan ganancias secundarias (Burgess, 1969).

Aunque lo planteado por este modelo parece ser posible en la explicación de la depresión que se desarrolla después de ocurrido el dolor, éste no considera a la depresión que se manifiesta antes o simultáneamente con el dolor, además de que no ha sido sujeto a pruebas empíricas. Por lo tanto, es necesaria la investigación para determinar si el repertorio de conductas adaptativas asociadas con consecuencias positivas distinguen a los pacientes que no llegan a deprimirse después de haber sufrido de dolor crónico de aquellos que se deprimen sin haber dolor.

4. Modelo cognitivo.

Este modelo se basa en aquellas conductas cubiertas (pensamientos o cogniciones) posibles de causar depresión en los pacientes con dolor crónico, como auto-acusaciones, actitudes y creencias mal adaptativas o irracionales.

Así, el modelo cognitivo propuesto por Beck (1974) afirma que la depresión resulta de distorsiones negativas en los procesos

cognitivos provocando una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, lo cual probablemente predispone a que los pacientes con dolor crónico deprimidos exhiban más distorsiones negativas que los pacientes con dolor crónico no deprimidos. Este hecho fue reportado por Lefebvre (1981) al encontrar que los pacientes deprimidos con dolor de espalda mostraban más distorsiones cognitivas que los pacientes sin dolor.

Los esquemas cognitivos negativos son activados ante situaciones de estrés específico, como una enfermedad, la muerte de una persona significativa para el individuo, fracaso en las relaciones interpersonales, problemas económicos, etc. (Beck, 1974).

Ante esto, es necesario que investigaciones posteriores puedan esclarecer si las distorsiones cognitivas negativas predisponen a los pacientes con dolor crónico a desarrollar depresión, o si estas distorsiones ocurren por la presencia de dolor.

Por otro lado, en los últimos años se han desarrollado dos líneas de investigación que si bien no han abordado de manera particular la relación entre la depresión y la cefalea, han puesto gran interés sobre la posible relación entre los problemas de salud y los factores ambientales.

La primera de estas líneas se refiere al papel que juega el estrés como factor etiológico y/o precipitante de los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (e.g., cefaleas, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, úlcera, asma, etc.), entre otros (Dermitt y Friedman, 1987). En este sentido los sujetos que generalmente consideran estar operando bajo altos niveles de estrés reportan más sintomatología que aquellos que operan ante

bajos niveles de estrés (Dermitt y Friedman, 1987).

De esta manera, el estrés ha sido considerado como un factor precipitante de la depresión (Brown y Harris, 1978). Esta última frecuentemente observada y relacionada con la cefalea (Martin, 1973; Packard, 1983). Relación que se ha establecido a partir del empleo exitoso de los medicamentos antidepressivos en el tratamiento de la cefalea, especialmente en la migraña (Couch y Hassanein, 1976). Por lo que se ha especulado que estos dos trastornos pueden estar relacionados de alguna manera, y por implicación, que el estrés puede estar interactuando entre ellos (Dermitt y Friedman, 1987). Ante esto, debe de considerarse si en el tratamiento antidepressivo de la cefalea, la depresión está o no presente, y si ambos trastornos son lo suficientemente comunes para que la probabilidad de ocurrencia al azar sea alta (Dermitt y Friedman, 1987).

Evidencias recientes al respecto sugieren que al estudiar la relación entre la cefalea y la depresión y otros trastornos relacionados al estrés se ve obstaculizada por las siguientes razones: 1) aún no se ha demostrado que efectivamente el estrés esté relacionado a la aparición de trastornos como la cefalea, la hipertensión, etc., así como la covariación entre ellos; 2) un método exitoso de tratamiento no necesariamente determina la etiología de un trastorno; y 3) el uso exitoso de una medicamentación en el tratamiento de dos entidades (e.g., depresión-cefalea) no implica necesariamente una etiología compartida, por ejemplo, la imipramina es usada en el tratamiento de la depresión, la migraña y la enuresis, lo cual no significa que estos tres trastornos sean causados por el mismo factor. Ante esto, sería más razonable suponer que la efectividad de un

tratamiento en diversos trastornos está actuando sobre una vía conductual o bioquímica común final, o alternativamente, que al ser evaluadas solamente son una representación periférica de un núcleo de procesos centrales (Dermitt y Friedman, 1987).

Ahora bien, la segunda línea de investigación analiza los procesos y mecanismos que relacionan al comportamiento con la salud y la enfermedad, los cuales pueden agruparse en dos categorías: 1) los hábitos y estilos de vida que afectan negativamente a la salud (e.g., tabaquismo); y 2) los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales (e.g., eventos estresantes) (Singer y Krantz, 1982).

Aunque generalmente la etiología de las enfermedades crónicas es múltiple y los factores biológicos, disponibilidad y calidad de los servicios de asistencia sanitaria pueden jugar algún papel, actualmente es aceptado que los factores más importantes en la causalidad de las enfermedades son ambientales (e.g., contaminación física, química, psicosocial y sociocultural) y conductuales o del estilo de vida (farmacodependencia, hábitos alimenticios, ejercicio físico, sedentismo, etc.) entendido este último como la manera en que se comporta, vive y se adapta un individuo a su medio ambiente (Laporte, 1982).

De esta manera debe señalarse que 7 de la 10 principales causas de muerte en Estados Unidos están determinadas en gran parte, por factores comportamentales (cfr. Delon y Pallak, 1982), y que por lo menos el 50% de la mortalidad producida por las 10 principales causas de muerte en este país puede atribuirse a los estilos de vida, de los cuales son característicos la contaminación, la falta de ejercicio físico, el sedentarismo, el estrés propio de las sociedades competitivas, el consumo de drogas

(e.g., tabaco, alcohol, medicamentos, etc.), los hábitos alimenticios, etc., (Bayés, 1985).

Algunos ejemplos sobre el papel que juegan el comportamiento y los estilos de vida sobre la salud destacan los siguientes: diversos estudios coinciden en señalar que al menos el 80% de las causas de cáncer, por ejemplo son ambientales (Bayés, 1985). Así, la ingesta de alcohol ocupa el 3%; el bronceado de la piel, con 400 000 casos al año; comportamientos de sexualidad y reproducción con un 7%; dietas en un 35%; exposición laboral, contaminación ambiental, etc., (Doll y Peto, 1982).

Otros autores, señalan que el origen de las enfermedades cardiovasculares se encuentra en el comportamiento del hombre, dado que se han identificado tres factores altamente relacionados a este tipo de enfermedad: tabaquismo, falta de ejercicio y dieta (Tinoco y Martín, 1980).

En un estudio reciente (Leiker y Hailey, 1988) al investigar los hábitos de salud de 202 adultos jóvenes, se encontró que los hábitos de salud pobres (la falta de ejercicio) estaban relacionados a puntajes altos de hostilidad, la cual ha sido considerada como predictor de ocurrencia de enfermedades coronarias, y relacionada a la severidad de la misma.

Lo anterior resalta el papel que juega el comportamiento humano y el estilo de vida en los problemas de salud. Por lo tanto, en la medida en que estos factores responsables sean identificados, será posible disminuir la incidencia. Lo que será factible si se desarrollan estudios epidemiológicos al respecto.

Finalmente, en cuanto al estudio de la relación entre el dolor crónico, en particular de la cefalea, y la depresión, deben de considerarse otros factores como el estilo de vida y el

comportamiento, que puedan estar interactuando en este tipo de relación, y no sólo verla como una relación unicausal.

D. Consideraciones teórico-metodológicas en el estudio de la relación depresión y dolor crónico.

La relación entre la depresión y el dolor crónico ha sido considerada como verdaderamente compleja, dado que se han encontrado discrepancias entre los resultados reportados por las diversas investigaciones que han abordado el problema. Esta complejidad parece explicarse por la evidente presencia de implicaciones teórico metodológicas encontradas en la mayoría de los trabajos realizados y van desde la diferencia de muestras o sujetos estudiados, de la ausencia de grupos control, de la confusión nosológica de la depresión hasta problemas psicométricos en la medición o evaluación de la depresión (Romano y Turner, 1985; Roy et al., 1984). De esta manera, a continuación se describirán de manera general cada uno de estos problemas teórico-metodológicos.

1. Sujetos.

La comparación de resultados entre los diferentes estudios que han abordado la relación depresión y dolor crónico se ha visto obstaculizada debido a la diversidad de poblaciones que han sido estudiadas. es decir, en la mayoría de los casos se han empleado poblaciones de pacientes psiquiátricos (Maruta et al., 1976; Merkey, 1965; Spear, 1967; Delaplaine et al., 1978; Von Knorring, 1975; Von Knorring et al., 1983); pacientes internos y externos referidos por la consulta psiquiátrica con y sin dolor crónico

(Large, 1980; Pelz et al., 1981; Pelz y Merkey, 1982; Pilling et al., 1967; Wilson et al., 1976; Lindsay y Wyckoff, 1981); pacientes referidos por la consulta medico-quirúrgica con persistencia de dolor sin causa orgánica aparente (Blummer y Heilbronn, 1981; Pilowsky y Basset, 1980; Pilling et al., 1967) y pacientes no psiquiátricos con dolor crónico (Lascelles, 1966; Marbach et al., 1983; Andrasik et al., 1982; Crisp et al., 1977; Marbach y Lund, 1965; Ziegler et al., 1978; Arena et al., 1965; Palacios et al., 1987).

Por tal motivo, no es sorprendente encontrar discrepancias entre los índices de depresión en estas poblaciones ya que muchos de los pacientes pudieron haber sido referidos por desordenes afectivos de depresión (Cassidy et al., 1957; Diamond, 1964; Gallemore y Wilson, 1969; Lindsay y Wickoff, 1981; Mathew et al., 1981; Von Knorring, 1975; Von Knorring et al., 1983; Ward et al., 1979), por quejas de dolor constantes (sin causa orgánica) posteriores a una intervención quirúrgica (Pilling et al., 1967) o por dolores que en su momento tuvieron alguna etiología orgánica, como neuropatías diabéticas, artritis reumatoide, cáncer, etc. (Blumer y Heilbronn, 1981; Kaplan y Reynolds, 1988; Turkington, 1980), además de que los pacientes procedían de diferentes escenarios como hospitales, consultorios privados, clínicas del dolor, etc.

Así, ante esta diversidad de poblaciones es evidente que no se ha llevado a cabo un control estricto sobre otras variables al momento de conformar las muestras en los diferentes estudios, es decir, poco se ha reportado en cuanto a las características demográficas, los antecedentes familiares de dolor y depresión, el uso de medicamentos, la severidad de problemas físicos y

psicológicos, etc. (Romano y Turner, 1985). Por tal motivo, los resultados de estos estudios deben ser tomados bajo ciertas consideraciones ya que estos no podrían ser generalizados al resto de la población con dolor crónico.

2. Grupos Control.

El análisis e interpretación de diversas investigaciones sobre la prevalencia y coexistencia de dolor crónico y depresión también se ha visto limitada por la falta de grupos control que sirvan como punto de referencia para establecer comparaciones entre la presencia y la severidad de estas dos entidades en diferentes poblaciones.

De la literatura revisada en este trabajo, solo pocos estudios emplearon grupos control de sujetos o pacientes con y sin dolor crónico o con y sin depresión (Andrasik et al., 1982; Crisp et al., 1977; Marbach y Lund, 1981; Merskey et al., 1981).

Ante este problema metodológico, es necesario que en el estudio de la relación dolor crónico-depresión se empleen muestras control adecuadas con las cuales comparar y limitar fuentes posibles de error (tipo de población, características demográficas, etc.) que obstaculizan conclusiones valiosas en la investigación.

3. Confusión Nosológica.

A pesar de que los profesionales de la salud (particularmente los médicos) parecen estar de acuerdo acerca del término de la depresión, la literatura que ha abordado la relación dolor crónico y depresión evidencia una gran diversidad nosológica al respecto ya que en las diversas investigaciones la depresión relacionada a

las quejas somáticas ha sido clasificada, diagnosticada o etiquetada de diferentes maneras, en la mayoría de ellas no basadas en criterios nosológicos establecidos como en el DSM III (Roy, Thomas y Matas, 1984).

Algunos de los términos con los cuales han sido llamada la depresión son: a) depresión endógena (Merskey, 1980); b) depresión reactiva (Mendels, 1982; Pillowsky, Chapman y Bonica, 1977; c) depresión enmascarada (López-Ibor, 1972); d) depresión cubierta (Mendels, 1982); e) depresión ansiosa (Roy et al., 1984) y f) depresión atípica (DSM III, 1983).

Ante esto, es importante mencionar que aunque la depresión es llamada de diferentes maneras cuando es acompañada de quejas somáticas, ésta hace alusión al mismo problema.

4. Problemas psicométricos en la medición o evaluación de la depresión en el dolor crónico.

Otro de los factores que muy probablemente ha contribuido a la heterogeneidad de los resultados en las investigaciones sobre la relación entre la depresión y el dolor crónico es la falta de una metodología estandarizada para medir, y en algunos casos diagnosticar, a la depresión en los pacientes con dolor crónico (Romano y Turner, 1985; Roy et al., 1984).

De este modo, se puede observar que, por un lado, las diversas investigaciones que han abordado dicha relación emplean una gran variedad de métodos para medir depresión, tales como: 1) escalas de autorreporte (cfr. Andrasik et al., 1982; Maruta et al., 1976b; Mathew et al., 1981; Palacios et al., 1987); 2) pruebas proyectivas (Blummer y Helbronn, 1981); 3) entrevistas

clínicas estructuradas (cfr. Lacelles, 1966; Lindsay y Wyckoff, 1981; Turkington, 1980); 4) entrevistas no estructuradas (cfr. Pilling et al., 1967; Wilson et al., 1976); y 5) criterios diagnósticos con base nosológica (cfr. Chapman et al., 1979; Kramlinger et al., 1983; Pelz y Merskey, 1982; Pilowsky y Bassett, 1982; Pilowsky y Chapman, 1977); por otro lado, muchos estudios no reportan el medio por el cual se evaluó la depresión (cfr. Delaplaine et al., 1978; Gallemor y Wilson, 1969; Large, 1980; Pelz et al., 1981) lo cual hace más compleja la comparación entre los diferentes estudios.

