

4
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

"COMPARACION DEL PERFIL PSICOLOGICO DE
PACIENTES CON DOLOR DE CABEZA CRONICO,
CON DIFERENTES PERIODOS DE EVOLUCION"

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Informe de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

ASESORA : Lic. PATRICIA
PALACIOS CASTAÑON.

MEXICO, D. F.

1982





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.

INDICE.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I " DOLOR ".	
. Teorías y modelos	4
. Clasificaciones clínicas del dolor	13
. Dolor agudo	15
. Dolor crónico	16
CAPITULO II " DOLOR DE CABEZA CRONICO ".	
. Prevalencia del dolor de cabeza	18
. Clasificaciones y diagnóstico del dolor de ca beza crónico.....	21
. Características psicológicas de los pacien-- tes con dolor de cabeza crónico	31
CAPITULO III " METODO "	35
CAPITULO IV " REPORTE "	42
CAPITULO V " DISCUSION "	57
CAPITULO VI " CONCLUSIONES "	62
CAPITULO VII " SERVICIO SOCIAL "	67
BIBLIOGRAFIA	84

INTRODUCCION.

A través del tiempo la experiencia de dolor ha fascinado, desconcertado y presentado un desafío a todos aquellos que han investigado este fenómeno.

El dolor y sus definiciones varían de acuerdo al área de estudio que lo aborde, por lo cual, las definiciones que se encuentran en la literatura al respecto son ambiguas, debido a que según los autores varían los criterios para conceptualizarlo, así, en algunos casos el dolor es considerado como una respuesta, en otras aparece caracterizado en función del estímulo que lo provoca o se le considera una pulsión o estado mental. La pluralidad de significados corresponde a la diversidad de disciplinas científicas a las que puede pertenecer la persona que emplea el término (DOLOR).

Por historia, el dolor es un fenómeno biológico y como tal, se le han aplicado criterios terapéuticos (médicos), criterios basados en la administración de fármacos, con la única intención de aliviar el padecimiento y además trae consigo un tratamiento que por lo general es de larga duración, ineficaz en sus efectos, con consecuencias colaterales indeseables y que conlleva el riesgo de que el paciente se vuelva farmacodependiente. Sólo recientemente se ha planteado la posibilidad de que el DOLOR sea también un fenómeno y ámbito de estudio para la psicología. Esto es porque actualmente se han creado en psicología esquemas conceptuales psicológicos, que han sido capaces de integrar algunos de los datos que en otras disciplinas quedan al aire; fundamentalmente se ha convertido en un "Fenómeno psicológico" al comprobar que lo que los fisiólogos llaman "DOLOR" podía de alguna forma constituir un marco de referencia para comportamientos psicológicos, bien diferenciados y significativos.

Así, en este campo la psicología estudia las relaciones funcionales del paciente con dolor, en su entorno social. Es decir se en carga del estudio de la particular situación creada por la interde

pendencia entre el individuo (sufridor de dolor) y su medio ambiente social, el cual puede formar un importante factor mantenedor o etiológico secundario.

Es importante establecer que el estudio psicológico del dolor, sólo puede aportar datos sobre qué variables psicológicas están -- implicadas en él, pero no puede sustituir la exploración médica, -- ni ayudar a establecer el diagnóstico del cuadro, es decir, los psicólogos únicamente pueden explicar este fenómeno con categorías y conceptos psicológicos.

Por otro lado, es a través de la revisión de diversos trabajos realizados con pacientes sufridores de un tipo de dolor crónico -- como son los cefaléicos que se ha podido observar que existe muy -- poca información sobre las características psicológicas de los pacientes que padecen desde hace varios años de cefalea (dolor de cabeza), es decir, no reportan datos que especifiquen si un paciente -- con un determinado dolor, en el caso que nos ocupa, cefalea presenta cambios en sus características psicológicas dadas por el tiempo que lleva de padecer dicho dolor, esto es, si el periodo de evolución de su dolor trae consigo un perfil psicológico diferente al -- de un paciente que tiene menos tiempo con ese mismo padecimiento -- (dolor de cabeza crónico).

