

11233
2es.
4



HOSPITAL REGIONAL
" 20 DE NOVIEMBRE "

TRATAMIENTO DE LAS
CEFALEAS TENSIONALES

Tesis de Postgrado

Dr. José Federico Díaz Frausto

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE

Tratamiento de la Cefalea Tensional	1
Justificación	3
Preguntas	4
Diseño	5
Muestra	6
Maniobra	7
Resultados	14
Discusión	20

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL

De los diversos tipos de dolores que sufre el hombre ninguno es tan común, ni de significado tan variado como la cefalea.

La cefalea es uno de los principales síntomas que motivan la consulta con el médico general, el Neurólogo y otros especialistas. La mayoría de la gente manifiesta haber presentado dolores de cabeza durante algún momento de su vida, ya sea en forma crónica y recurrente o aguda e intensa.

La cefalea crónica es el motivo más frecuente de consulta en el servicio de Neurología y a partir de la creación de la Clínica de Cefaleas del servicio que tiene once meses funcionando a cargo del suscrito, se está tratando de acuerdo a un protocolo establecido.

De los diversos tipos de cefalea, la tensional es la más frecuentemente vista en nuestra clínica de cefaleas y los pacientes la manifiestan como un dolor casi siempre de una evolución crónica, de localización fronto-sub-occipital o en banda que asemeja un cansancio o pesantez muscular, ocurre en pacientes de ambos sexos y por lo regular se acompaña de síntomas diversos como trastornos de sueño, pérdida del apetito o abatimiento del talante. Cuando estos enfermos se someten a pruebas psicológicas como la E. A. M. D. (escala para la automedición de la

depresión) obtienen un porcentaje más alto de lo normal (25-43), generalmente mayor de 50 puntos y en la escala de Tyrer para la ansiedad, mayor de 25 puntos (normal 15-20 puntos).

La clara relación que existe entre la cefalea tensional y el síndrome depresivo o el ansioso se enfatiza al constatarse la desaparición de la cefalea simultáneamente a la del trastorno emocional después del tratamiento.

JUSTIFICACION:

El propósito de esta comunicación es mejorar los criterios diagnósticos y en base a ello adecuar el tratamiento en cada tipo de cefalea tensional, con el objeto de mejorar también la clínica de cefaleas del servicio de Neurología.

Se pretende además, identificar cuáles son los factores individuales, ambientales y médicos que influyen sobre la respuesta al tratamiento.

Los objetivos son:

- a). Proponer mejores criterios en el diagnóstico de la cefalea tensional
- b). Elegir el medicamento más eficaz para el tratamiento en cada tipo de cefalea tensional
- c). Comparar amitriptilina vs maproptilina en un grupo en el cual predomina la depresión y el clobazam y el diazepam en el grupo donde predomina la ansiedad.
- d). Identificar los factores pronósticos

Esta tesis se marcó como propósito el responder a las siguientes preguntas.

PREGUNTAS:

Conociendo los tipos de cefalea tensional que existen cuál es el fármaco más adecuado en el tratamiento de cada uno de ellos?

¿Existen reglas de predicción en el resultado del tratamiento de la cefalea tensional y cuáles son?

La cefalea tensional, como su nombre lo indica, es un síntoma originado por estados de tensión, ansiedad y depresión, debida a una contracción sostenida de los músculos de la región de la nuca y de la cabeza.

Es la más frecuente de las cefales crónicas recurrentes a cualquier edad.

El trastorno desencadenante puede ser la depresión, la ansiedad o la combinación de ambas, por lo que detectar el factor causal en una forma práctica y segura nos conduce a elegir el tratamiento, ya sea antidepresivo, ansiolítico o ambos.

DISEÑO:

Fué un estudio experimental pues se modificaron médicamente las variables del síntoma estudiado. Se examinaron pacientes de la clínica seleccionando treinta y tres enfermos seguidos durante tres meses de tratamiento.

De un total de (33) pacientes con cefalea tensional se hicieron dos grupos según el predominio de la depresión o la ansiedad evaluados por las escalas de automedición de Zung y Tyrer (ver anexos).