Ahora bien, los métodos de evaluación que con mayor frecuencia se emplean en la literatura revisada son, entre otros, las escalas de autorreporte como el MMPI, el Cuestionario de depresión de Levine-Pilowsky, el Cuestionario de depresión de Zung, el Inventario de depresión de Beck (IDB) y la Escala de depresión de Hamilton (Romano y Turner, 1985). Por otra parte, a pesar de que estos instrumentos aparentemente miden lo mismo (depresión), se ha observado que existe poca, y a veces nula, correlación entre ellos, lo cual posiblemente se deba a la diversidad de reactivos, criterios y categorías diagnósticas propias del instrumento (Turner y Romano, 1984).

Ante esto, Levit y Lubin (1975) mencionan que de 23 escalas que existen para evaluar la depresión, sólo 4 de ellas han llegado a desarrollar un apoyo empírico y estas son: el MMPI, el IDB, la escala de depresión de Zung y la escala de depresión de Hamilton.

De esta manera, se ha observado que el MMPI es una de las escalas que conserva un valor considerable en la investigación médica y psicológica acerca de la depresión permitiendo hacer comparaciones de manera general entre los estudios (Hersen y

Bellack, 1976). Ante esto, Fordyce (1976) menciona que para la interpretación de este instrumento sea mas objetiva se debe analizar junto con el resto del perfil y no de manera particular en cada una de sus escalas ya que se podría caer en interpretaciones parciales.

Por otro lado, el IDB ha sido una de las escalas mas empleadas, principalmente en la investigación norteamericana, para detectar a la depresión en poblaciones clinicas y no clinicas, y en la terapia de la conducta debido a su diversa gama de respuestas de autorreporte (cogniciones, conductas y somatizaciones) y por su facil aplicación y calificación (Hersen y Bellack, 1976; Polaino-Lorente, 1985).

Por su parte, la escala de depresión de Zung, aunque psicométricamente no es sofisticada, si muestra una gran variedad de clases de respuestas que enfatizan el autorreporte de alteraciones fisiológicas de la depresión. Sin embargo, aunque esta escala es un medio conveniente y rápido de evaluar la severidad de la depresión y ha ganado gran popularidad en el ambiente medico, especialmente en la investigación clinica europea, su uso en la práctica psicológica es limitado (Hersen y Bellack, 1976).

Ahora bien, la escala de depresión de Hamilton es frecuentemente utilizada en investigaciones norteamericanas para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepresivos en diferentes tipos de pacientes (Calderón, 1981; 1985).

Por otro lado, dada esta diversidad de escalas de evaluación empleadas en la investigación de la relación entre la depresión y el dolor crónico, es necesario elegir el instrumento más objetivo

y apropiado para la población estudiada, si es que sus resultados desean ser comparados con otros estudios.

Finalmente, es importante resaltar que para futuras investigaciones al respecto se considere la diversidad de problemas teórico- metodológicos (e.g., diferencias entre las muestras estudiadas, ausencia de grupos control, confusión nosológica, etc.) que podrían influir en el estudio de esta relación y por lo tanto a la no aclaración de la asociación entre la depresión y el dolor crónico.

Planteamiento del problema y propósito del estudio.

De la literatura revisada anteriormente, se puede concluir que a pesar de los diversos estudios que han abordado la relación entre el dolor crónico y la depresión aún es poco lo que se conoce al respecto ya que desafortunadamente existen diversos factores que limitan el esclarecimiento de dicha relación, tales como: 1) la escasez de estudios que utilizan poblaciones no psiquiátricas con dolor crónico en las cuales evaluar la presencia o ausencia de depresión; 2) son escasamente empleados los grupos control con quienes hacer comparaciones; 3) sólo un estudio (Philips y Jahanshahi, 1984) ha evaluado la relación que guarda la severidad del dolor crónico (cefalea) y la depresión, aspecto que parece ser fundamental al abordar la asociación entre el dolor crónico y la depresión; 4) la medición de la depresión ha sido muy variada y poco objetiva ya que no se especifica la manera como fué evaluada y diagnosticada empleando algunas veces entrevistas estructuradas y no estructuradas, instrumentos de autorreporte, pruebas proyectivas, criterios de diagnóstico particulares, etc., lo cual ha llevado a una gran discrepancia entre los resultados encontrados.

De esta manera, ante la presencia de tales limitantes no es posible que los resultados de dichos estudios sean generalizables al resto de la población con dolor crónico no psiquiátrica, mucho menos conocer el tipo de relación que guardan ambas entidades.

Por otra parte, se sabe que en México el estudio epidemiológico de un problema de salud tan importante y común como lo es el dolor de cabeza crónico o cefalea, es escasamente abordado por los profesionales de la salud.

Por lo tanto, el presente trabajo pretendió contrarrestar dichas limitantes comparando los índices de depresión entre una población con dolor de cabeza crónico y una población control sin dolor crónico, además de determinar el papel que juega la severidad del dolor crónico con los índices de depresión. Si la respuesta al primer planteamiento fuera que efectivamente la prevalencia de depresión es mayor en los cefaléicos, se intentará resolver otro problema: determinar el tipo de relación que guardan ambas entidades.

M E T O D O

Sujetos.

Participaron 20 pacientes cefaléicos crónicos no psiquiátricos (G₁) y 20 sujetos voluntarios sin dolor crónico (G₂ o control) ambos grupos fueron seleccionados bajo los siguientes criterios de inclusión:

Grupo 1

-periodo de evolución del dolor de cabeza de por lo menos seis meses.

-reportar por lo menos un episodio de dolor de cabeza por semana desde el momento de la recepción del paciente hasta concluir la etapa de evaluación psicológica.

-ausencia de cualquier patología orgánica que pudiera estar asociada al dolor de cabeza (hipertensión, anemia, traumatismos craneoencefálicos, etc.).

-refractarios al tratamiento farmacológico

-mayores de 15 años.

Grupo 2

-ausencia total de dolor de cabeza crónico o cualquier queja física crónica.

-mayores de 15 años.

Para ambos grupos se excluyeron todos aquellos pacientes o sujetos con desórdenes de tipo psiquiátrico y/o con antecedentes psiquiátricos.

Materiales.

1. Instrumentos de evaluación psicológica:

- a) Inventario de depresión de Beck et al. (1961).
- b) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).
- c) Historia Clínica Multimodal de Lazarus (1981) revisada y adaptada por Palacios (1985).

2. Hoja de automonitoreo del dolor de cabeza (Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, 1973).

3. Material de papelería.

Para mayor información de estos materiales q.v. anexo 2.

Escenario.

La recepción de los sujetos y la evaluación psicológica se llevaron a cabo en el consultorio 1 de la clínica Zaragoza (E.N.E.P. Zaragoza) con dimensiones de aproximadamente 3 metros cuadrados el cual contaba con un escritorio y dos sillas.

Diseño.

Se utilizó un diseño preexperimental de comparación estática (Castro, 1982) para dos grupos independientes, uno con dolor de cabeza crónico y uno sin dolor crónico, ambos apareados por la variable sexo.

Procedimiento.

Los pacientes del G₁ fueron extraídos de la muestra original de un proyecto general titulado *Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico* (Palacios y Rojas,

1986), q.v. anexo 1. Dado que estos pacientes ya habían pasado por una evaluación médica y psicológica (v. procedimiento del proyecto general en anexo), en el presente trabajo sólo se retomaron los resultados de ambas evaluaciones contenidas en los expedientes (diagnóstico, automonitoreo de 3 semanas y resultados de inventarios) para ser analizados y comparados con los resultados de la evaluación psicológica del G₂.

Por otro lado, los sujetos del G₂ fueron capturados de zonas aledañas a la clínica Zaragoza por medio de un cartel (colocado en la misma clínica, campus 1 de la E.N.E.P. Zaragoza y establecimientos cercanos a ésta) en el que se solicitaban sujetos voluntarios para participar en la aplicación de diferentes cuestionarios psicológicos.

De esta manera, los sujetos que voluntariamente acudieron interesados por el anuncio fueron entrevistados por un terapeuta con el fin de obtener información acerca de su salud (v.gr., padecimientos crónicos, psiquiátricos, etc.), antecedentes familiares (v.gr., psiquiátricos) y datos generales. Una vez que en esta entrevista los sujetos cumplieron con los criterios de inclusión para el G₂, estos fueron apareados en la variable sexo con el G₁ hasta obtener el mismo número de sujetos que en el G₁ y así quedar conformado el G₂. Después de esto, cada uno de los sujetos individualmente pasaron por una evaluación psicológica realizada por el terapeuta, la cual consistió en 4 sesiones, las dos primeras de hora y media, y las dos últimas de dos horas durante dos semanas con dos sesiones en cada una. La primera sesión consistió en la aplicación del inventario de depresión de Beck pidiendo al sujeto resolver en casa la historia clínica; en la segunda sesión se aplicó el MMPI y se recogió la historia

clínica la cual sería revisada por el terapeuta antes de la siguiente sesión para aclarar dudas y comentarios sobre ella con el sujeto; finalmente, en la tercera y cuarta sesión el terapeuta llevó a cabo una revisión minuciosa de la historia clínica con el sujeto.

A continuación en la tabla 5, se presenta un resumen del procedimiento llevado a cabo en el G₂.

Recepción de voluntarios		-Entrevista. -Conformación del G ₂ .
Evaluación Psicológica	S E M A N A 1	sesión 1 -Aplicación del IDB. -Tarea para el sujeto: resolver la HCL en casa.
		sesión 2 -Aplicación del MMPI. -Entrega el sujeto la HCL.
	S E M A N A 2	sesión 3 -Revisión de la HCL con el sujeto.
		sesión 4 -Revisión de HCL con el sujeto.

Tabla 5. Resumen del procedimiento llevado a cabo en el G₂.

IDB ./. Inventario de Depresión de Beck
HCL ./. Historia Clínica de Lazarus

RESULTADOS

I. Características demográficas y clínicas.

En la tabla 6, se muestran las características demográficas de cada uno de los grupos. El promedio de edad del G₁ fue $M= 26.45$ años (15 a 48), y del G₂ $M= 25.0$ años (15 a 48). En cuanto a la variable sexo, el 85% (n=17) fueron mujeres y el 15% (n=3) hombres, en ambos grupos. Respecto al estado civil, en el G₁ el 50% (10) reportó ser soltero, 40% (8) casado, y 10% (2) dentro de la categoría de otros. En el G₂, el 70% (14) reportó ser soltero y el 30% (6) casado. En relación a la escolaridad, en el primer grupo el 30% (6) concluyó la primaria, 15% (3) secundaria, 15% (3) nivel técnico, 5% (1) bachillerato, y 35% (7) profesional. En el segundo grupo, se encontró que el 5% (1) cursó la primaria, 15% (3) secundaria, 25% (5) nivel técnico, 5% (1) bachillerato, y 50% (10) profesional. Con respecto a la ocupación, en el G₁ se encontró que en el 20% (4) eran estudiantes, 25% (5) trabajaba, y 55% (11) eran amas de casa; sin embargo, en el G₂ el 79% (14) correspondió a estudiantes, 20% (4) trabajaba, y el 10% (2) eran amas de casa.

En la tabla 7, se muestran las características clínicas del G₁. De esta manera, se encontró que el periodo de evolución promedio del dolor de cabeza en los 20 pacientes fue de 7.32 años (el mínimo con un periodo de 6 meses y el máximo con 20 años). Con respecto al diagnóstico, se encontró que el 70% (14) presentó cefalea tensional (CT) o por contracción muscular, y el 30% (6) cefalea vascular o migrañosa (CM).

La tabla 8, por su parte, describe las dimensiones de severidad de la cefalea, mismas que fueron obtenidas a lo largo de

	G ₁ (n=20)	G ₂ (n=20)
EDAD	<i>M</i> =26.3 años <i>Med</i> =26	<i>M</i> =25.0 años <i>Med</i> =25
SEXO		
Mujeres	85% (17)	85% (17)
Hombres	15% (3)	15% (3)
ESTADO CIVIL		
Soltero	50% (10)	70% (14)
Casado	40% (8)	30% (6)
Otro	10% (2)	- - -
ESCOLARIDAD		
Primaria	30% (6)	5% (1)
Secundaria	15% (3)	15% (3)
Niv. Técnico	15% (3)	5% (1)
Bachillerato	5% (1)	5% (1)
Profesional	35% (7)	50% (10)
OCUPACION		
Estudiante	20% (4)	70% (14)
Trabajador	25% (5)	20% (5)
Ama de casa	55% (11)	10% (2)

Tabla 4. Características Demográficas del G¹ y G².

PERIODO DE EVOLUCION	DIAGNOSTICO
M = 7.32 a. (6 m. - 20 a.)	C. T. 70% (14) C. M. 30% (6)

Tabla 7. Características clínicas del G.. C. T.: cefalea tensional. C. M.: cefalea migrañosa.

FRECUENCIA	5.35
DURACION	47.32
INTENSIDAD MAX.	3.06
INDICE	0.80

Tabla 8. Severidad del dolor de cabeza. Promedio de tres semanas de automonitoreo.

3 semanas de automonitoreo del dolor de cabeza siguiendo el procedimiento propuesto por Budzynski y cols. (1973). De esta manera, se observó que la frecuencia promedio de cefalea por semana fue de 5.35, con una duración de 47.32 horas, una intensidad máxima de 3.06 (que significa dolor con el cual se pueden realizar labores cotidianas), y un índice promedio de 0.80.

II. Índices de Depresión de los grupos 1 y 2 a través del Inventario de Depresión de Beck, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota y la Historia Clínica de Lazarus.

A) Inventario de Depresión de Beck (IDB).

En la tabla 9, se presentan los resultados del IDB de los grupos 1 y 2 en forma de porcentajes y frecuencias (número de sujetos que calificaron el ítem) en cada uno de los reactivos, mismos que fueron clasificados en modalidades conductuales. Posteriormente se obtuvo una media general del total de calificaciones obtenidas para así calcular la media que fue comparada con los parámetros de severidad de la depresión propuestos por Beck y cols. (1961) en su artículo original. Por otro lado, los porcentajes fueron considerados como significativos siempre y cuando por lo menos el 45% (n=9) de los sujetos hubieran contestado afirmativamente.