Por tanto el propósito del presente trabajo es investigar si -- los pacientes que padecen de dolor de cabeza desde hace varios años (periodo de evolución mayor de 10 años) presentan características psicológicas diferentes a los pacientes con este mismo padecimiento -- to, pero con un periodo de evolución menor (menor de 10 años).

Es a partir de la poca información que hay sobre los efectos de la cronicidad de la cefalea, en las características psicológicas de los sujetos que la padecen, que se considero importante la realización del presente trabajo, para poder determinar el perfil psicológico (Características psicológicas sobresalientes de una evaluación integral) de los pacientes con dolor de cabeza crónico con diferentes periodos de evolución; el trabajo se realizó a través de un diseño ex post-facto, con un enfoque teorico cognitivo-conductual, -- con una aproximación multimodal, mediante la aplicación de una batería psicológica que incluye cinco inventarios psicológicos: inventario de depresión de Beck, inventario de Temores, inventario de afirmatividad, inventario de Ideas Irracionales y el inventario multifásico de la personalidad Minesota (MMPI); los sujetos empleados

fueron 26 en total(13 para cada muestra), los sujetos eran pacientes que acudieron a la clínica de Dolor del Hospital General de -- Ecatepec.

La escasa información sobre si las características psicológicas del paciente cefaléico tienen relación con la cronicidad del padecimiento, apoyan la elección de dicho tema.

Siendo el dolor de cabeza uno de los trastornos más comunes - en nuestros días, el poder elaborar un perfil psicológico de estos pacientes puede aportar beneficios para el estudio y tratamiento de los pacientes con este padecimiento, la aportación de esta investigación es saber si hay diferencias en los perfiles psicológicos -- de los cefaléicos con diferentes periodos de evolución y a partir de esto en investigaciones posteriores planear y/o plantear alternativas de tratamiento, específicas para cada caso de dolor de cabeza de acuerdo al periodo de evolución que presente el paciente.

El recorrido del presente trabajo está conformado por los siguientes capítulos; el capítulo uno llamado " DOLOR ", en el cual, se dará a conocer los diferentes modelos y teorías que tratan de explicar el fenómeno del dolor, además en este mismo capítulo se verán las clasificaciones clínicas existentes de dolor, para recalcar la de dolor crónico que es la que importa al presente trabajo.

El segundo capítulo " Dolor de Cabeza Crónico " abarca datos sobre la prevalencia de este padecimiento en diferentes lugares del mundo, posteriormente se hablará de las clasificaciones del dolor de cabeza y por último se expondrán las características psicológicas de los pacientes con dolor de cabeza crónico. El tercer capítulo dará a conocer la metodología empleada en el trabajo; el cuarto capítulo reporta los resultados encontrados y el quinto y sex to son la discusión y conclusiones del trabajo respectivamente; el último capítulo(septimo) proporciona datos acerca del Servicio Social.

CAPITULO I " DOLOR ".

El propósito de la primer parte del presente capítulo es exponer los modelos y teorías a través de las cuales surge y se desarrolla el concepto de dolor crónico como área de estudio para la psicología.

El primer modelo elaborado para explicar el dolor, fué el modelo lineal simple, correspondiente a la teoría sensitiva o específica de dolor; a partir de las limitaciones encontradas en este modelo se formulan modelos multidimensionales, como el modelo de Melzack y Casey(1968), elaborado a partir de la teoría de la compuerta; otro modelo multidimensional fué el modelo de Loeser (1980); la explicación de las conductas de dolor según Fordyce(1976), la explicación de dolor elaborada por Schoenfeld(1980).

Por otro lado, se expone de manera general cómo concibe la medicina conductual el fenómeno de dolor y por último la posición del trabajo con respecto a este fenómeno.

En la segunda parte del capítulo, se expondrán las clasificaciones clínicas del dolor para destacar aquella clasificación de dolor de cabeza que va a ser tomada en consideración para el propósito del presente trabajo.

TEORIAS Y MODELOS.