Cada uno de estos grupos se dividió a su vez en dos subgrupos al azar y se compararon la amitriptilina y la maprotilina en la depresión y el diazepam y el clobazam en la ansiedad.

El estudio se realizó los meses de septiembre, octubre y noviembre del año pasado (1987) en quienes aceptaron ser incluidos después de ser informados.

MUESTRA:

De un total de 40 pacientes con cefalea tensional se hicieron dos grupos según predominó la depresión o ansiedad, evaluados por las escalas de automedición de acuerdo a los síntomas que predominaron clínicamente durante la primera entrevista al elaborar la historia clínica.

Cada uno de estos grupos se dividió a su vez en dos subgrupos aleatoriamente.

Al final del estudio quedaron 33 pacientes, siendo eliminados siete.

Los criterios de inclusión fueron:

- a). Padecer cefalea tensional de más de un mes de evolución y no tener signos neurológicos.
- b). Padecer dos o más cuadros severos de cefalea durante el mes anterior a la inclusión.

Los criterios de exclusión fueron:

- a). Padecer enfermedad subyacente grave (sistémica o neurológica).
- b). Presentar cuadros de cefalea triviales o esporádicos.
- c). Tener cefalea de otras características

Se eliminaron pacientes por los siguientes motivos:

- a). Descontinuar el tratamiento establecido
- b). No acudir a sus citas puntualmente
- c). Detectar causa orgánica de su cefalea

MANIOBRA:

En la primera consulta se hizo la historia clínica con énfasis en las características de la cefalea y tratamientos recibidos, evolución de la cefalea, frecuencia y síntomas acompañantes como son los sugestivos de depresión (accesos de llanto, falta de sueño, constipación, libido disminuida, etc.) o ansiedad (sentimiento de hostilidad, hipocondriasis, -aprensión, taquicardia, etc.) para complementar mediante la aplicación de las escalas de Zung y Tyrer según predominio de los síntomas (se anexan las escalas).

Se utilizó el método abierto (se conocen los medicamentos administrados que pueden modificar el fenómeno). La dosificación varió en los antidepresivos (amitriptilina y la maprotilina) de 50 a 100 /mg/día y en los ansiolíticos (diazepam y clonazepam) de 10 a 25 mg/día divididos en -- varias tomas que se ajustaron según la presencia o intensidad de los --- efectos indeseables (visión borrosa, resequeza de boca, constipación, etc.).

se anota en horas, usándose la letra "T" para casos en donde el dolor es constante durante todas las horas del día.

Los pacientes se citaron a los 15 días para valorar los efectos indeseables y ajustar las dosis del medicamento elegido. A partir de la segunda consulta se citaron una vez al mes para registrar en una hoja especial de la clínica la frecuencia (veces por mes), la intensidad (escala convencional) y la duración (en horas) comparando con lo ocurrido la consulta previa. Ver hoja siguiente

A cada uno de los pacientes se le suministró el día de la primera consulta un Calendario como se ilustra en la fig. 1

MES _____ AÑO _____

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Intensidad Duración						

CLAVE:
 0- No dolor
 1- Dolor leve
 2- Dolor fuerte
 3- Dolor muy fuerte

En caso de dolor anota en el sitio correspondiente su duración en horas. Ejm. 2.00 hs.
 Anote en el cuadro de la izquierda el día del mes.

Como se aprecia el calendario que se proporcionó a los pacientes contiene espacio para anotar los días del mes de tal manera que se hace versátil por este motivo, tiene otro espacio dividido por una diagonal -- donde se anota la intensidad del dolor y debajo de la diagonal la duración del dolor. La intensidad se anota de acuerdo con una escala convencional que está explicada en la parte inferior del calendario, y la duración

Escala de Zung para la automedicación de la depresión
(EAMD) fig. 2

	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del tiempo.	Continuamente.
1. Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
2. En la mañana me siento mejor *	4	3	2	1
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	1	2	3	4
5. Como igual que antes solo hacerlo. *	4	3	2	1
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales. *	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo molestias de constipación.	1	2	3	4
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
10. Me canso sin hacer nada.	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes. *	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro. *	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro. *	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones. *	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario. *	4	3	2	1
18. Mi vida tiene bastante interés. *	4	3	2	1
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto con las mismas cosas. *	4	3	2	1

(CLAVE PARA CALIFICAR, NO SE SEPARA)

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sea emocionales o físicas. La escala mide cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el origen.