De esta manera, en el primer grupo los reactivos que obtuvieron un mayor puntaje en el inventario fueron: inhibición del trabajo en un 70% (14), perturbación del sueño 65% (13), falta de satisfacción 60% (12), fatigabilidad 60% (12), sentimiento de fracaso 55% (11), autoacusaciones 55% (11), estado de ánimo (tristeza) 50% (10), odio a sí mismo 50% (10), brotes de llanto

REACTIVO	MODALIDAD	G ₁	G ₂
A. Estado de Animo	Afecto	50% (10)	35% (7)
B. Pesimismo	Cognición	45% (9)	15% (3)
C. Sentimiento de Fracaso	Cognición	55% (11)	15% (3)
D. Falta de Satisfacción	Afecto	60% (12)	20% (4)
E. Sentimiento de Culpa	Cognición	35% (7)	15% (3)
F. Sentimiento de Castigo	Cognición	45% (9)	30% (6)
G. Odio a sí mismo	Afecto	50% (10)	20% (4)
H. Autoacusaciones	Cognición	55% (11)	55% (11)
I. Deseos Autopunitivos	Cognición	40% (8)	10% (2)
J. Brotes de Llanto	Conducta	50% (10)	25% (5)
K. Irritabilidad	Afecto	60% (12)	35% (7)
L. Aislamiento Social	Relac. I.	25% (5)	20% (4)
M. Indecisión	Cognición	50% (10)	25% (5)
N. Imagen Corporal	Cognición	40% (8)	30% (6)
O. Inhibición del Trabajo	Conducta	70% (14)	40% (8)
P. Perturbación del Sueño	Drogas	65% (13)	45% (9)
Q. Fatigabilidad	Sensaciones	60% (12)	30% (6)
R. Pérdida de Apetito	Drogas	45% (9)	35% (7)
S. Pérdida de peso	Drogas	20% (4)	10% (2)
T. Preocupación Somática	Cognición	55% (11)	40% (8)
U. Pérdida de la Libido	Drogas	20% (4)	10% (2)
SEVERIDAD DE LA DEPRESION		N=13.35 Leve Med=14.5	N=7.75 Nula Med=6.5

Tabla 9. Porcentajes y frecuencias del G₁ y G₂ en el Inventario de Depresión de Beck.

50% (10), indecisión 50% (10), pesimismo 45% (9), sentimiento de castigo 45% (9), y pérdida de apetito 45% (9); mientras, en el segundo grupo sólo se observaron los reactivos referentes a auto-acusaciones con un 55% (11) y perturbación del sueño con un 45% (9). El resto de los reactivos obtuvieron un puntaje menor considerado como significativo.

Por otra parte, en el G₁ el índice de severidad de la depresión fué de Depresión Leve ($M= 13.25$) y en el G₂ de Depresión Nula ($M= 7.75$); el rango de calificaciones totales en el G₁ fué de 1-23 puntos mientras que para el G₂ fué de 0-24 puntos.

Un análisis de varianza de Kruskal Wallis (v. Siegel, 1979) mostró una diferencia significativa ($p. < 0.03$) entre los puntajes medios del IDB del G₁ y del G₂.

Sin embargo, al correlacionar los puntajes individuales del IDB con las diferentes dimensiones de dolor de cabeza (i.e., frecuencia, duración, intensidad, etc.) empleando el coeficiente de correlación de Spearman (v. Siegel, 1979), no se encontró ninguna relación significativa. Tampoco la edad ni el periodo de evolución del dolor de cabeza mostraron relación alguna.

B) MMPI

Un análisis de varianza Kruskal Wallis no mostró diferencias significativas en la escala 2 de Depresión del MMPI entre ambos grupos. Al correlacionar las calificaciones del IDB con los puntajes T de la escala 2 del MMPI no se encontró ninguna relación significativa en ambos grupos (q.v. tabla 10).

Por otra parte, se configuraron 2 perfiles del MMPI por grupo divididos por sexo e interpretados de acuerdo al código de Welsh

	MMPI 1	MMPI 2
IDB 1	S= 0.38 (no significativa)	
IDB 2		S= 0.029 (no significativa)

Tabla 10. Coeficiente de correlación de Spearman del IDB y el MMPI para ambos grupos.

(q.v. Núñez, 1979) señalando el nivel de severidad de la depresión según Lachar (1954). Así, la interpretación del primer perfil (824'137960-5/F-LK/) del G₁ femenino (n=17) muestra en sus escalas de validez a un grupo levemente defensivo que trata de dar una imagen favorable de sí mismo (L-T53), reconociendo tener problemas (F-T66) pero con cierta dificultad para comprenderlos y afrontarlos (K-T53). La configuración de estas escalas denotan un pico de auxilio que indica la necesidad de ayuda que demanda este grupo (q.v. figura 1).

Por su parte, las escalas clínicas denotan un tipo de perfil "limitrofe" que muestran en su escala 2 (T71) niveles de depresión clínicamente significativos, con sentimientos de inseguridad y pesimismo hacia las propias capacidades y metas, provocando insatisfacción con el medio y tendencia al aislamiento; es un grupo con niveles de actividad cognitiva importante, poco realistas, fantasiosos y preocupados; con ciertas dificultades en cuanto al manejo del enojo y para establecer relaciones interpersonales con figuras que representen autoridad; es un grupo que se queja frecuentemente de males físicos como insomnio y cefaleas; muestran dependencia, conducta infantil y demanda de afecto; con tendencia al perfeccionismo, la ansiedad y la autocrítica; defensivos en contra de la depresión por medio de la actividad, el dinamismo y la somatización; son desconfiados, resentidos y hostiles; poco sociales, introvertidos, inseguros y con tendencia al aislamiento; finalmente, se observan actitudes pasivas y convencionales de acuerdo al rol que juegan en su medio (q.v. figura 1).

Por su parte, la interpretación del primer perfil femenino (284-6790315/FKL/) del G₂ (n=17) muestra a un grupo igualmente

defensivo que trata de dar una imagen favorable de sí mismo (L-T53); sin embargo, muestra una adecuada adaptación psicológica en ocasiones alterada por reacciones emotivas (F-T58), mismas que serían afrontadas de manera adecuada dado que el grupo reconoce sus propias capacidades y limitaciones para hacerlo (K-T53). Por lo tanto, la configuración de estas escalas denotan cierta "normalidad" en el grupo (q.v. figura 1).

Por otro lado, en las escalas clínicas la escala 2 (T63) describe a un grupo de sujetos levemente deprimidos, preocupados y pesimistas ante situaciones temporales o momentáneas, es decir, una forma de depresión reactiva; por su parte, en el resto de las escalas clínicas, se observó a un grupo de sujetos equilibrado, con capacidades intelectuales y realistas; son activos y energéticos, independientes al tratar de romper con cualquier relación con la que puedan sentirse sometidos; son considerados, flexibles, alertas, sensibles y astutos cuya actividad de energía es característica de personas "sanas" lo que los hace establecer relaciones sociales en forma satisfactoria; son realistas con respecto a su salud y, finalmente, es un grupo que se desenvuelve dentro de un rol convencional propio de su medio (q.v. figura 1).

Ahora bien, la interpretación del segundo perfil (12'375948-60/KFL/) del G₁ masculino (n=3) muestra cierta defensividad (L-T56), negación de problemas (F-T58) pero si aceptación de habilidades para enfrentarse al medio (K-T59). En las escalas clínicas, la escala 2 (T-72) muestra niveles de depresión clínicamente significativos, inseguridad, pesimismo y preocupación; además de un interés significativo por la salud, quejas somáticas frecuentes como náuseas, vómito, cefaleas,

insomnio y dificultades sexuales; dependencia, miedo a la muerte, a la soledad y a las enfermedades crónicas; con tendencia al perfeccionismo, la tensión, la ansiedad y la indecisión; con actitudes de pasividad, tolerancia y evasión de situaciones problemáticas que implican hostilidad; poseen niveles altos de energía que actúan como medio de defensa en contra de la depresión; con tendencia a la inconformidad con todo aquello que implique autoridad, pero sin llegar a la impulsividad; por otro lado, se le consideró como un grupo con intereses abstractos, creativo y fantasioso pero sin llegar a alejarse de la realidad; orientados adecuadamente en tiempo y espacio, considerados y sensibles; finalmente, se les considera como un grupo capaz de establecer relaciones sociales satisfactorias (q.v. figura 2).

En el segundo perfil masculino (12'793-6845/0:KF-L/) del G₂ (n=3) se observó a un grupo levemente defensivo con tendencia a ofrecer respuestas socialmente aprobadas (L=T56); reconocen problemas específicos aunque con una adecuada adaptación psicológica (F=T60) mostrando ciertas capacidades para enfrentarse al medio (K=T61). En cuanto a las escalas clínicas, la escala 2 (T=70) describe a un grupo con depresión moderada, con tendencia a la ansiedad, rigidez, obsesión y preocupación por dificultades personales; con interés significativo por la salud y quejas físicas; sin embargo, son sujetos que se les considera como enérgicos, agradables, entusiastas y de buen temperamento; además independientes, sociales, afectuosos, sentimentales, flexibles, convencionales y con capacidad para establecer relaciones interpersonales de manera satisfactoria (q.v. figura 2).

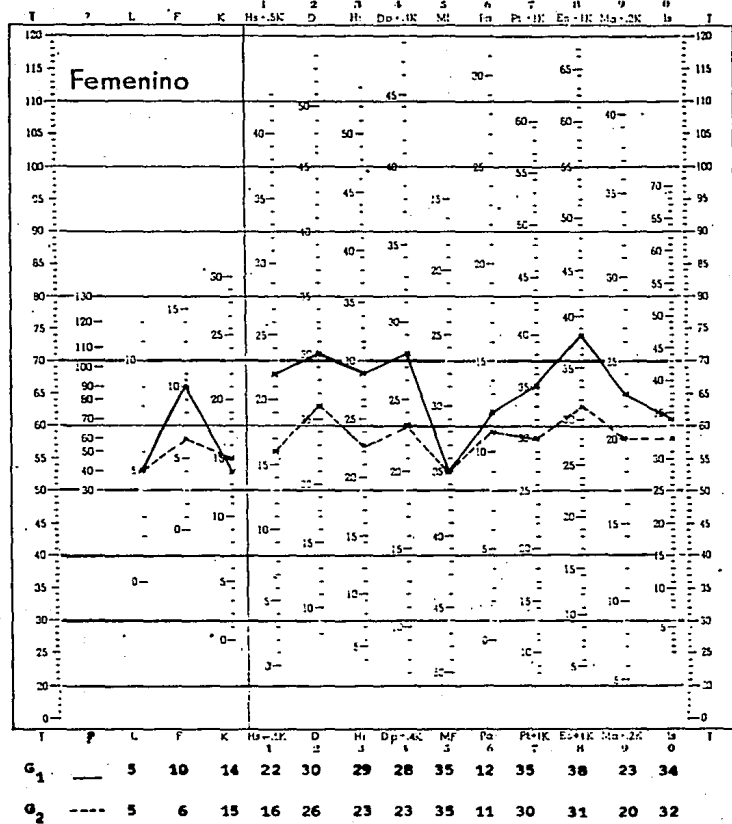


Figura 1. Perfiles femeninos del MMPI del G_1 y G_2 .

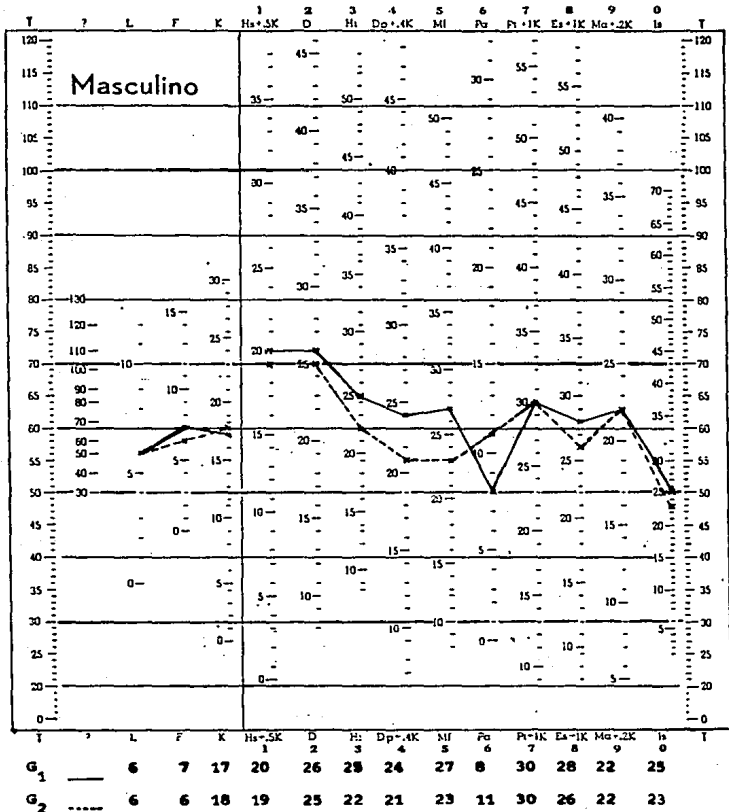


Figura 2. Perfiles masculinos del NMP1
del G₁ y G₂.

C) Historia Clínica de Lazarus (HCL).

Los resultados de este instrumento se categorizaron y analizaron en forma multimodal para cada uno de los grupos respetando el orden de las modalidades y categorías empleadas por Lazarus (1981). De esta manera, en la tabla 11, se presenta un BASIC ID por cada grupo donde se describen por modalidad el porcentaje y la frecuencia de las categorías conductuales más significativas y constantes. Para esto se consideró como porcentaje significativo el 45% en cada una de las categorías al ser analizadas. También, antes de describir cada una de las modalidades se presenta la postura de cada grupo ante sus problemas.

1. Descripción de problemas presentes.

En el G₁ se observó que el 75% (15) de los pacientes describió sus problemas actuales como físicos u orgánicos, el 35% (7) como emocionales, y el 35% (7) dentro de la categoría de otros (i.e., problemas económicos y familiares especialmente con la pareja). En el G₂ el 30% (6) los describió como emocionales, el 25% (5) como orgánicos y el 45% (9) restante reportó no tener ningún problema que les preocupara.

2. Severidad de problemas presentes.

Respecto a la severidad de estos problemas el 55% (11) del G₁ los consideró como muy severos y el 45% (9) como moderadamente severos, severidad que en un 40% (8) se refirió exclusivamente a dolor de cabeza. Por otro lado, el 60% (12) del G₂ consideró sus problemas actuales como poco o nada inquietantes y el 40% (8) como

levemente inquietantes.

3. Atribución del problema.

En el G₁, el 70% (14) de los pacientes atribuyó sus problemas entre ellos el dolor de cabeza a la agresión, preocupación, enojo y depresión, el 30% (6) a causas orgánicas. El 30% (6) del G₂ los atribuyó a la desidia, la irresponsabilidad, la desorganización y a problemas de concentración, y un 25% (5) a las preocupaciones.