A lo largo de la historia de la filosofía y la ciencia de los países occidentales, el " DOLOR " ha tenido una posición única y ambigua. En algunas de sus formas y circunstancias ha sido considerado y categorizado como algo objetivamente real y al mismo tiempo, se le ha visto como una sensación que como cualquier otra de su especie es subjetiva, interna y privada, es una sensación única(Schoenfeld, 1980).

Dentro del modelo médico, es muy evidente esta ambigüedad, ya que por una parte se habla de terminaciones libres, receptores de dolor, canales de dolor

y dolor intratable y por otra parte la explicación que estos profesionales dan a la fugacidad del dolor de un paciente es puramente subjetiva.

Fisiológicamente las investigaciones de dolor ha sido dirigidas tanto a buscar los estímulos que producen dolor, clínicamente dicha búsqueda ha tomado dos vertientes: 1) identificar las causas internas del dolor en relación con los rasgos estructurales del sistema nervioso, y 2) elaborar formas efectivas para enfrentar la sugestionabilidad del paciente como fuente de los dolores que reporta (Weller Harry, 1979); también los fisiólogos se han preocupado por investigar las bases estructurales en el organismo de dicha sensación y por último a tratar de aliviarlo, para lo cual, han desarrollado varias alternativas terapéuticas como son las técnicas en anestesiología, analgesia, cirugía, sugestión, e hipnosis, a pesar de toda la intensa investigación, tanto de laboratorio como clínica no se han podido aclarar todas y cada una de las variables que intervienen en el "DOLOR" (Guyton, 1960; Harry, 1979; Ganong, 1965).

En la bibliografía médica existente se continúan describiendo vías nerviosas del dolor y receptores de dolor (aunque la existencia de dichos receptores ha sido muy cuestionada), fibras nerviosas, que se encargan de conducir los estímulos dolorosos (sabiendo que todas las fibras nerviosas pueden producir dolor), vías y centros de dolor (Trimble, 1984). Sin embargo, hasta el momento no se ha establecido con toda seguridad una aferencia cortical de las fibras consideradas como conductoras de estímulos dolorosos y la estimulación directa de la corteza no suele producir sensaciones dolorosas (Adams y Walshe, 1980).

Por otro lado desde el punto de vista psicológico algunos psicólogos aceptaron esta ambigüedad o doble concepción del dolor. Algunas veces el dolor es visto como un estímulo o una propiedad de los estímulos y en otras como una variable pulsional o de estado (hablan de que el organismo se encuentra en un estado de dolor); y en ocasiones, es visto como una respuesta o propiedad de una respuesta. El dolor es relacionado a lo aversivo, su origen es punitivo y su reducción reforzante (Schoenfeld, 1980).

Neurofisiológicamente; se intenta abordar el dolor con un esquema estímulo-respuesta; se piensa en la existencia de un sistema que comunica del daño, con elementos específicos de dolor que se transmiten directamente a receptores o al centro de dolor (Teoría de la Especificidad).

Aunque se pensó que había receptores específicos para las sensaciones dolorosas y que el dolor se conducía por fibras nerviosas específicas; actualmente se cuestiona esta teoría de la "Especificidad"; en la cual; el dolor era visto como resultado último de un sistema lineal de transmisión sensorial. La relación existente entre la sensación, es considerada "Lineal" y "Directa"

y en consecuencia lineal y directa es la relación entre la lesión y la sensación y entre ésta (sensación) y la respuesta. A partir de esta teoría se elabora el primer modelo explicativo del dolor (fig. 1), que como se puede observar es un modelo lineal simple y de acuerdo con él la intensidad del dolor es directamente proporcional a la magnitud del daño tisular y la comunicación respecto al dolor estaría en correspondencia unívoca con el estímulo interno inferido a partir de la lesión.

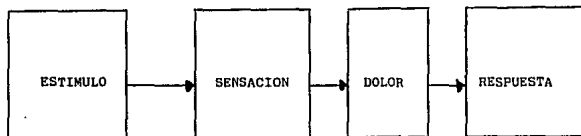


Fig. 1 Modelo lineal simple del dolor, correspondiente a la teoría de la especificidad.