Diagnósticos de grupos	Índice promedio	Media
Controles normales	33	25-43
Reacciones de ajuste transitorio	53	38-68
Desórdenes de personalidad	53	42-68
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90

ESCALA DE TYRER (automedición de la ansiedad) *

Esta escala esta destinada a medir cuantitativamente la ansiedad el uso de esta escala en cualquier clase de paciente que manifieste síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir síntomas de ansiedad, economizando tiempo valioso en el consultorio.

- 1.-Siento pánico y me trastorno facilmente.
- 2.-Me enojo facilmente.
- 3.-Sufro desmayos y casi los he tenido.
- 4.-Tiendo a preocuparme por pequeñeces.
- 5.-Siento miedo sin razón alguna.
- 6.-Tengo dificultad para conciliar ó mantener el sueño y amanezco cansado.
- 7.-Mis manos usualmente estan húmedas y frias.
- 8.-Me siendo molesto por dolores de estómago e indigestión.
- 9.-Mi cara se pone caliente y se sonroja.
- 10.-Me duele la nuca, cuello y espalda.

Las respuestas son cinco y estas son: nunca, raramente, en ocasiones, frecuentemente, casi siempre y continuamente, dando una calificación del 2 al 6.

Por arriba de 30 puntos se considera que existe una ansiedad moderada y por arriba de 40 una ansiedad intensa.

Entre 15 y 30 puntos se considera dentro de límites normales.

* Modificada de la original de Tyrer.

Revisaremos brevemente las características farmacológicas de los medicamentos que utilizamos en este estudio.

Los medicamentos antidepressivos muestran una variedad de acciones farmacológicas entre las cuales aún resulta difícil de establecer, en forma concluyente cuáles son las importantes para su eficacia clínica. La acción principal es su capacidad para bloquear la recaptación de las monoaminas (norepinefrina y epinefrina) cerebrales elevando su disponibilidad en el espacio sináptico; otro efecto es la recaptación de serotonina.

La maprotilina es un compuesto tetracíclico con alta selectividad para inhibir la recaptación de la norepinefrina. Del mismo grupo es la oxaprotilina.

Benzodiazepinas. - Existen diversas sustancias que se han utilizado para el tratamiento de la ansiedad tales como: el alcohol bromuros, tizanas de rauwolfia, barbitúricos y benzodiazepinas. Estas últimas tienen un lugar prominente en la terapéutica debido a su potencia ansiolítica, anticonvulsiva, sedativa y relajante muscular, contrastando con una baja capacidad adictiva física.

El mecanismo de acción más probable de las benzodiazepinas es un cambio en la respuesta post-sináptica del GABA aumentando su concentración.

A este grupo pertenece el diazepam (Valium (R)) y el clonazepam (Rivotril (R)).

RESULTADOS.-

Como mencionamos en el diseño, el grupo total fue de treinta y tres pacientes; en el subgrupo de depresión fueron 25 y 8 en el grupo de ansiedad.

Grupo I.- Catorce pacientes con cefalea tensional y depresión fueron tratados con amitriptilina y evolucionaron como se muestra en la tabla # 1 .