4. Solución del problema.

La capacidad de solución que ha llevado a cabo el G₁, en particular contra el dolor de cabeza, ha sido en un 55% (11) con paliativos médicos (tésis, tisanas, etc.) y el 45% (9) con fármacos. Respecto a los otros problemas reportados, los pacientes no manifestaron soluciones directas. Por otro lado, el G₂ reportó ejercer soluciones específicas para cada uno de los problemas referidos, es decir, el 30% (6) de las soluciones fueron de tipo conductual (i.e., trabajar, distraerse y organizarse).

Conducta (B).

Las conductas más significativas encontradas en el G₁ fueron: desidia 50% (10), llanto 50% (10), insomnio 50% (10), reacciones impulsivas 50% (10), flojera 50% (10), pérdida de control 45% (9), problemas de concentración 45% (9), problemas de sueño 45% (9). En cambio en el G₂ no se encontraron frecuencias significativas en ninguna de las categorías.

Afecto (A).

En esta modalidad se encontró que el 75% (15) del G₁ reportó

constantemente depresión, fastidio 60% (12), desesperanza 60% (12), infelicidad 60% (12), enojo 55% (11), aburrimiento 50% (10), tensión 50% (10) y fobias 45% (9) principalmente al fracaso, la soledad, la muerte y al daño físico. Por su parte, el G₂ reportó frecuentemente sentimientos de esperanza 65% (13), optimismo 65% (13), felicidad 65% (13) y alegría 50% (10).

Sensaciones (S).

En esta modalidad se observó que el G₁ manifestó como principal sensación física el dolor de cabeza 100% (20), incapacidad para relajarse 60% (12), fatiga 50% (10). El G₂ se reportó dolor de espalda 70% (14) y fatiga 45% (9) como sensaciones significativas.

Imaginación (I).

En esta modalidad las imágenes que se presentaron con mayor frecuencia en el G₁ fueron: imágenes de ser amado 50% (10), imágenes sexuales displacenteras 50% (10) e imágenes de aliento exitoso 45% (9). Por otro lado, en el G₂ se reportaron imágenes de ser amado 55% (11), imágenes de infancia feliz 45% (9) e imágenes de aliento exitoso 45% (9).

Cognición (C).

Para una mejor descripción de esta modalidad, las cogniciones se clasificaron en dos categorías de autoconceptos (i.e., la manera como se describe a sí mismo el sujeto): negativos y positivos. En la primera categoría el G₁ se describió como: confuso 55% (11), con problemas de concentración 55% (11), que comete muchos errores 50% (10) e incapaz para tomar decisiones 45%

(9). En el G₂ en esta misma categoría sólo se encontraron ingenuo 55% (11) y problemas de concentración 45% (9).

Por otro lado, en la segunda categoría el G₁ se describió como sensible 90% y (18), honesto 50% (10). Y el G₂ como leales 85% (17), confiables 80% (16), honestos 50% (10), sensibles 70% (14), con buen sentido del humor 65% (13), buenos para el trabajo 60% (12), inteligentes 50% (10), ambiciosos 45% (9) y seguros 45% (9).

Relaciones Interpersonales (1).

Esta modalidad contempla los problemas de relación interpersonal o de interacción que enfrenta cada grupo con aquellos que lo rodean, así como también la expresión honesta y directa de los sentimientos, pensamientos, etc., (Rimm y Masters, 1981).

De esta manera, el G₁ reportó tener problemas con la familia en un 55% (11), especialmente con miembros que representaban autoridad (padres y/o pareja) y problemas matrimoniales 50% (10). Por su parte, en el G₂ no se reportaron problemas en esta categoría.

Por otra parte, en el G₁ se reportaron dificultades para expresar sus sentimientos, opiniones y deseos en forma directa y adecuada a los demás 60% (12), no comparten con nadie sus sentimientos y pensamientos más íntimos 55% (11) y tampoco hacen amigos fácilmente 55% (11), situaciones que hacen sentir al grupo como relativamente confortables en situaciones sociales 55% (11). Por otro lado, el G₂ no experimenta dificultad para comportarse asertivamente 85% (17), hacen amigos fácilmente 75% (15). Se sienten relativamente confortables en situaciones sociales 65%

(13) y comparten con alguien sus sentimientos y pensamientos más íntimos 55% (11).

Drogas (D).

En esta última modalidad relacionada con la salud y el bienestar físico general, el G₁ presentó como único antecedente patológico familiar principal dolor de cabeza 45% (9). Mientras que en el G₂ ninguna categoría alcanzó una frecuencia significativa.

En lo que respecta a la presencia de síntomas somáticos, el G₁ reportó dolor de cabeza 100% (20), sueño irregular 50% (10) e insomnio 45% (9). En el G₂ sólo se reportó dolor de espalda en un 70% (14).

Por otro lado, en cuanto al área sexual los pacientes del G₁ reportaron experimentar ansiedad ante el sexo en un 60% (12) e insatisfacción sexual en un 45% (9). Mientras que el G₂ reportó satisfacción sexual en un 45% (9).

Finalmente, en lo que respecta al estilo de vida en el G₁ se encontró que de los pasatiempos o actividades recreativas y uso del tiempo libre el 70% (14) eran pasivas o de descanso (i.e., tejer, leer, ver T. V., etc.). En el G₂ el 80% (16) desarrollaba tareas y pasatiempos activos o de diversión (v.gr., hacer ejercicio, pasear, ir a fiestas, etc.) y el 75% (15) reportó actividades de desarrollo personal (leer y estudiar).

	B	A	S	I	C	I	D
G R U P O 1	<ul style="list-style-type: none"> -Desidia 50% (10) -Llanto 50% (10) -Insomnio 50% (10) -Reacciones Impulsivas 50% (10) -Flojera 50% (10) -Pérdida de control 45% (9) -Problemas de concentración 45% (9) -Problemas de sueño 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> -Depresión 75% (15) -Fastidio 60% (12) -Desesperanza 60% (12) -Infelicidad 60% (12) -Enojo 55% (11) -Aburrimiento 50% (10) -Tensión 50% (10) -Fobias 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza 100% (20) -Incapacidad para relajarse 60% (12) -Fatiga 50% (10) 	<ul style="list-style-type: none"> -Imágenes de ser amado 50% (10) -Imágenes sexuales displacenteras 50% (10) -Imágenes de aliento exitoso 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> Autoconceptos Negativos: <ul style="list-style-type: none"> -Confuso 55% (11) -Con problemas de concentración 55% -Cometo muchos errores 50% (10) -Incapaces de tomar decisiones 45% (9) Autoconceptos Positivos: <ul style="list-style-type: none"> -Sensible 90% (18) -Honesto 50% (10) 	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas de interacción personal con la familia 55% (11) -Problemas matrimoniales 50% (10) -Dificultad para expresar sentimientos opiniones y deseos 60% (12) -No comparten con nadie sus sentimientos o pensamientos más íntimos 55% -Dificultad para hacer amistades 55% (11) -Relativamente confortables en situaciones sociales 55% (11) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor de cabeza como antecedente patológico familiar principal 45% (9) -Síntomas somáticos principales: <ul style="list-style-type: none"> Dolor de cabeza 100% (20) Sueño irregular 50% (10) Insomnio 45% (9) Ansiedad ante el sexo 60% (12) Insatisfacción sexual 45% (9) Estilo de Vida: los pasatiempos o actividades recreativas y uso del tiempo libre fueron en un 70% pasivas (tejer, leer, ver t.v)
G R U P O 2		<ul style="list-style-type: none"> -Esperanza 65% (13) -Optimismo 65% (13) -Felicidad 65% (13) -Alegría 50% (10) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor de espalda 70% (14) -Fatiga 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> -Imágenes de ser amado 55% (10) -Imágenes de Infancia feliz 45% (9) -Imágenes de aliento exitoso 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> Autoconceptos Negativos: <ul style="list-style-type: none"> -Ingenuo 55% (11) -Problemas de concentración 45% (9) Autoconceptos Positivos: <ul style="list-style-type: none"> -Leales 85% (17) -Confiables 80% (16) -Honestos 50% (10) -Sensibles 70% (14) -Con sentido del humor 65% (13) -Buenos para el trabajo 60% (12) -Inteligentes 50% -Ambiciosos 45% (9) -Seguros 45% (9) 	<ul style="list-style-type: none"> -No experimenta dificultad para comportarse asertivamente 85% (17) -Hacen amigos fácilmente 75% (15) -Comparten con alguien sus sentimientos y pensamientos 55% (11) 	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor de espalda 70% (14) -Satisfacción sexual 45% (9) Estilo de Vida: <ul style="list-style-type: none"> -Tareas o pasatiempos activos o de diversión 80% (ejercicio, pasear, ir a fiestas) 55% (11) -Actividades de desarrollo personal 75% (leer y estudiar).

Tabla 11. BASIC-ID para ambos grupos.

DISCUSION

Este trabajo, a diferencia de los usuales en esta línea de investigación, se distingue, primero, por haber empleado dos grupos homogéneos en dos características demográficas importantes: sexo y edad, lo que hace a ambas muestras altamente comparables. Segundo, por haber empleado un grupo control con estatus clínico diferente al del grupo de cefaléicos. Si bien este grupo control reportó frecuentemente dolor de espalda la importancia y el manejo de esta condición no fueron los mismos que en los pacientes del grupo con cefalea. Es decir el G₂ no identificó ninguna situación de su vida o su conducta como problemáticas. Aunque una evaluación médica en este grupo pudo haber permitido descartar con mayor confianza la relevancia de esta dorsalgia. Y, tercero se destaca el hecho de que ambos grupos no estuvieron conformados por sujetos psiquiátricos.

Por otra parte, de los planteamientos expuestos sólo existen elementos para aceptar que el grupo de pacientes con dolor de cabeza presentó mayores índices de depresión que el G₂. Este dato confirma el hecho demostrado en otros trabajos sobre una frecuente prevalencia de depresión en sujetos con dolor de cabeza no psiquiátricos (Arena, et al., 1985; Martin, 1973; Palacios, et al., 1987; Philips y Jahanshahi, 1985; Violon, 1980). Sin embargo, debe señalarse que esta diferencia sólo se apreció con el IDB y no con el MMPI.

Según los criterios de severidad del IDB (Beck et al., 1961) la depresión en el grupo de cefaléicos puede considerarse como leve, y se caracterizó principalmente por perturbaciones del sueño, inhibición del trabajo, insatisfacción, fatigabilidad,

sentimientos de fracaso, pesimismo, autoacusaciones, tristeza, odio a sí mismo, llanto, indecisión, sentimientos de castigo y pérdida de apetito. Como se puede apreciar no existe una modalidad predominante en el perfil depresivo del IDB en pacientes del G₁.

Y, aunque el G₂ calificó igual que el G₁ en los ítems de perturbación del sueño, los análisis de contenido que el terapeuta realizaba con los sujetos mostró diferencias sustanciales en lo que significaba este reactivo. Ya que, en el caso de los cefaléicos se traducían efectivamente en dificultades para conciliar el sueño y/o en despertarse más temprano que lo usual, en cambio en los sujetos control la perturbación se referían más a incomodidades por tener que levantarse temprano para cumplir con sus deberes (e.g., ir a la escuela). Algo similar ocurrió con el reactivo de autoacusaciones, ya que en el G₁ éstas se referían a percepciones de incapacidad personal para resolver sus problemas y en el G₂ se relacionaban en general con déficits en la organización de sus actividades cotidianas.

Este dato de depresión leve del G₁ coincide con los reportados por Blanchard *et al.* (1982) y por Palacios *et al.* (1987).

La discrepancia entre los instrumentos que se emplearon para medir la depresión probablemente se explique por las diferencias en las características intrínsecas de ellos. Es decir, en tanto que el IDB considera características conductuales, cognitivas o afectivas relacionadas específicamente con el comportamiento depresivo, el conjunto de proposiciones contenidas en la escala 2 del MMPI considera una amplia variedad de situaciones que dentro de un modelo cognitivo conductual de la depresión serían irrelevantes para medirla. Este hecho no es nuevo, Hersen y

Bellack (1975) reportan moderados niveles de correlación entre estos dos instrumentos y explican esto con base en la heterogeneidad de los ítems de la escala 2 del MMPI. Sin embargo, recientemente Nelson (1987) estableció relaciones significativas entre la escala 2 del MMPI y el IDB en población psiquiátrica deprimida y no deprimida, observando que la correlación se fortalecía si se excluían aquellos reactivos "irrelevantes" para evaluar la depresión.

Por otra parte, los resultados de los diferentes análisis de correlación realizados no mostraron ninguna relación entre los diferentes parámetros del dolor de cabeza y los datos de depresión en ninguno de los dos instrumentos. Este dato se opone al reportado, en este mismo sentido, por Philips y Jahanshahi (1985) quienes, empleando el inventario de depresión de Wakefield y el cuestionario de personalidad de Eysenck, describen relaciones significativas entre la severidad de la cefalea y las perturbaciones depresivas en 360 pacientes no psiquiátricos. Resulta importante mencionar que el trabajo de estos autores y el que aquí se reporta parecen ser los únicos que han tratado de establecer una relación entre la severidad del dolor de cabeza crónico y la depresión. Sin embargo, considerando las diferencias en el tamaño de las muestras y en los instrumentos empleados resulta difícil comparar los resultados de ambos trabajos y poder hacer alguna aseveración sólida respecto a las relaciones indagadas. Sin duda esta discrepancia hace necesaria una replicación que por ejemplo, determine la confiabilidad entre los instrumentos, emplee el IDB con muestras más grandes, etc. Quizá pueda argumentarse en favor de este estudio que el IDB es uno de los instrumentos más utilizados en la clínica psicológica y sobre

el que descansa una mayor confianza respecto a su validez. No obstante sigue siendo imperante una estandarización del instrumento en la población mexicana.

Por otra parte, respecto al MMPI llama la atención la gran semejanza en la configuración de los perfiles en ambos grupos, especialmente el de las mujeres. La diferencia más notable es que el perfil del G₁ es más elevado, pero la tendencia de las diferentes escalas es la misma. Según NÚÑEZ (1979) un perfil como el de las mujeres del G₂ de este estudio se aproxima mucho a un perfil de normalidad, y la elevación del perfil de las mujeres cefalécas a un perfil limítrofe clínicamente significativo lo que parece sugerir un deterioro psicológico más bien generalizado que específico.