La explicación que el modelo lineal simple da del dolor equipara a este a una sensación simple. Melzack, 1986 menciona: " la teoría tradicional de la especificidad propone que el dolor es una sensación específica y que la intensidad del mismo es proporcional a la extensión de la destrucción tisular"(p.2).

Es importante destacar que esta declaración hace referencia a un concepto de sensación que actualmente es obsoleto.

Como todo modelo lineal simple tiene un ámbito de aplicación limitado, ya que, en la clínica equivale al modelo que explica perfectamente los cuadros de dolor agudo y es sumamente satisfactorio en esta área, pero no lo es en los cuadros de dolor crónico.

A partir de la evidencia que pone en tela de juicio la linealidad del dolor surge la necesidad de formar modelos más complejos, de mayor amplitud y sutileza explicativa; es decir, se elaboran modelos multidimensionales del dolor, -

los cuales surgen de teorías más complejas. El primer modelo y probablemente el más conocido es el modelo de Melzack y Casey(1968); en este modelo los autores sistematizan los fenómenos ocurridos de la experiencia dolorosa en tres categorías: sensorial discriminativo; motivacional=afectivo y cognitivo=evaluativo(fig. 2). Según Melzack(1968); cada una de estas tres categorías dependen de sistemas cerebrales especializados.

El sistema sensorial-discriminativo; dependerá de los sistemas espinales de conducción rápida; el segundo(motivacional-afectivo); de la influencia de los sistemas espinales de conducción lenta; sobre las estructuras reticulares y límbicas y el sistema cognitivo-evaluativo; depende de las funciones del sistema - nervioso central o neocorticales.

El origen del mencionado modelo de Melzack y Casey(1968); es la teoría de la "COMPUERTA "; dicha teoría propuesta por Melzack y Wall(1965); tiene como hipótesis que las células de la sustancia gelatinosa ejercen inhibición presináptica sobre las terminaciones de fibras de todos los tamaños cuando éstas hacen sinápsis en las células transmisoras del asta dorsal; cuyos axones se proyectan al cerebro. Las fibras gruesas excitan la sustancia gelatinosa; aumentando de esta forma la inhibición presináptica(cerrando la compuerta); hacia impulsos nocivos que llegan transportados por fibras pequeñas delgadas. Las fibras delgadas inhiben a la sustancia gelatinosa; disminuyendo la inhibición presináptica(abriendo la compuerta). El dolor se percibe cuando se obtiene un nivel de umbral de disparo en las células de transmisión central. Esta teoría ampliamente aceptada; abarca determinantes sociales y cognitivos de la experiencia de dolor. de acuerdo a ella es plausible suponer que el dolor; el cual es una actividad excitatoria en la vía nerviosa periférica; sea grandemente incrementado como resultado de la excitación aumentada en el paciente(p. ej. causada por un estado de ansiedad); tanto que un efecto de esta excitación es transmitida a través de las vías descendentes a la espina dorsal; así se incrementa la actividad anormal; la cual en sí es finalmente la base para la experiencia de dolor en estado consciente(Merskey; 1981).

Conceptualmente la teoría de la compuerta(Melzack; 1973) es aún relevante para el entendimiento de los aspectos cognitivos de dolor. El fenómeno de dolor es visto como constituido por varios componentes. El dolor tiene un componente sensorial similar a otros procesos sensoriales. Es discriminable en tiempo e espacio e intensidad; sin embargo; el dolor tiene un componente especial ser aversivo=cognitivo=motivacional=emocional. que lleva a comportamientos diseñados de escape o afrontamiento del estímulo.