Nºpaciente	LINEA DE BASE			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
	Zung	Frec. Int.	Dur.	Dosis usada	Frec. Int.	Dur.	Frec. Int.	Dur.	Frec. Int.	Dur.	Zung	
Caso # 3	33	30/m **	8 hrs.	75 mg/Ala	20/m **	4 hrs 12/m **	4 hrs 12/m **	4 hrs 12/m **	4 hrs			
Caso # 6	45	30/m **	24hrs	100mg/Ala	13/m *	1 hr 12/m *	1 hr 8/m *	30'				
Caso # 8	55	28/m **	7 hrs	100mg/Ala	8/m *	1 hr 10/m *	2 hrs 12/m *	2 hrs				
Caso # 9	68	30/m ***	6 hrs	50mg/Ala	30/m ***	5hrs 23/m **	6hrs 26/m *	6 hrs				
Caso #10	52	30/m ***	6 hrs	75 mg/Ala	18/m **	4 hrs 6/m **	4 hrs 3/m *	3 hrs				
Caso #11	50	2/m ***	24 hrs	50mg/Ala	30/m *	6 hrs 15/m *	6 hrs 15/m *	5 hrs				
Caso #14	48	30/m ***	3 hrs	100 mg/Ala	4/m **	4 hrs 1/m ***	4 hrs 1/m *	1 hrs				
Caso #18	58	30/m ***	6 hrs	100 mg/Ala	25/m ***	3 hrs 20/m **	5 hrs 10/m **	3 hrs.				
Caso #20	38	3/m ***	24hrs	50 mg/Ala	S U S P E N D I O							
Caso #22	66	10/m ***	2 hrs	50 mg/Ala	3/m **	2 hrs	S U S P E N D I O					
Caso #24	36	3/m **	2 hrs	30 mg/Ala	3/m **	2 hrs	S U S P E N D I O					
Caso # 25	40	30/m ***	24 hrs	75 mg/Ala	30/m **	24 hrs 30/m **	24 hrs 30/m **	24 hrs				
Caso #27	62	30/m **	2 hrs	50 mg/Ala	S U S P E N D I O							
Caso #32	64	8/m **	2 hrs	50mg/Ala	8/m **	2 hrs	S U S P E N D I O					
PROMEDIO	57.9	23/m	2.5	10hrs 69.6 mg/Ala	19.7/m	1.8 6 hrs 14/m	2	6.2hrs 13/m	1.3	5.3 hrs		

TABLE # 1

En cinco pacientes disminuyó la frecuencia, intensidad y la duración (casos 6, 8, 10, 14 y 18), en un paciente disminuyó la frecuencia y la intensidad pero se mantuvo igual la duración (caso 9), en otro disminuyó la frecuencia y duración pero permaneció igual la intensidad (caso 13). En uno no se modificaron las características del dolor (caso 25 en quien posteriormente se le diagnosticó una radiculoneuritis C-2 siendo operado y evolucionando favorablemente. Cuatro pacientes suspendieron el tratamiento (casos 20, 22, 24 y 32). Un paciente se excluyó por habersele diagnosticado en su segundo mes de tratamiento un meningioma de la fosa posterior (fue operada y cesó la cefalea).

Grupo II.-

Once pacientes con cefalea tensional y dentro del grupo donde predomina la depresión recibieron maproptilina (Ludlomil (R)), a dosis de 50 a 100 mg/día con los resultados mostrados en la tabla # 2.

En dos pacientes disminuyó la frecuencia, intensidad y la duración (casos 4 y 16). En un paciente sólo disminuyó la frecuencia pero aumentó la intensidad y la duración (caso 7). En otro más disminuyó la frecuencia y la duración pero permaneció igual la intensidad (caso 17). Dos pacientes permanecieron sin cambios (casos 2 y 15) y 4 pacientes suspendieron la medicación (casos 11, 12, 28 y 31).

N° paciente	LINEA DE BASE				SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE				
	Zung	Frec.	Int.	Dur.	Dosis usada	Frec.	Int.	Dur.	Frec.	Int.	Dur.	Frec.	Int.	Dur.	Zung
Caso # 1	50	30/m	**	6 hrs	75 mg/día	22/m	**	24hrs	20/m	**	12 hrs	4/m	**	6 hrs	46
Caso # 2	70	30/m	**	24 hrs	75 mg/día	20/m	**	24 hrs	10/m	**	24 hrs	30/m	**	24 hrs	68
Caso # 4	65	16/m	***	12 hrs	50 mg/día	12/m	**	12 hrs	8/m	**	6 hrs	8/m	**	6 hrs	
Caso # 7	50	30/m	***	16 hrs	75 mg/día	21/m	**	15hrs	28/m	**	12 hrs	2/m	****	24 hrs	50
Caso # 11	52	30/m	**	5 hrs	75 mg/día	30/m	**	5 hrs	S U S P E N D I O						
Caso # 12	30	12/m	*	6 hrs	75 mg/día	S U S P E N D I O									
Caso # 15	65	30/m	**	5 hrs	50mg/día	30/m	***	6 hrs	30/m	**	8 hrs	30/m	**	8 hrs	50
Caso # 16	38	5/m	***	5 días	30 mg/día	5/m	**	6 hrs	5/m	**	5 hrs	3/m	**	2 hrs	
Caso # 28	85	3/m	****	24 hrs	50 mg/día	3/m	***	24 hrs	S U S P E N D I O						
Caso # 31	75	30/m	***	2 hrs	50 mg/día	30/m	***	5 hrs	S U S P E N D I O						
Caso # 17	68	30/m	**	24 hrs	30 mg/día	10/m	**	3 hrs	3/m	**	30'	3/m	**	1 hrs	45
PROMEDIO	57.1	22.3/m	2.2	22.5hrs	54.5 mg/día	17/m	2.1	9.6 hrs	11.4/m	2.2	13 hrs	14.8/m	2	10hrs	51.8