Asimismo, los puntajes T de la escala 2 obtenidos en este trabajo son ligeramente más altos que los observados en otros estudios (Blanchard et al., 1982; Maruta et al., 1976b; Palacios et al., 1987; Pilling, 1967; Watson, 1982) aunque vistos como un conjunto aparecen bastante homogéneos. Sin embargo, podría considerarse que resulta difícil observar puntajes bajos en esta escala, ya que, cuantitativamente, los estudios transculturales, y en especial, los que se han realizado en México, demuestran una importante tendencia a la elevación de la media estadística de los grupos (en hombres y mujeres, es superior en 5 puntos en bruto a la media norteamericana), por lo que hipotéticamente puede considerarse que la escala tenderá a elevarse por un factor cultural (Rivera, 1987).

En lo que se refiere a la HCL los datos de las diferentes modalidades que ésta contempla apuntan hacia diferencias importantes entre los grupos estudiados. Por una parte, el G₁,

aparece en general como más deteriorado psicológicamente que el G₂, sin poder reducir este deterioro a una esfera comportamental particular. Y, por otra parte, ambos grupos muestran diferencias notables en lo que respecta al estilo de vida. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres eran amas de casa con un ritmo de actividades rutinario, una tendencia al sedentarismo, un empleo convencional del tiempo libre, etc. En cambio, el G₂ se caracterizó por un empleo más variado y placentero del tiempo libre (descanso y diversión), un interés por el desarrollo de actividades de superación personal y profesional, y en general, por un ritmo de vida más diversificado y satisfactorio. Sin embargo, debe resaltarse que el estilo de vida de ambos grupos pudo estar determinado por la escolaridad y la ocupación de los sujetos.

De esta manera, se puede concluir que estas divergencias en el estilo de vida parecen ser las que están determinando las diferencias entre los grupos. Y si se entiende al concepto de estilo de vida como un patrón de comportamiento aproximadamente estable que guarda una relación estrecha con el estado de salud de las personas, el estilo de vida de los pacientes cefaléicos puede considerarse más patógeno que el de los sujetos del G₂. Bajo esta consideración es como podría entenderse la presencia del dolor de cabeza y de mayores índices de depresión en el G₁. De tal manera que no es posible sostener una relación causal entre estas dos entidades y que su co-existencia más que ser casual, como otros autores lo han sugerido (Demit y Friedman, 1987) parece responder más a esta noción de conductas patógenas; sin embargo, aún no es posible proponer una explicación suficiente respecto al mecanismo implicado, es decir, ¿por qué a estos sujetos en particular les

duele la cabeza? Asimismo, esta concepción de comportamientos anti-salutógenos podría explicar la ambigüedad de los resultados de los estudios que han intentado explicar las relaciones entre la depresión y el dolor crónico desde los diferentes modelos teóricos que se han propuesto al respecto. En este marco, la respuesta a este planteamiento aguarda la investigación correspondiente. El trabajo desarrollado por Palacios y Rojas (1987) parece apuntar en ese sentido, al intentar explorar las relaciones entre diferentes modalidades de comportamiento en sujetos con dolor de cabeza crónico y sujetos control y por lo tanto a un abordaje multifactorial del problema.

Ahora bien, dentro de las limitantes del presente trabajo debe de considerarse que los sujetos del G₂, no pasaron por una evaluación médica que pudiera hacer más objetivo el estado de salud del grupo, además de que el orden de aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica para el G₂ fue diferente a la del G₁, dada la deserción de sujetos control al momento de aplicar la HCL, lo cual podría explicarse dada la naturaleza de este instrumento, ya que involucra al sujeto de manera inmediata a un análisis multimodal de su conducta, no habiendo así una sensibilización previa o de habituación para enfrentarse a esta nueva situación.

Por otra parte, si bien el trabajo que aquí se expone presenta estas limitantes, también ofrece alcances importantes en esta línea de investigación, ya que a diferencia de los trabajos realizados al respecto, se empleó un grupo de pacientes con cefalea crónica, y un grupo control sin dolor crónico, ambos sin antecedentes ni características de tipo psiquiátrico. Además, de

que se realizó una evaluación psicológica que evaluó diferentes modalidades conductuales en cada uno de los grupos, y sobre todo que resalta la posible participación del estilo de vida en la relación entre la cefalea y la depresión.

Finalmente, como es usual en los trabajos de esta naturaleza, los resultados más que solucionar problemas, abren nuevas interrogantes, entre ellas: 1) tratar de averiguar la posible existencia de mecanismos particulares en el estilo de vida de las personas (diferentes a la depresión) que promuevan el desarrollo del dolor de cabeza; 2) el diseño y validación de instrumentos que permitan evaluar y discriminar aspectos particulares del estilo de vida; y 3) investigar los estilos de vida de sujetos con otro padecimiento crónico (e.g., dolor de espalda, hipertensión arterial esencial, Úlcera gástrica, etc.).

REFERENCIAS

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Alexander, F. (1952). Psychogenic headaches and migraine. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 12, 155-163.
- Alvarez, W.C. (1974). The migraineurs personality and constitution: The essential features of the disease: A study of 500 cases. *American Journal of Medicine and Science*, 2, 213.
- Andrasik, F., Blanchard, E.B., Arena, J.G., Teders, S.J., Teevan, R.C. y Rodichok, L.D. (1982). Psychological functioning in headache sufferers. *Psychosomatic Medicine*, 44, 171-182.
- Andrasik, F. y Holroyd, K. (1980). A test of specific and non-specific effects in biofeedback treatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 575-586.
- Appenzeller, D. (1973). Getting a sore head from bangin it on the wall. *Headache*, 13, 131-132.
- Arena, J.G., Andrasik, F. y Blanchard, E.B. (1985). The rol of personality in the etiology of chronic headache. *Headache*, 25, 296-301.
- Bakal, D. A. (1975). Headache: A biopsychological perspective. *Psychological Bulletin*, 82, 369-381.
- Bakal, D. A. (1982). *The psychobiology of chronic headache*. New York: Springer.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beaty, J. y Haynes, S. (1979). Behavioral intervention with muscle-contraction headache: A review. *Psychosomatic Medicine*, 41 (2), 165-180.
- Beck, A.T. (1974). The development of depression: a cognitive model. En: R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.) *The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Meck, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1982). Psychological assesment and treatment of headache: Recent developments and emerging issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50,

- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Neff, D. F., Teders, S.J., Fallmeyer, T.P., Arena, J.G., Jurish, S.E., Saunders, N.L., Ahles, T.A. y Rodichock, L.D. (1982). Sequential comparisons of relaxation training and biofeedback in the treatment of three kinds of chronic headache or the machines may be necessary some of the time. *Behavior Research and Therapy*, 20, 469-481.
- Blanchard, E.B., Jurish, S.E., Andrasik, F. y Epstein, L.H. (1981). The relationship between muscle discrimination ability and response to relaxation training in three kinds of headaches. *Biofeedback and Self-Regulation*, 6, 537-545.
- Blau, J.N. (1983). Chronic headaches in general practice. *British Medicine Journal*, 246, 1345-1376.
- Blumental, L.S. (1968). Introduction. En: Vinkin, P.J. y Brunyn, G.W. (Eds.) *Handbook of clinical neurology*, (vol. 5), New York:-----.
- Blummer, D. y Heilbronn, M. (1981). The pain-prone disorder: A clinical and psychological profile. *Psychosomatic Medicine*, 22, 395-402.
- Blummer, D. y Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-393.
- Blumer, D. y Heilbronn, M. (1986). Dolor crónico y padecimientos depresivos. *Hundo Médico*, 13, 39-44.
- Bonica, J.J. (1980). Pain research and therapy: Past and current status and future needs. En: L.N. y J.J. Bonica (Eds.) *Pain, discomfort and humanitarian care*. New York: Elsevier.
- Borgeat, F., Hade, B., Larouche, L.M. y Bedwani, C.N. (1980). Effect of therapist's active presence on EMG biofeedback training of headache patients. *Biofeedback and Self-Regulation*, 5, 275-282.
- Bouchard, M.A. (1981). Trastornos psicofisiológicos. En: Ladouceur, R., Bouchard, M.A. y Granger, E. *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Barcelona: Debate.
- Bradley, J.J. (1963). Severe localized pain associated with the depressive syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 109, 741-745.
- Budzynski, T., Stoyva, J. y Adler, C. (1970). Feedback-induced muscle relaxation: Application to tension headache. *Journal*

Behavior and Therapy Experimental Psychiatry, 1, 205-211.

- Budzynski, T., Stoyva, J., Adler, C. y Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- Burgess, E.P. (1969). The modification of depressive behavior. En: R.D. Rubin y C.M. Franks (Eds.). *Advances in behavior therapy*. New York: Academic.
- Calderón, G.N. (1981). La depresión como problema de salud pública. *Salud Pública de México*, 23, 503-508.
- Calderón, G.N. (1985). *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México, D.F.: Trillas.
- Campillo, C. y Díaz, A. (1976). Departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental: Una imagen panorámica. *Psiquiatría*, 6 (1), 42-50.
- Campillo, C. y Caraveo, A. (1979). Epidemiología de la depresión. *Revista de Salud Mental*, 2 (4), 40-44.
- Campuzano, D. (1987). El dolor, una reacción de defensa. *Gaceta UNAM*, julio 27.
- Carrobes, J.A. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback: Principios y aplicaciones*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cassidy, W.I., Flanagan, N.B., Spellman, M. y Cohen, M.E. (1957). Clinical observations in maniac-depressive disease: A quantitative study of 100 maniac-depressive patients and 50 medically sick controls. *Journal of the American Medical Association*, 164, 1535-1546.
- Castro, L. (1982). *Diseño experimental sin estadística: Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. México, D.F.: Trillas.
- Cinciripini, P.M., Williamson, D.A. y Epstein, E.H. (1980). Behavioral treatment of migraine headache. En: J.M. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.). *The comprehensive handbook of behavioral* (vol. 2). New York: Spectrum.
- Cohen, R.A., Williamson, D.A., Monguillot, J.E., Hutchinson, P.C., Gotlieb, J. y Waters, W.F. (1983). Psychophysiological patterns in vascular and muscle-contraction headaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 93-107.
- Contreras, C.M. (1987). Uno de cada diez ciudadanos padece depresión. *Gaceta U.N.A.M.* 10. de octubre, p. 18.
- Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of

reinforcers' effectiveness? *Behavior Therapy*, 3, 248-247.

- Couch, J.R. y Hassanein, R.S. (1976). Migraine and depression: Effect of amitriptyline prophylaxis. *Transactions of the American Neurological Association*, 101, 1-4.
- Cox, D. y Thomas, D. (1981). Relationship between headaches and depression. *Headache*, 21, 261-263.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Journal of Psychiatry*, 39, 14-17.
- Crisp, A.H., McGuiness, B. y Kalney, R.S. (1977). Some clinical social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgraduate Medicine Journal*, 53, 691-697.
- Currian, D.A., Hinterberger, H. y Lance, J.W. (1965). Total plasma serotonin, 5-hidroxy-indoleacetic acid and p-hidroxy-methoxymandelic acid secretion in normal and migraineous subjects. *Brian*, 88, 997-1010.
- Chaparro, H., Aguirre, R. y Olivares, L. (1979). Sobre el significado de la cefalea en la consulta neurológica. *Revista del Instituto Nacional de Neurología*, 13, 34-42.
- Dalsgaard-Nielsent, T. (1965). Migraine and heredity. *Acta Neuroológica Scandinavica*, 41, 287-300.
- De la Fuente, R. (1985). *Medicina Psicosomática: Cuadernos de psicología médica y psiquiátrica*. México, D.F.: U.N.A.M.
- De la Fuente, R. y Campillo, C. (1975). Papel de la depresión en la patología humana. *Revista de Psiquiatría*, 5 (3), 3-10.
- De la Fuente, J.R., Pucheu, C. y Medina, M.E. (1985). La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar de prospectiva. En: A. Velázquez Arellano (Comp.). *La salud en México y la investigación clínica: Desafíos y oportunidades para el año 2000*. México, D. F.: UNAM.
- Delaplaine, R., Itabumoji, D.I., Merskey, H. y Zarfes, D. (1978). Significance of pain in psychiatry hospital patients. *Pain*, 4, 361-366.
- Delon, P.H. y Pallak, M.S. (1982). Public health and psychology: An important, expanding interaction. *American Psychologist*, 37, 934-935.
- De Lozier, J.E. y Gagnon, R.O. (1975). *National ambulatory medical care survey: 1973 summary, United States (HEX Publication No. HRA 76-1772)* Washington, U.S. Government Printing Office.

- Dermit, S. y Friedman, R. (1987). Stress and headache: A critical review. *Stress Medicine*, 3, 285-292.
- Diamond, S. (1964). Depressive headache. *Headache*, 4, 255-258.
- Diamond, S. y Dalessio, D.J. (1978). *The practicing physician's approach to headache I*. Baltimore: William & Wilkins.
- Doll, R. y Peto, R. (1981). *The causes of cancer*. Oxford, Oxford: University Press.
- Epstein, L.M. y Cinciripini, P.M. (1980). Behavioral control of tension headache. En: J.M. Ferguson y C.B. Taylor (Eds.) *The comprehensive handbook of behavioral medicine*. (vol. 2). New York: Spectrum.
- Feinmann, Ch. (1985). Pain relief by antidepressants: Possible modes of actions. *Pain*, 23, 1-8.
- Ferster, C.D. (1973). A functional analysis of depression. *American Journal of Psychology*, 28, 857-870.
- Ford, Ch. (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27 (5), 327-337.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral methods for control of chronic pain and illness*. St. Louis Missouri: Mosby.
- Fordyce, W., Fowler, R., Lehmann, J., DeLateur, B., Sand, P. y Trieschmann, R. (1973). Operant Conditioning in the treatment of chronic pain. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 54, 399-408.
- Fox, B.H. (1978). Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal Behavioral Medicine*, 1, 45-133.
- Friedman, A.P. (1962). Classification of headache: Ad hoc comitee on classification of headache. *JAMA*, 9, 717-718.
- Friedman, A.P. (1975). Headaches. En: Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry*, II, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Friedman, A.P. (1982) Overview of migraine. En: M. Critchley, A.P. Friedman, S. Gorini y F. Sicureti (Eds.) *Headache: physiopathological and clinical concepts*. New York: Raven.
- Gannon, L.R., Haynes, S.N., Safranek, R. y Hamilton, J. (1981). A psychophysiological investigation of muscle-contraction and migraine headache. *Journal of Psychosomatic Research*, 25 (4), 271-278.
- Garbey, M.J., Tollefson, G.D. y Schafer, Ch.B. (1984). Migraine headaches and depression. *American Journal Psychiatry*, 141 (8), 986-988.