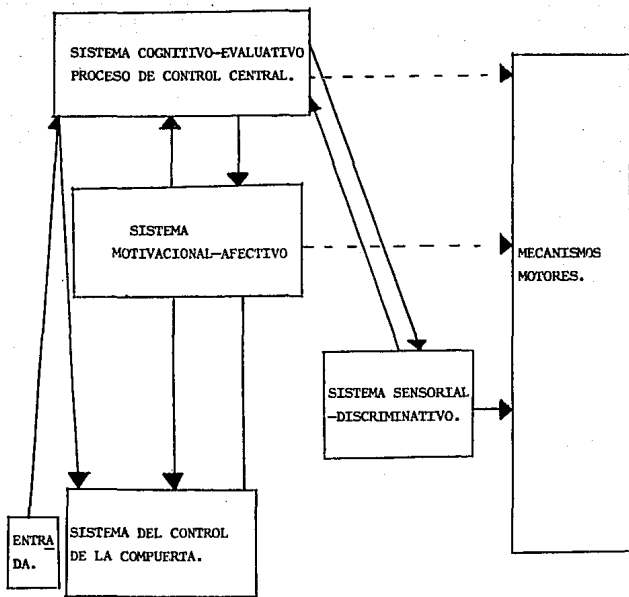


Fig. 2 Modelo Multidimensional del dolor; de Melzack y Casey (1968).

La importancia fundamental de esta teoría es que une al proceso del sistema nervioso central y áreas corticales superiores que están involucradas en ambos sistemas discriminativos-motivacional; las reacciones que influyen sobre la base de la evaluación cognitiva y la experiencia pasada. Más que algún otro enfoque teórico la teoría de la computa enfatiza el importante papel de las variables psicológicas y como éstas afectan la reacción al dolor.

Otro de los modelos multidimensionales de dolor está basado en los planteamientos de Loeser(1980); en este modelo el autor propone que en la experiencia dolorosa hay que distinguir cuatro niveles; que van del más simple al más complejo: 1) nocicepción; 2) dolor; 3) sufrimiento; 4) conductas de dolor.

Siendo el primer nivel(nocicepción) es la Energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas especializadas de la fibra A delta C(Loeser; 1980). Es un sistema de detección de daño periférico como menciona Fordyce(1980). El segundo nivel corresponde al dolor el cual es definido como la experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción(Loeser; 1980).

La relación existente entre el primer y segundo nivel no es lineal; puede existir independientemente a los cambios dados en uno de los niveles o pueden corresponder unívocamente con los cambios del otro.

Sufrimiento es el tercer nivel; propuesto por Loeser(1980); y es la respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones: pérdida de seres u objetos queridos; estrés; ansiedad. El último componente del modelo de Loeser son las conductas de dolor; y es todo tipo de conductas generadas por el individuo habitualmente consideradas indicativas de la presencia de nocicepción que comprende el hablar; la expresión facial; la postura; buscar atención y asistencia médica; consumir medicamentos o negarse a trabajar(fig. 3).

El modelo propuesto por Loeser(1980); considera al dolor como un fenómeno multideterminado; por factores tanto orgánicos como psicológicos; sin embargo; no considera que el aspecto orgánico tenga que estar presente en todos los casos de dolor; es decir; que no hay una relación unívoca entre la lesión y el dolor; por lo que puede haber casos de pacientes con dolor sin tener una causa orgánica que lo determine.

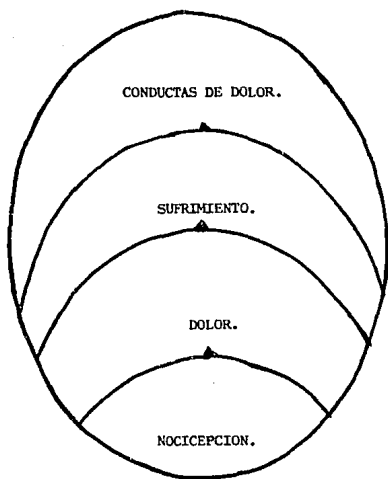


Fig. 3 Niveles en la experiencia de dolor; según Loeser (1980).

Fordyce(1976); es uno de los principales autores y representantes de las aportaciones al estudio del dolor crónico; de las teorías derivadas del análisis experimental de la conducta; sobre todo de sus primeras formulaciones basadas en modelos deterministas(Ribes; 1985).

En su propuesta, las conductas de dolor pueden estar muy bien explicadas por la lesión y entonces se habla de dolor respondiente y puede ser que esta explicación no sea suficiente y haya que buscarla en las influencias ambientales o los factores de aprendizaje; se habla entonces de dolor operante; en este caso la conducta estará mantenida por sus consecuencias (fig. 4).