TABLA # 2

Grupo III.-

En este grupo de cuatro pacientes donde predominaron los síntomas de ansiedad, se administró diazepam (Valium (R)), a dosis de 20 a 40 mg/día.

Los resultados son los siguientes : (ver la tabla # 3)

N° paciente	LINEA DE BASE			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			Tyrer		
	Tyrer	Frec.	Int.	Dur.	Dosis usada	Frec.	Int.	Dur.	Frec.	Int.	Dur.	Frec.		Int.	Dur.
Caso # 5	40	30/m	***	24 hrs	20 mg/día	30/m	***	24 hrs	30/m	**	24 hrs	28/m	**	24 hrs	40
Caso # 20	40	16/m	*	5 hrs	20 mg/día	8/m	*	3 hrs	6/m	*	3 hrs	6/m	*	3 hrs	38
Caso # 21	25	6/m	***	5 hrs	20 mg/día	6/m	**	5 hrs	6/m	*	4 hrs	3/m	*	3 hrs	24
Caso # 25	28	30/m	***	4 hrs	20 mg c/12 hrs	14/m	**	4 hrs	S U S P E N D I O						
PROMEDIO	33.2	20/m	2.5	9.5hrs	25 mg/día	14.6/m	2	10.6hrs	12/m	1.6	10.3hrs	12.3/m	1.3	10hrs	34

TABLA # 3

En este grupo un paciente disminuyó en frecuencia, intensidad y duración (caso 21) , en otro solo en frecuencia, permaneciendo igual la intensidad y duración (caso 20) , en otro más no se modificaron las características del dolor (caso 5) y el último paciente suspendió la medicación debido a somnolencia (caso 26).

Grupo IV.-

De los cuatro pacientes tratados con clobazam (Urbadan (R)), tres mostrarón disminuci3n en la frecuencia, la intensidad y la duraci3n (casos 23, 30 y 33) y el otro paciente suspendió el tratamiento a las semana de iniciado debido a somnolencia (caso 29). Ver tabla # 4 .

N° paciente	LINEA DE BASE					SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			
	Tyler	Frec.	Int.	Dur.	Dosis usada	Frec.	Int.	Dur.	Frec.	Int.	Dur.	Frec.	Int.	Dur.	Tyler
Caso # 23	35	8/m	**	5 hrs	40 mg/día	5/m	1	2 hrs	5/m	*	1 hrs	3/m	*	2 hrs	25
Caso # 29	40	2/m	****	8 hrs	40 mg/día	S U S P E N D I O									
Caso # 30	32	15/m	***	4 hrs	60mg/día	10/m	**	24 hrs	5/m	**	24 hrs	2/m	**	2 hrs	
Caso # 33	40	30/m	**	24 hrs	40 mg/día	5/m	**	24 hrs	5/m	**	24 hrs	4/m	**	8 hrs	
PROMEDIO	36.7	13.7/m	2.7	10.2	45 mg/día	6.6	1.6	9.3	4/m	1.6	9 hrs	3/m	1.6	4hrs	25