- Gershon, S. (1986). Chronic pain: hypothesized mechanism and rationale for treatment. *Neuropsychobiology*, 15, 22-27.
- Granados, D.A. (1987). *Depresión en pacientes con dolor crónico benigno*. Tesis de maestría, Facultad de Medicina, U.N.A.M., México, D.F.
- Goodwin, F.F., Cowdry, R.W. y Webster, M.H. (1978). Predictors of drug response in the affective disorders: Toward an integrated approach. En: M.A. Lipton, E. Di Madio, y K.F. Killman (Eds.). *Psychopharmacology: A generation of progress*. New York: Raven.
- Haley, W.E., Turner, J.A. y Romano, J.M. (1985). Depression in chronic pain patients: Relaxation to pain, activity and sex differences. *Pain*, 23, 337-343.
- Haynes, S.N., Griffin, P., Mooney, D. y Parise, M. (1975). Electromiographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment for muscle-contraction headache. *Behavior Therapy*, 6, 672-678.
- Hersen, M. y Bellack, A.S. (1976). *Behavioral assesment: A practical handbook*. Pittsburg, Pennsylvania: Pergamon Press.
- Holm, J., Holroyd, A.J., Hursey, K.G. y Penzien, D.B. (1986). The role of stress in recurrent tension headache. *Headache*, 26, 160-167.
- Holroyd, K.A. y Andrasik, E. (1978). Coping and the self-control of chronic headache. *Journal Consulting Clinical Psychiatry*, 46, 1036-1045.
- Hutchings, D. y Reinking, R. (1976). What form of therapy is most effective?, *Biofeedback and Self-Regulation*, 1 (2), 183-190.
- Johnson, W.G. y Turin, A. (1975). Biofeedback treatment of migraine headaches: A systematic case study. *Behavior Therapy*, 6, 394-397.
- Kaplan, G.A. y Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: Prospective evidence from the alamed country study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11 (1), 1-13.
- Katon, W., Kleinman, A. y Rosen, G. (1982). Depression and somatization: A review I-II. *The American Journal of Medicine*, 72, 127-247.
- Keefe, F.J. (1982). Behavioral assesment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 896-911.
- Kielhoz, P. (1972). *Depressive illness, assesment, treatment*. Berna: Hans Huber.

- Kramlinger, K.G., Swanson, D.W. y Maruta, T. (1983). Are patients with chronic pain depressed? *American Journal of Psychiatry*, 140, 747-749.
- Krishnan, R.R., France, R.D., Pelton, S., McCann, V.D., Davison, J. y Urban, B.J. (1985). Chronic pain and depression. I Classification of depression in chronic low back patients. *Pain*, 22, 179-287.
- Kudrow, L. (1978). Current aspects of migraine headache. *Psychosomatics*, 19, 48-57.
- Kudrow, L. y Sutkus, B.J. (1979). MMPi pattern specificity in primary headache disorders. *Headache*, 19, 18-24.
- Lain, E.P. (1972). *La medicina hipocrática*. En: P. Lain (Eds.) *Historia universal de la medicina (vol. 2)*, Barcelonast Salvat.
- Lamoureux, G., Joly, J. y Bouchard, M.A. (1981). Biofeedback. En: Ladoucer, M., Bouchard, M.A. y Granger, B. *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Barcelona, Debate.
- Laporte, J. (1982). Presentación. En: H. Pardell, L. Salleras y T. Salvador. *Manual de prevención y control del tabaquismo*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Lascelles, R.G. (1976). Atypical facial pain and depression. *British Journal Psychiatry*, 112, 651-659.
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lee, R. y Spencer, P.S. (1977). Antidepressants and pain: A review of the pharmacological data supporting the use of certain tricyclics in chronic pain. *Journal of International Medical Research*, 5, 146-156.
- Lefebvre, M. (1981). Cognitive distortion and cognitive errors in depressive psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 517-525.
- Leiker, M. y Haley, B. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits?. *Behavioral Medicine*, , 129-133.
- Lesse, S. (1978). Masked depression: A diagnostic and therapeutic problem. *Disease Nervous System*, 29, 169-173.
- Levinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En: R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.

- Levitt, E.E. y Lubin, B. (1975). *Depression: Concepts, controversies and some news facts*. New York: Springer.
- Lindsay, F. y Wyckoff, M. (1981). The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics*, 22, 571-577.
- López-Ibor, J.J. (1972). Masked depression. *Bulletin of Journal Psychiatry*, 120, 245-258.
- Marbach, J.J. y Lund, P. (1981). Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain. *Pain*, 11, 73-84.
- Martin, M.J. (1973). Muscle-contraction (tension) headache. *Psychosomatic*, 24, 319-324.
- Martin, P.R. y Mathews, A.M. (1978). Tension headache: Psychological investigation and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 22, 389-399.
- Maruta, Swanson, Swenson y cols. (1976). Pain as a psychiatric symptom: comparison between low back pain and depression. *Psychosomatics*, 17, 1223-127.
- Mathew, R., Weinman, M. y Miraby, M. (1981) Physical symptoms of depression. *British Journal of Psychiatry*, 139, 293-296.
- Mendels, J. (1982). *La Depresión*. Barcelona: Herder.
- Merskey, H. (1965). The characteristics of persistent pain in psychological illness. *Journal of Psychosomatics Research*, 9, 291-293.
- Merskey, H. (1980). The role of the psychiatrist in the investigation and treatment of pain. En: J.J. Bonica (Ed.). *Pain*, New York: Raven.
- Merskey, H. y Hester, R.N. (1972). The treatment of chronic pain with psychotropic drugs. *Postgrad Medicine Journal*, 48, 594-598.
- Mitchel, K.R. y Mitchel, D.M. (1971). Migraine: An exploratory treatment of migraine with behavior therapy techniques. *British Journal of Psychiatry*, 119 (17), 533-534.
- Nelson, L.D. (1987). Measuring depression in a clinical population using the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 788-796.
- NÚñez, R. (1979). *Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Ogden, H.D. (1952). Headaches studies. Statistical data. Procedure

- and sample distribution. *Journal of Allergy*, 23, 58-75.
- Packard, R.C. (1983). Emotional aspects of headache. en: Packard, R.C. (Ed.) *Neurologic Clinics*, 1 (2), 310-316.
- Palacios, C., Figueroa, C. y Rojas, M. (1987, Octubre). *El perfil cognitivo-conductual del paciente con dolor de cabeza crónico: Un estudio preliminar*. Trabajo presentado en el IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Puebla, México.
- Palacios, P. y Rojas, M.E. (1986). *Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico*. Proyecto de Investigación. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M., México, D.F.
- Pearce, S. y Morley, S. (1981). An experimental investigation of pain production in headache patients. *British Journal Clinical Psychological*, 20, 275-281.
- Pelz, M., Merskey, H., Brant, C. y Haseltin, G. (1981). A note on the occurrence of pain in psychiatric patients from a canadian, indian and inuit population. *Pain*, 10, 75-78.
- Philips, C. (1978). Tension headache: Theoretical problems. *Behavior Research and therapy*, 16, 249-261.
- Philips, C. y Hunter, M. (1981). The treatment of tension headache -I. EMG "normality" and relaxation. *Behavior Research and Therapy*, 19, 499-507.
- Philips, H.C. y Jahanshahi, M. (1985). The effects of persistent pain: The chronic headache sufferer. *Pain*, 21, 163-176.
- Pilling, L.F., Brannien, T.L. Y Swenson, W.M. (1967). Psychologic characteristics of psychiatry patients havin pain as a presenting symptom. *Canadian Medical Association Journal*, 97, 387-394.
- Pilowsky, I., Chapman, C.R. y Bonica, J.J. (1977). Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. *Pain*, 4, 183-192.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rabassa-Asenjo, B. La depresión en España. Laboratorios Lederle, Madrid. Cit. en: Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca).
- Refsum, S. (1968). Genetic aspects of migraine. En: P.J. Vinkin y G.W. Bruny (Eds.). *Handbook of Clinical Neurology (vol. 5)*, New York:***
- Rivera, J.O. (1987). *Interpretación clínica y psicodinámica del*

M.M.P.I. México, D.F.: Diana.

- Regalado, R.G. (1977). Clomipramine (Anafranil) and musculo-skeletal pain in general practice. *Journal of Internal Medicine Research*, 5, 72-77.
- Rojas, M.E. (1986). *Rehabilitación neuromuscular con retroalimentación biológica: Problemas metodológicos*. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M., México, D.F.,
- Romano, J.M. y Turner, J. (1983). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Rose, F.C. y Gawel, M. (1979). *Migraine: The facts*. London: Oxford University Press.
- Roy, R., Thomas, M. y Matas, M. (1984). Chronic pain and depression: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 25 (1), 96-105.
- Sargent, J., Green, E. y Walters, E. (1972). The use of autogenic training in pilot study of migraine and tension headaches. *Headache*, 12, 120-125.
- Sartorius, N. (1973). Culture and the epidemiology of depression. *Psychiatrica Neurologia Neurochirurgia*, 76, 479.
- Schafer, C.B., Donlon, P.T. y Bittle, R.M. (1980). Chronic pain and depression: A clinical and family history survey. *Academic Journal of Psychiatry*, 137, 118-120.
- Schoenmacker, J.N. y Curazao, W. (1987). Evaluación psicológica del alivio del dolor. En: Beks, J.W. *El manejo del dolor*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine: revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Selby, G. y Lance, J.W. (1960). Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 23-32.
- Shapiro, A.K. (1978). Effect in medical and psychological therapies. En: S.L. Garfield y A.E. Bergen (Eds.). *Handbook of psychotherapy change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Sherwin, D. (1982). Cefaleas de origen psicógeno. *Tribuna Médica*, 2, 13-17.
- Sicuteri, F. (1976). Headache: Disruption of pain modulation. En: J.J. Bonica y D. Albe-Fessard (Eds.) *Advances in pain research and therapy (vol.1)*. New York: Raven.

- Singer, J. y Krantz, D. (1982). Perspectives on the interface between psychology and public health. *American Psychologist*, 37, 955-960.
- Siegel, S. (1978). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México, D.F.: Trillas.
- Tellaache, C.A. (1986). Aspectos biopsicológicos del dolor de cabeza vascular y tensional. *Salud Mental*, 9(1), 32-37.
- Tinoco, A. y Martin, M. (1983). La arteroesclerosis: Epidemia de la era posindustrial. *El País*, 5 de marzo, 24.
- Turin, A. y Johnson, W.G. (1976). Biofeedback therapy for migraine headache. *Archives of General Psychiatry*, 33, 517-519.
- Turkington, R.W. (1980). Depression masquerading as diabetic neuropathy. *JAMA*, 243, 1147-1150.
- Turner, J.A. y Romano, J.M. (1984). Review of prevalence of coexisting chronic pain and depression. En: C. Benedetti, R. Chapman y G. Moricca (Eds.). *Advances in Pain Research and Therapy*. (vol.7) 123-130.
- Valdés, M.M. y De Flores, F.T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Valdés, M.M., De Flores, F.T., Tobeña, P.A. y Massana, R. J. (1983). *Medicina psicosomática: Bases psicológicas y fisiológicas*. México, D.F.:Trillas.
- Violon, A. (1980). The onset of facial pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 11-16.
- Von Knorring, L., Ferris, C., Eisemann, M., Eriksson, V. y Ferris, H. (1983). Pain as symptom in depressive disorder: I. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. *Pain*, 15, 19-26.
- Walters, W.E., O'Connor, P.J. (1971). Epidemiology of headache in woman. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 344, 148-153.
- Ward, N.G., Bloom, V.L. y Friedel, R.O. (1979). The effectiveness of tricyclic antidepressants in the treatment of coexisting pain and depression. *Pain*, 7, 331-341.
- Watson, D. (1982). Neurotic tendencies among chronic patients: In MMPI item analysis. *Pain*, 14, 365-385.
- Weisman, M.M. (1978). Como ayudar a la mujer deprimida. *Mundo Médico*, 53, 24-26.
- Widmer, R. y Cadoret, R. (1978). Depression in primary care:

Changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *Journal of Family Practice*, 7, 293-302.

Williams, J. B. y Spitzer, R.L. (1982). Idiopathic pain disorders: A critique of pain-prone disorder and proposal for a revision of the DSM-III category psychogenic pain disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 415-419.

Williamson, D.A. (1981). Behavioral treatment of migraine and muscle-contraction headache: Outcome and theoretical explanations. En: M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification (vol. 11)*. Orlando: Academic Press.

Willis, C. (1984). Unlocking pain's secrets. *Time*, 123, 58-66.

Wolff, M.G. (1963). *Headache and other head pain*. London: Oxford University Press.

Zermeño, F. y Otero, E. (1974). Estudio estadístico de la cefalea. *Revista del Instituto Nacional de Neurología*, 7(3), 45-53.

Ziegler, D.K., Rhodes, R.J. y Hassenein, R.S. (1978). Association of psychological measurements of anxiety and depression with headache history in a non-clinic population. *Research and Studies in Headache*, 6, 123-135.

A N E X O 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES "ZARAGOZA"

COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO ACADÉMICO

PROYECTO DE INVESTIGACION:

"EVALUACION INTEGRAL Y TRATAMIENTO NO
FARMACOLOGICO DEL DOLOR DE CABEZA
CRONICO"

RESPONSABLES:

LIC. PATRICIA PALACIOS CASTAÑON
LIC. MARIO E. ROJAS RUSSELL

COLABORADORES:

DRA. GLADIS LOPEZ DA FONTOURA
LIC. CARLOS FIGUEROA LOPEZ
Alumnos y egresados del Grupo
de Psicología de la Salud de
la Sección de Psicología Clí-
nica.

MEXICO, D. F. ENERO , 1986.

METODO

Diseño.

El diseño experimental que se empleará para la asignación de los sujetos en la etapa de evaluación psicológica es la de dos grupos al azar apareados en las variables de sexo y edad.

Para la etapa de tratamiento se empleará la estrategia de series de replicación clínica (Barlow, 1983), la cual consiste en el empleo de un procedimiento especificable y sin variaciones en un número importante de casos de manera que permita obtener conclusiones respecto a la generalidad de los efectos del tratamiento y las dimensiones de éstos.

Sujetos.

Se utilizarán 120 sujetos y se dividirán en dos grupos apareados en las variables de sexo y edad.