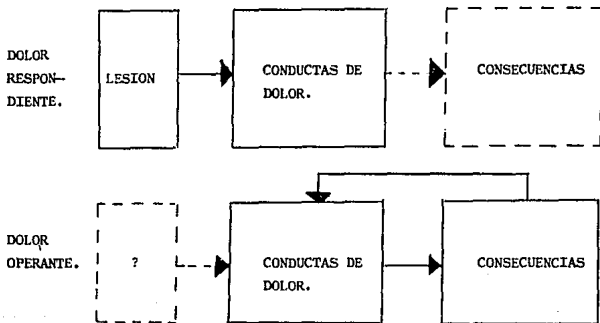


Fig. 4 Explicación de las conductas de dolor; según Fordyce(1976).

Las conductas de dolor son un conjunto de comportamientos que desde un punto de vista social son significativos y además son interpretados como indicadores o señales de lo que le sucede a la persona que los emite (Fordyce, 1976); en el caso que nos ocupa son indicadores de DOLOR.

Las formas que dichas conductas adquieren pueden ser dispares; algunas corresponden a las verbales; que pueden ser emitidas en forma de queja o como información específica. Otra de las modalidades de conductas de dolor y quizá una de las más recurridas es el consumo de medicamentos; además hay conductas como

son cambios o pausas en la actividad; el reposo; determinados tipos de movimientos o ciertas expresiones faciales o vocalizaciones.

El aprendizaje de dichas conductas puede haber sido adquirido en diferentes condiciones: Así algunas de ellas fueron aprendidas por la enseñanza explícita; es decir de forma verbal; otras a través de maniobras analgésicas reflejas como son los movimientos protectivos o de frotamiento, o la inmovilización; algunas otras por imitación o instrucción (ingesta de medicamentos); otras por sus efectos en términos de evitación (es decir reposo).

Con lo propuesto por Fordyce (1976); se puede afirmar que el dolor es una conducta en la cual; el aprendizaje social juega un importante papel.

W.N. Schoenfeld (1980); ofrece una explicación más integrada de las que se han visto hasta el momento; según el autor la acción del estímulo lesional produce una respuesta refleja incondicionada (fig. 5). Las conductas de dolor o de informe son cualquier respuesta que tenga una relación de probabilidad convencional con la anterior. En los humanos las conductas de informe; en tanto comunicacionales; dependen también de la situación social en la que ocurren (Penzo; 1989).

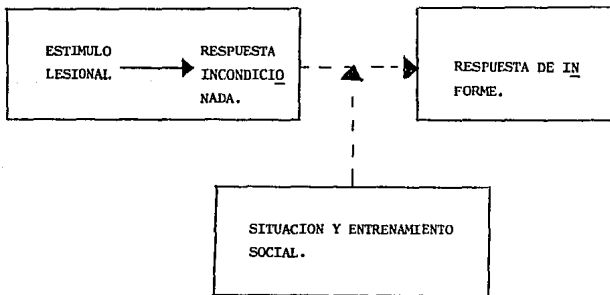


Fig. 5 Explicación de las conductas de dolor (respuestas de informe); según Schoenfeld (1980).

Por otro lado, la Medicina Conductual reconoce que los valores, creencias - y las expectativas del paciente se involucran o interrelacionan en la salud, - enfermedad y el padecimiento. Esta nueva área de la Psicología considera que cada explicación fisiológica del dolor contiene un elemento psicológico implícito --- (Melzack, 1986). El enfoque interdisciplinario que surgió de este modelo demuestra que las estrategias de autocontrol y los rasgos de personalidad afectan de manera especial las respuestas del sujeto frente al dolor (Rossenbaun, 1980; Sternbach, 1974).