TABLA # 4

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES

10	29 a					Xa	Mujeres
9	28 a						
8	28a					Xa	Hombres
7	26a	40 a	49a				
6	26a	38a	48 a	59 a			
5	25a	36 a	46 a	58 a			
4	24 a	35 a	44 a	55 a			
3	24 a	35 a	43 a	55 a	70 a		
2	21 a	31 a	41 a	52 a	69 a		
1	21 a	31 a	49 a	51 a	64 a		
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70		

E D A D E S

Total de pacientes: 33

Edad máxima: 70 años

sexo femenino: 31

Edad mínima: 21 años

sexo masculino :2

Edad promedio: 43.2 años

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION. -

La mayoría de los pacientes con cefalea tensional de la clínica presento síntomas de depresión (72%) y algunos de ansiedad (24.2 %).Ademas la mayoría son del sexo femenino (ver tabla # 5) como se reporta en la literatura (1 y 2), aunque en este estudio la proporción fue mucho mayor (mujeres 31= 93% y hombres 2= 7%).El grupo de edades tiene un pico en la tercera década de la vida (tabla #5).

Las escalas de Zung y Tyrer son un instrumento diagnóstico útil y práctico en la consulta externa del neurólogo .

En este estudio se aprecio que la amitriptilina y el clobazam son s mejores en el tratamiento de la cefalea tensional en comparación con la maproptilina y diazepam respectivamente. .Se aprecio que con la maproptilina tiene un efecto colateral que es la somnolencia que hace que los pacientes abandonen el tratamiento.Con el diazepam se vio que por ser un medicamento bastante popular los pacientes lo reciben como "calmante" y es muy frecuente que sea discontinuado su administración.

La duración de la cefalea es igual ó se modifica menos con el tratamiento de maproptilina y diazepam, la frecuencia es lo que más se logró reducir en especial con el clobazam.

La intensidad de la depresión es un factor pronostico del tratamiento, encontrándose que cuando es muy intensa el tratamiento farmacológico no es útil.

Los pacientes con depresión muy severa (mayor de 60 puntos) frecuentemente abandonan el tratamiento. Es posible que el tratamiento conjunto con el servicio de psiquiatría permita obtener mejores resultados, sin embargo no se ensayó en el presente estudio.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Friedman A. P. Headache en: Baker A. B.en: Clinical Neurology, Harper & Row Philadelphia , Vol. 2 Cap. 13, 1982.
- 2.- Blumer, Dietrich and Heillbrom M. Dolor crónico y padecimientos depresivos Mn Med. 1986; 13:34-39.
- 3.- Craig Kennet Emotional aspects of pain en: Wall & Melzack: Textbook of Pain 1984 ed. Bypath.
- 4.- Hendler N.: Depression caused by chronic pain J. Clin Psych - 1984;45:30-33.
- 5.- Ranjan R. et al: Chronic pain and depression A reviw. Com Posych 1984;25-2, 96-104.
- 6.- Granados A. D. Depresión en pacientes con dolor crónico benigno Tesis de postgrado UNAM, 1987.
- 7.- Jabbari G. E. et al: Incidence of seizures with tricyclic and tetracyclic antidepressants: Arch Neurol Vol 42 1985 May.
- 8.- Elkind A. H. Overview and update of a common affliction muscle contraction headache, Postrad Med 1987, jun; 81 (8) :200-7,210-3, - - 217-8.
- 9.- Indo T. Muscle contraction headache Lancet 1987 jun 13:1 1370-1371
- 10.- Saper J. R: Approaches to chronic headache, Hosp. Pract 1987 may; 30:22 (5), 21-25
- 11.- Sjaastad O. et al Headache research strategy ed. Cephal 1987, marz; 7 (1): 1-6
- 12.- Ellertsen B. et al M.M.P.I. Patterning chronic muscle pain, tension headache and migraine Cephal 1987 mar; 7 (1): 65-71
- 13.- Barolin G. S.: Headache and concomitant depression Psychopathology 1986;19 (suppl 2): 165-71
- 14.- Drummond P. D. Pupil diameter in migraines and tension headache. J. Neurol, Neurosurg & Psych. 1987, feb; 50 (2): 228-30
- 15.- Calderon N. G. Depresion causas, manifestaciones y tratamiento. - Ed. Trillas, México, 1985, pag. 25-70.