El Grupo 1 (n= 60) estará formado por personas con dolor de cabeza crónico. El Grupo 2 (n= 60) se conformará con personas que no reporten dolor de cabeza frecuentes. La captación de los sujetos del Grupo 1 será a través de carteles que anuncien la atención a personas con dolor de cabeza crónico. Estos carteles se colocarán tanto en la clínica Zaragoza como en puntos públicos cercanos a ella. El Grupo 2 se conformará con pacientes que acudan a consulta odontológica. Esta captación se hará con la colaboración de la Coordinación de la clínica.

Los criterios para la selección de los pacientes cefalálicos (Grupo 1) serán:

- a) Una historia de dolor de cabeza de por lo menos seis meses.
- b) Edad mayor a quince años.
- c) Ausencia de problemas psicológicos severos, particularmente, psicosis o esquizofrenias, condiciones en las que la cefalea esté claramente subordinada a una condición psicológica definida y cuando la queja principal del paciente no sea el dolor de cabeza.

- d) Ausencia de posibles etiologías orgánicas (v.g., hipertensión arterial, anemia, secuelas de traumatismos craneoencefálicos, tumores, etc.) verificadas a través de una cuidadosa valoración realizada por el médico del grupo de investigación. Este incluye la elaboración de la historia clínica médica completa del paciente, una exploración física, neurológica y de los signos vitales, y se complementará con los estudios clínicos de laboratorio y/o de gabinete necesarios (biometría hemática, estudios radiológicos craneoencefálicos). Con esto, los pacientes serán asignados a una categoría diagnóstica de acuerdo a los siguientes criterios:

Cefalea Migrañosa:

- a) Cefalea con inicio unilateral.
- b) Antecedentes familiares.
- c) Dolor general acompañado por náusea y/o vómito.
- d) Cefalea descrita como una sensación pulsátil.
- e) Intolerancia a la luz durante el episodio de cefalea.
- f) Dolor usualmente precedido por: 1) cambios visuales (ver luces, líneas, estrellas o manchas oscuras, etc.); 2) semiparestesias (hormigueo en las extremidades); 3) semiparestesias transitorias (debilidad muscular unilateral transitoria); 4) una dificultad notoria en el habla.
- g) Un diagnóstico independiente de cefalea migrañosa o vascular acompañada por estudios que lo apoyen.

Los sujetos que presenten por lo menos tres de los síntomas descritos serán diagnosticados dentro de esta categoría. También para ser incluidos en el estudio, los pacientes deben haber presentado por lo menos un episodio o más de migraña al mes durante los últimos seis meses previos a su inclusión en el proyecto. Así mismo, durante la fase de automonitoreo de pretratamiento, el paciente debe presentar al menos un episodio de cefalea.

Cefalea Tensional:

- a) Cefalea que ocurre por lo menos tres días a la semana.
- b) Dolor descrito como bilateral y con inicio occipital, suboccipital o en la parte posterior del cuello.
- c) Cefalea descrita como una sensación de opresión externa o como una banda alrededor de la cabeza.
- d) Cefalea descrita como dolor difuso.
- e) Diagnóstico independiente de cefalea tensional, por contracción muscular o psicógena.

Los sujetos que presenten por lo menos tres de los síntomas descritos, serán diagnosticados como con probable cefalea tensional o como con cefalea tensional definida si cumplen con cuatro de las características mencionadas. Del mismo modo, para ser incluidos en el proyecto los pacientes con este diagnóstico deberán reportar una historia reciente (de por lo menos seis meses) de cefalea en un promedio de tres días por semana. Durante el monitoreo de pretratamiento, los pacientes deberán reportar cefalea al menos el 50% del tiempo que dure su período de evaluación psicológica.

Cefalea Mixta:

Los criterios para esta categoría diagnóstica serán:

- a) Que el paciente identifique claramente que padece dos tipos de dolor de cabeza distintos, o
- b) Que el paciente cumpla con los criterios (incluso con sólo dos de ellos) de cefalea tensional y los de probable cefalea tensional.

Aparatos y Materiales.

Los instrumentos del tipo lápiz y papel que se utilizarán en la etapa de evaluación y selección de los sujetos serán por orden de empleo:

- 1) Historia Clínica Médica
- 2) Hojas de automonitoreo del dolor de cabeza (Budzynski y col., 1973).

- 3) Historia Clínica Multimodal (Lazarus, 1961).
- 4) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDAE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).
- 5) Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugns, 1961).
- 6) Inventario de Temores (Wolpe y Lang, 1969).
- 7) Una adaptación del Inventario de Afirmitividad de Gembrill y Richley (1975).
- 8) Matriz de Aserción de Cotler y Guerra (1976).
- 9) Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1963).
- 10) Perfiles Multimodales (estructural y de contenido) (Lazarus, 1961).
- 11) Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI) (Puñez, 1979).

Otro tipo de instrumentos que se emplearán a todo lo largo del programa de atención serán:

- Hojas de registro del terapeuta.
- Tablas de concentración de datos individuales diarios, semanales y por etapas.
- Hojas de registro de las sesiones de evaluación fisiológica (electromiograma y temperatura) y tratamiento con retroalimentación biológica.
- Un equipo de retroalimentación biológica Relax Pax Plus con dos canales para electromiografía, uno para registro de temperatura y otro para respuesta eléctrica de la piel.
- Baumanómetro de columna de mercurio.
- Estetoscopio.
- Gel electrolítico.
- Electrodo de superficie y termistor.
- Aurífonos.
- Material de enfermería: gasa, algodón, alcohol, etc.
- Sillón reclinable tipo reposit.

Escenario.

Las actividades de la investigación se desarrollarán en los consultorios y las salas de terapia de grupo de la Clínica Zaragoza.

Procedimiento.

El programa general de atención estará conformado por tres etapas principales: 1) evaluación, 2) tratamiento y 3) seguimiento.

1) Evaluación.

Esta etapa incluye cuatro aspectos: a) evaluación médica, b) evaluación fisiológica, c) evaluación conductual de la cefalea y d) evaluación psicológica.

La evaluación médica es fundamentalmente para la selección y diagnóstico de los pacientes y comprende las características descritas en el apartado de sujetos. La evaluación fisiológica consiste en el registro de la actividad EKG frontal y de la temperatura de uno de los dedos de la mano. Ambos registros se realizarán en dos sesiones de 20 min. cada una, con observaciones de cada respuesta minuto a minuto; una tercera sesión estará dedicada a evaluar la reactividad de estas mismas respuestas bajo una condición de estrés cognoscitivo (la prueba de los dígitos de WAIS). La evaluación conductual se hará a través de los registros de automonitoreo del dolor de cabeza. Siguiendo el procedimiento propuesto por Budzinski y cols. (1973) e indagando los eventos precedentes y concomitantes a los cambios de dolor registrado.

La secuencia de la evaluación psicológica (y del programa de atención en general) se muestran en la siguiente tabla:

SESION

ACTIVIDADES

- 1 - Evaluación Médica.
- Tarea: Historia Clínica Multimodal e inicio del automonitoreo de la cefalea con análisis funcional (esta tarea concluirá hasta el momento en el que el paciente termine el programa completamente).
- 2 - Revisión del automonitoreo y de la Historia Clínica Multimodal.
- Aplicación del IDARE.
- Tarea: Inventario de Temores.
- 3 - Revisión del automonitoreo y del Inv. de Temores.
- Primer registro fisiológico.
- Aplicación del Inventario de Depresión (a partir de este momento se aplicará a lo largo de todo el programa de atención en sesiones alternadas).
- 4 - Revisión del automonitoreo.
- Aplicación del inventario y la matriz de aserción.
- 5 - Revisión del automonitoreo.
- Segundo registro fisiológico.
- Aplicación del Inventario de Ideas Irracionales.
- 6 - Revisión del Automonitoreo.
- Aplicación del MMPI.
- 7 - Revisión del automonitoreo.
- Elaboración de los perfiles multimodales.
- Prueba del estrés cognoscitivo.
- Aplicación del IDARE al inicio y al final de la prueba estresante.
- 8 - - Asignación y explicación del tratamiento correspondiente.
19 - Grupo 1: Retroalimentación biológica.
27 - Grupo 2: Entrenamiento asertivo.
27 - Grupo 3: Psicodrama.
- 20 - Grupo 1: Inicio a la segunda evaluación psicológica, con el mismo formato que la primera, incluyendo registros fisiológicos de post-tratamiento y automonitoreo.
- 28 - Grupos 2 y 3 Idem.
- Seguimiento de dos semanas de duración cada uno, al mes, dos y tres meses después de concluido el tratamiento. Estos seguimientos incluyen automonitoreo y registro fisiológico.

A N E X O 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Puntuación: _____

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A. ESTADO DE ANIMO

0. No me siento triste.
 1. Me siento triste o melancólico.
 - 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 - 2b. Soy tan triste o desdichado que es muy doloroso.
 3. Soy tan triste o desdichado que no puedo tolerarlo.
-

B. PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
 1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
 - 2a. Siento que no tengo nada que perseguir en el futuro.
 - 2b. Siento que nunca podré salir de mis problemas.
 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
-

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
 1. Siento que he fracasado más que la persona promedio.
 - 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
 - 2b. Cuando me pongo a ver lo que ha sido mi vida, sólo encuentro una serie de fracasos.
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.
-

D. FALTA DE SATISFACCION

0. No estoy particularmente insatisfecho.
 - 1a. Me siento aburrido de la mayor parte del tiempo.
 - 1b. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
 2. Nunca volveré a obtener satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho con todo.
-

E. SENTIMIENTO DE CULPA

0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
 - 2a. Me siento bastante culpable.
 - 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo.
 3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.
-

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

0. No siento que este siendo castigado.
1. Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme.

2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
 - 3a. Siento que merezco ser castigado.
 - 3b. Quiero ser castigado.
-

G. ODIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mí mismo.
 - 1a. Me siento desilusionado de mí mismo.
 - 1b. No me gusta a mí mismo.
 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
 3. Me odio a mí mismo.
-

H. AUTOACUSACIONES

0. No siento que yo sea peor que las demás personas.
 1. Me critico mucho a mí mismo por mi debilidad o mis errores.
 - 2a. Me culpo a mí mismo por todo lo que sale mal.
 - 2b. Siento que tengo muchos defectos.
 3. Siento que no sirvo para nada.
-

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

0. No tengo ninguna intención de dañarme.
 1. He pensado dañarme a mí mismo pero no lo llevaría a cabo.
 - 2a. Pienso que estaría mejor muerto.
 - 2b. Tengo planes definidos para cometer suicidio.
 - 2c. Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
 3. Me mataría a mí mismo si pudiera.
-

J. BROTES DE LLANTO

0. No lloro más que lo usual.
 1. Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
 2. Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme.
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.
-

K. IRRITABILIDAD

0. No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho.
 1. Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado todo el tiempo.
 3. Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora.
-

L. AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido interés en otras personas.
 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual.
 2. He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que le suceda.
 3. He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pase.
-

M. INDECISION

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar

- decisiones.
2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.
 3. En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.
-

N. IMAGEN CORPORAL

0. No siento que me vea peor ahora que antes.
 1. Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo.
 3. Siento que soy feo o repulsivo a la vista.
-

O. INHIBICION DEL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - 1a. Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
 - 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 2. Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo.
 3. De plano no puedo hacer nada.
-

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

0. Puedo dormir tan bien como antes.
 1. Ahora despierto más cansado que antes.
 2. Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir.
 3. No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.
-

Q. FATIGABILIDAD

0. No me canso más que lo usual.
 1. Me canso más fácilmente que antes.
 2. Me cansa hacer algo.
 3. Estoy muy cansado como para hacer algo.
-

R. PERDIDA DE APETITO

0. Mi apetito ~~me~~ es peor que lo usual.
 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
 2. Mi apetito es mucho peor ahora.
 3. No tengo apetito de nada.
-

S. PERDIDA DE PESO

0. No he perdido mucho peso o ninguno ultimamente.
 1. He perdido más de tres kilos.
 2. He perdido más de cinco kilos.
 3. He perdido más de siete kilos.
-

T. PREOCUPACION SOMATICA

0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual.
 1. Me preocupo por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable.
 2. Estoy tan preocupado por como o que siento que no puedo hacer nada.
 3. Estoy completamente absorto en lo que siento.
-

U. PERDIDA DE LIBIDO

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1. Estoy menos interesado en el sexo ahora.
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 3. He perdido el interés en el sexo por completo.

**ANALISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE
DEPRESION DE BECK.**

Nombre: _____

Fecha: _____

No. de Expediente: _____

Terapeuta: _____

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Edo. de Animo.	AFECTO		
B. Pesimismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisfacci3n.	AFECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a s3 mismo.	AFECTO		
H. Autoacusaciones	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Brotes de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad	AFECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Indecisi3n	COGNICION		
N. Imagen corporal	COGNICION		
O. Inhibici3n del trabajo.	CONDUCTA		
P. Perturbaci3n del sue1o.	DROGAS		
Q. Fatigabilidad	SENSACIONES		
R. P3rdida de apetito.	DROGAS		
S. P3rdida de peso	DROGAS		
T. Preocupaci3n somática.	COGNICION		
U. P3rdida de Libido.	DROGAS		

P. T. _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stark R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Diagnóstico _____ Fecha de colocación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

Escala subtest	Escala																Escala subtest
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1																	100
2																	115
3																	100
4																	100
5																	100
6																	100
7																	100
8																	100
9																	100
10																	100
11																	100
12																	100
13																	100
14																	100
15																	100
16																	100
17																	100
18																	100
19																	100
20																	100
21																	100
22																	100
23																	100
24																	100
25																	100
26																	100
27																	100
28																	100
29																	100
30																	100
31																	100
32																	100
33																	100
34																	100
35																	100
36																	100
37																	100
38																	100
39																	100
40																	100
41																	100
42																	100
43																	100
44																	100
45																	100
46																	100
47																	100
48																	100
49																	100
50																	100
51																	100
52																	100
53																	100
54																	100
55																	100
56																	100
57																	100
58																	100
59																	100
60																	100
61																	100
62																	100
63																	100
64																	100
65																	100
66																	100
67																	100
68																	100
69																	100
70																	100
71																	100
72																	100
73																	100
74																	100
75																	100
76																	100
77																	100
78																	100
79																	100
80																	100
81																	100
82																	100
83																	100
84																	100
85																	100
86																	100
87																	100
88																	100
89																	100
90																	100
91																	100
92																	100
93																	100
94																	100
95																	100
96																	100
97																	100
98																	100
99																	100
100																	100

Escala	Frecuencia		
	1	2	3
10	15	13	8
11	13	12	4
12	14	11	4
13	14	13	5
14	13	10	5
15	13	10	5
16	10	8	4
17	10	8	4
18	9	7	4
19	9	7	3
20	8	6	3
21	8	6	3
22	8	6	3
23	8	6	3
24	7	6	3
25	7	5	3
26	6	5	2
27	6	4	3
28	6	4	3
29	5	4	2
30	5	4	2
31	4	3	1
32	4	3	1
33	4	3	1
34	3	2	1
35	3	2	1
36	2	1	0
37	2	1	0
38	1	1	0
39	0	0	0
40	0	0	0

NOTAS

Puntuación total _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____



© H. R. y otros, esta versión por la
EDIFICIAL
EL MANUAL MODLRNO, S.A.