Como se puede observar todos y cada uno de los modelos revisados aportan más información al estudio del dolor crónico; sin embargo es importante mencionar que el trabajo realizado no retoma ninguno de ellos, ya que lo que pretende es saber si hay características psicológicas que distingan a los pacientes con dolor crónico; aunque el trabajo no descarta las conductas de dolor que son aprendidas - a través de la interacción social del individuo y que de alguna forma predisponen o mantienen el dolor que reporta el sujeto, ya que se considera que el nivel propio del estudio de la psicología es el de las reacciones funcionales del individuo en su medio ambiente social; siendo su unidad de análisis tanto las conductas de dolor como las características psicológicas que presenta el sujeto. Por tanto, el objeto de estudio de la psicología dentro del campo del DOLOR no son únicamente las conductas de dolor, es decir los comportamientos del individuo en un contexto socialmente designado como " DOLOR "; sino también las características psicológicas que presenta; aunque se tendrá que desarrollar e implementar más investigación para conocer si dichas características están dadas desde antes de que el sujeto padeciera de dolor crónico o son una reacción a dicho dolor.

CLASIFICACIONES CLINICAS DEL DOLOR.

Desde cualquier área o ámbito en el cual se estudie el dolor, nunca se mostrará como algo unitario y homogéneo; por lo que es necesario se clasifique de acuerdo a los criterios existentes a partir de los cuales el dolor puede categorizarse de acuerdo a su Localización o su Temporalidad.

En la clasificación de acuerdo a su " LOCALIZACION ", se encuentran los cuadros de dolor basados en un criterio anatómico en función de los órganos o aparatos involucrados o afectados. A partir de dicha clasificación el dolor puede ser:

Dolor de estómago, Dolor lumbar, dolor de cabeza(cefalea), Dolor dorsal, Dolor de extremidades(Florez Tascón, 1987).

Mientras el dolor corresponda verdicamente a un criterio de localización, esta clasificación puede ser de gran importancia en psicología, ya que la localización del dolor o de la lesión, la zona ó órganos involucrados pueden determinar diferentes tipos de invalidez e incapacidades, así como representar diferencias en la gravedad y repercusiones de cada caso.

Hay además una clasificación basada en los criterios de localización general y es referida a los tejidos y órganos implicados, así como a las características de los receptores nociocéptivos o de la inervación(Penzo, 1989).

Dentro de este criterio, el dolor se clasifica como:

a) Cutáneo o periférico, y es el dolor que coincide con una lesión en la piel o mucosa y es por tanto, de localización externa, siendo casi siempre un dolor delimitado y muy bien localizado, constituido por características claras y bien definidas.

b) Somático profundo, este tipo de dolor es localizado en los músculos y estructuras osteoarticulares, es un dolor sordo, mal definido y mal localizado, con variaciones poco claras.

c) Visceral, el dolor visceral es un dolor irradiado o referido a zonas diferentes donde se encuentra verdaderamente la lesión.

Una tercera clasificación es el distinguir el dolor como epicrítico o protopático.

El primero se refiere a un dolor sensorialmente más fino, más recortado en su cualidad y por tanto mejor discriminado y descrito por el paciente. El dolor protopático es un dolor sordo, de representación sensorial más burda que el paciente describe y discrimina con poca precisión.

Por otro lado, si se toma como punto de clasificación la temporalidad del dolor, clínicamente puede distinguirse por su inicio(brusco o progresivo), su curso o evolución(intermitente, continuo, con exacerbaciones esporádicas), o por su ritmicidad o frecuencia. Aunque desde los aspectos temporales el más importante quizás es el de la duración a partir de la cual, se diferencia o se elabora una distinción entre dolor crónico y dolor agudo.

DOLOR AGUDO.

En este tipo de dolor hay una predominancia de factores lesionales y existe evidencia de numerosos cambios externos como son de lesión, inflamación, o los indicadores de la misma y las manifestaciones neurovegetativas, entre muchas otras que avalan desde un punto de vista médico la existencia de dolor.

El dolor agudo, es un dolor de reciente daño o ataque, de corta duración, - esta típicamente asociado con cambios en la actividad anatómica, que son vistos aproximadamente proporcionales a la intensidad percibida del estímulo. Estos cambios son incrementos medibles en el ritmo cardíaco, en la presión arterial diastólica y sistólica, diámetro pupilar, sudoración palmar y la tensión-muscular estriada, incrementa además la entrada de oxígeno en el organismo, la liberación de glucogéno en la circulación y liberación de la medula de epinefrina y norepinefrina (Sternbach, 1968, 1978).