Printed by El Manual Modlrno, S. A.
under license of The Psychological Corporation
© 1948, Copyright 1975, by
the University of Minnesota

Firma _____ fecha _____

HISTORIA CLINICA MULTIMOQAL

Fecha: _____

I. DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (por el día) _____ (por la tarde) _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Sexo: _____ ¿Por quién fue referido? _____

Estado civil (encierre en un círculo):

soltero-a comprometido-a casado-a
separado-a viudo-a divorciado-a unión libre
¿se ha vuelto a casar? _____, ¿cuántas veces? _____

II. DESCRIPCION DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas _____

b) Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste.

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Levemente inquietante | 4. Extremadamente severo |
| 2. Moderadamente severo | 5. Totalmente incapacitante |
| 3. Muy severo | |

c) ¿Cuándo comenzaron sus problemas? (Dé fechas si es posible)

d) A qué atribuye sus problemas? _____

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas _____

f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos _____

g) ¿Ha estado en terapia alguna vez, o ha recibido alguna ayuda

profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados _____

III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- a) Fecha de nacimiento: _____
- b) Lugar de nacimiento: _____
- c) Hermanos: Número de hermanos _____ Edades _____
Número de hermanas _____ Edades _____
- d) Padre: ¿vive? _____, si es así su edad es _____
su ocupación _____
su salud _____
¿murió? _____, si es así dé la edad que tenía
su padre al morir _____ ¿qué edad tenía usted
cuando su padre murió? _____
- e) Madre: ¿vive? _____, si es así su edad es _____
su ocupación _____
su salud _____
¿murió? _____, si es así dé la edad que tenía su
madre al morir _____ ¿qué edad tenía usted cuando
su madre murió? _____
- f) Religión: Cuando era niño _____ de adulto _____
- g) Educación ¿Cuál es su último grado escolar? _____
Indique sus fuertes y debilidades académicas _____
- h) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a Ud. durante su infancia
- | | | |
|--|------------------------------|-------------------|
| Infancia feliz | Problemas escolares | Problemas médicos |
| Infancia infeliz | Problemas familiares | Abuso de alcohol |
| Problemas emocionales
o de conducta | Fuertes creencias religiosas | Otros: |
| Problemas legales | Abuso de drogas | |
- i) ¿Qué clase de trabajo realiza usted? _____
¿Cuántas horas al día? _____ ¿Qué clases de trabajo ha tenido
Ud. anteriormente? _____
Está Ud. satisfecho con su trabajo actual? _____, Si no por favor
explique _____
¿Cuál es su ingreso quincenal? _____
¿Cuánto gasta a la quincena? _____
- j) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas _____

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

k) Datos físicos: Cuánto pesa? _____ ¿Cuánto mide? _____

¿Alguna vez ha sido Ud. hospitalizado? _____, si es así, indi-
que dónde, fecha y motivo _____

¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia,
depresión o cualquier otra cosa que pueda ser considerada en-
fermedad mental? _____

¿Algún familiar ha muerto en condiciones poco usuales? _____

¿Existe algún miembro de su familia que tenga problemas con la
ley? _____, si es así, explique _____

ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus
problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada
en 7 modalidades: conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imá-
ges, pensamientos, relaciones interpersonales y factores biológicos.

IV. CONDUCTA:

- a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a Ud.
- | | | |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| -Exceso al comer | -intentos suicidas | -no conserva el tra- |
| -Tomar drogas | -Compulsiones | bajo |
| -Vomitara | -fumar | -insomnio |
| -Conductas extrañas | -aislamiento | -correr riesgos |
| -Beber en exceso | -tics nerviosos | -flojera |
| -Desidia | -problemas de con- | -problemas del co- |
| -Reacciones impulsivas | centración | mer |
| -Pérdida del control | -problemas del sueño | -conducta agresiva |
| -Explosiones tempera-
mentales | -fobias | -llorar |
- b) Indique qué conducta, acciones o hábitos le gustaría cambiar

- c) Indique si existe algún talento o habilidad del cual se sienta
orgulloso-a _____
- d) ¿Qué le gustaría hacer más? _____
¿Qué le gustaría hacer menos? _____
¿Qué le gustaría comenzar hacer? _____
¿Qué le gustaría dejar de hacer? _____
- e) ¿Cómo utiliza su tiempo libre? _____

- f) ¿Constantemente se encuentra Ud. haciendo listas de cosas o actividades insignificantes? _____
- g) ¿Practica alguna actividad relajante con regularidad? _____
si es así, ¿cuál? _____

V. SENTIMIENTOS.

Subraye cualquiera de los sentimientos que se apliquen frecuentemente a Ud.

Enojado	culpable	infeliz
Fastidiado	Feliz	aburrido
Deprimido	conflictuado	descansado
Ansioso	desesperanzado	contento
Temeroso	esperanzado	excitado
Aterrorizado	desilusionado	optimista
Energético	relajado	tenso
Envidioso	celoso	otros:

a) Enliste sus 5 miedos principales

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

b) ¿Qué sentimientos le gustaría experimentar más a menudo? _____
¿Qué sentimientos le gustaría experimentar menos a menudo? _____

c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? _____
¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? _____

d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? _____

e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado _____

f) Por favor complete las siguientes frases:

-Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que _____

-Una de las cosas por las que me siento orgulloso es _____

-Una de las cosas por las que me siento culpable es _____

-Me siento de lo más feliz cuando _____

-Una de las cosas que más triste me pone es _____

-Si no tuviera miedo de ser yo mismo, yo _____

-Me enoja muchísimo cuando _____

-Si me enojara con alguien _____

c) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas disfruta o lo hacen sentir relajado?

f) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? si es así, por favor explique _____

VI. SENSACIONES FISICAS

a) Subraye cualquiera de las situaciones que se apliquen a Ud

Mareo	breves desmayos
Dolores de cabeza	escuchar cosas
Palpitaciones	ojos llorosos
Espasmos musculares	ruborización
Tensión muscular	problemas de la piel
Problemas sexuales	boca seca
Incapaz de relajarse	comezón en la piel
Problemas intestinales	dolores de pecho
Hormigueo	palpitaciones
Entumecimiento	disgusto al ser tocado
Malestar estomacal	pérdida de la conciencia
Tics	sudoración excesiva
Fatiga	problemas visuales
Dolor de espalda	problemas de audición
Temblores	tics corporales

b) Historia Menstrual

Edad al primer período _____ ¿Tuvo información o fue un choque emocional para Ud.? _____

¿Es ud. regular? _____ Fecha del último período _____ duración _____ ¿Padece de malestares? _____ ¿cuáles? _____

¿Sus periodos afectan su estado de ánimo? _____, si es así, explique _____

c) ¿Qué sensaciones físicas son especialmente placenteras? _____

¿Cuáles displacenteras? _____

d) Describa cómo manifiesta físicamente:

-enojo _____

-alegría _____

-tristeza _____

-ansiedad _____

VII. IMAGENES

- a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a Ud.

imágenes sexuales placenteras	imágenes sexuales displacenteras
imágenes de infancia infelices	imágenes de soledad
imágenes de desesperanza	imágenes de seducción
imágenes agresivas	imágenes de ser amado
imágenes de ser lastimado	imágenes hiriendo a otros
imágenes no enfrentando problemas	imágenes de que va cayendo
imágenes de aliento exitoso	imágenes de que es atrapado
imágenes perdiendo el control	imágenes en que se burlan de uno
imágenes de ser perseguido	imágenes en que hablan de uno
otras:	imágenes en que tiene relaciones con diversas personas del opuesto

- b) ¿Qué imagen viene a su mente más frecuentemente? _____

- c) Describa la imagen o fantasía más placentera _____

Describa la imagen o fantasía menos placentera _____

- d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro _____

- e) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? _____

Describálas _____

- f) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? _____

_____ , en qué? _____

VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a Ud.

Soy un don nadie, no valgo nada, sin amor, sin utilidad.

Soy poco atractivo, incompetente, estúpido, indeseable.

Soy malo, loco, degenerado, desviado.

La vida es vacía, no hay nada que valga la pena, es un desperdicio.

Cometo muchos errores, no puedo hacer nada bien.

- b) Subraye cada una de las palabras que utilice para describirse inteligente, seguro, ambicioso, valioso, sensible, leal, confiable, lleno de penas, sin valor, un don nadie, inútil, malo, loco, degenerado, considerado, un desviado, poco atractivo, sin amor, inadecuado, confuso, feo, estúpido, ingenuo, honesto, incompetente, con pensamientos horribles, conflictuado,

con problemas de concentración, de memoria, atractivo, incapaz de tomar decisiones, con ideas suicidas, perseverante, con buen sentido del humor, bueno para el trabajo.

c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional absurda o loca?

d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez?

si es así, por favor descríbalos _____

e) Encierre en un círculo el número que más refleje su manera de pensar. 1 significa total desacuerdo, 2 significa desacuerdo, 3 significa neutral, 4 significa acuerdo y 5 totalmente acuerdo.

No debería cometer errores 1 2 3 4 5

Debería ser bueno en todo lo que hago 1 2 3 4 5

Cuando no sé algo, hago como que lo sé 1 2 3 4 5

No debo proporcionar información personal 1 2 3 4 5

Soy víctima de las circunstancias 1 2 3 4 5

Mi vida está controlada por fuerzas externas 1 2 3 4 5

Otros son más felices que yo 1 2 3 4 5

Es muy importante para mí agradar a los demás 1 2 3 4 5

Voy a lo seguro, no me arriesgo 1 2 3 4 5

No merezco ser feliz 1 2 3 4 5

Si ignoro mis problemas, ellos desaparecerán 1 2 3 4 5

Es mi responsabilidad hacer felices a otros 1 2 3 4 5

Debo luchar por la perfección 1 2 3 4 5

Básicamente existen sólo dos formas de hacer las cosas; la correcta y la incorrecta 1 2 3 4 5

-Expectativas:

a) En pocas palabras, ¿qué piensa usted que es una terapia psicológica? _____

b) ¿Qué espera de la terapia psicológica? _____

c) ¿Cómo considera que un psicólogo debiera actuar con sus pacientes? _____

d) ¿Qué tiempo cree que debiera durar una terapia psicológica? _____

e) ¿Qué cualidades personales cree que el psicólogo debiera poseer? _____

f) Complete las siguientes frases:

- Soy una persona que _____

- Toda mi vida _____

- Desde que yo era niño-a _____

- Es difícil para mí admitir _____
- Una de las cosas que no puedo perdonar es _____
- Una ventaja de tener problemas es _____
- Una desventaja de crecer es _____
- Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es _____

IX. RELACIONES INTERPERSONALES

1. Familia de origen

- a) Si usted no se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? y ¿cuánto tiempo? _____
- b) Dé una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia usted (tanto en el pasado como en el presente) _____
- c) Dé una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal y las actitudes de ella hacia Ud. (tanto en el pasado como en el presente) _____
- d) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado por sus padres? _____
- e) Dé una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos. _____
- f) Fue capaz de confiar en sus padres? _____
- g) ¿Sus padres lo comprendieron? _____
- h) ¿Básicamente siente amor y respeto por sus padres? _____
- i) Si tiene padrastro o madrastra, ¿a qué edad de usted cuando alguno de sus padres se volvió a casar? _____
- j) ¿Existe alguien que haya interferido en su patrimonio, ocupación, etc. (padres, parientes, amigos)? _____
- k) ¿Quién es la persona más importante en su vida? _____

k) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas personales? _____

4. Relaciones sexuales

a) Describa la actitud de sus padres ante el sexo _____
_____ ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? _____

b) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? _____

c) ¿Cuándo se dió cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? _____

d) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? _____ ¿o en relación a la masturbación? _____
_____, si es así, por favor explíquelo _____

e) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? _____

f) ¿Es satisfactoria su vida sexual? si no, explíquelo por favor _____

g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual _____

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora _____

5. Otras Relaciones

a) Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? si es así, por favor descríbalo _____

b) Complete las siguientes frases:

-Una de las formas en que la gente me lastima es _____

-Puedo fastidiar a alguien a través de _____

-Una madre debería _____

-Un padre debería _____

-Un verdadero amigo debería _____

c) Proporcione una breve descripción de usted según sería descrito por:

-su pareja (si está casado) _____

-su mejor amigo-(a) _____

-alguien que no le quiera a Ud. _____

c) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? Si es así, explíquelo _____

X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) Tiene alguna preocupación acerca de su salud? Por favor especifíquelo _____

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico _____

c) ¿Come tres veces al día en forma balanceada? Si no, explíquelo _____

d) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? Si es así, qué tipo y con qué frecuencia? _____

e) Cuántas horas de sueño tiene? _____

f) Elija cualquiera de las situaciones que se apliquen a Ud. tachando en la columna correspondiente:

nunca raras veces frecuente muy a menudo

mariguana

tranquilizantes

sedantes

aspirina

cocaína

analgésicos

alcohol

café

cigarros

narcóticos

estimulantes

alucinógenos

diarrea

constipación

alergias

presión arterial alta

problemas del corazón

náusea

vómitos

insomnio

dolores de cabeza

dolores de espalda

despertar temprano

sueño irregular

poco apetito

comer en exceso

comer porquerías

- g) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia: problemas de tiroides, problemas renales, asma, enfermedades neurológicas, diabetes, cáncer, problemas gastrointestinales, problemas en próstata, glaucoma, epilepsia, otros:
- h) Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar, si es así, dé detalles _____

i) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivo y fecha) _____

j) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido

k) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades:

0-5 _____

6-10 _____

11-15 _____

16-20 _____

21-25 _____

26-30 _____

31-35 _____

36-40 _____

41-45 _____

46-50 _____

51-55 _____

56-60 _____

61-65 _____

66 en adelante _____