El dolor agudo es valido indicador de lesión o daño tisular, y suele desaparecer al ser tratada la alteración patológica. Su presencia tiene un alto valor adaptativo, ya que indica la necesidad de tomar medidas para remediar un proceso patológico en marcha (Wall, 1979; Barraguer-Bordas y Bayca-Rusiñol, 1983).

El cuadro de dolor agudo (Sternbach, 1986), suele presentarse en un curso temporal característico y por tanto previsible. Desde un punto de vista psicológico, en este tipo de dolor juegan un importante papel las respuestas bajo control de estímulos que actúan incondicionalmente en virtud de sus propiedades físico-químicas o explicables en función de ellas.

La fase de dolor agudo tiene una combinación de características que son el daño tisular, el dolor y la ansiedad (Wall, 1979), todas ellas conforman el llamado " CUADRO DE DOLOR AGUDO ". La ansiedad es una fase de transición entre el afrontamiento con la causa del daño y la preparación para su recuperación.

DOLOR CRONICO.

Psicológicamente la distinción entre dolor agudo y crónico es muy importante, ya que es el dolor crónico su área primordial de estudio y aplicación. El cuadro de dolor crónico ha tenido tiempo y oportunidad para depender ahora de variables psicológicas (como son las conductas de dolor).

El dolor crónico desde un punto de vista clínico es definido como "Cualquier situación dolorosa que no responde a medidas convencionales, que dura seis o más meses" (Madrid, 1987).

Por el tiempo transcurrido, la configuración de los cuadros dolorosos se hace diferente e individual. En los cuadros de dolor crónico se dan de una forma predominante los fenómenos de incapacidad, invalidez, y la exigencia de ajustes adaptativos y los consecuentes cambios en los estilos de vida, constituyen todo esto materia prima para la aplicación de la psicología en esta área (dolor crónico).

En algunos de los dolores agudos, también puede encontrarse una situación de incapacitación. Pero esta no es prolongada y el paciente lo sabe que es sólo un estado pasajero, por lo cual no realiza cambios rotundos en su estilo de vida, únicamente realizará ajustes momentáneos. En cambio, en los cuadros de dolor crónico se obliga al paciente a modificaciones en su vida futura, radicales y permanentes y las perspectivas de que la situación evolucione en un sentido positivo son muy pocas y muchas veces basadas sólo en esperanzas más que en hechos reales.

En los cuadros de dolor crónico predominan las manifestaciones de depresión "el paciente reporta disturbios en el sueño, cambios en su apetito, decremento de la libido, irritabilidad, desinterés en las relaciones interpersonales y un incremento en las preocupaciones somáticas... las pruebas psicológicas usualmente demuestran un estado depresivo; la depresión puede ser enmascarada por la absorción en los síntomas somáticos" (Sternbach, 1974, p.p 12-19).

Otros estudios emplean diferentes escalas de clasificación en los pacientes con dolor crónico y muestran diferencias entre éstos y los pacientes sin dolor por ejemplo Bond y Pearson (1969), utilizaron una prueba de introversión - extraversión y encontraron que los pacientes con cáncer que presentaban dolor eran

más neuróticos que los que no lo tenían y que era menos probable que los pacientes introvertidos recibieran algún medicamento analgésico que los pacientes extrovertidos.

Al utilizar el MMPI, Pilling, Brannick y Swenson(1967), encontraron resultados altos de hipocondría e histeria, frecuentemente relacionados con resultados anormales menor elevados de depresión. Además se reporta la " V " psicosomática, que se dice refleja la preocupación somática del paciente con negación de transtorno emocional(Sternbach, 1974).

Ziegler, Haasanein(1960), reportan originalmente 134 pacientes consecutivos diagnosticados con síntomas conversivos y encuentra que el dolor es la queja principal en 75 de los casos. Purted(1951), en una serie de 50 pacientes con histeria encuentra que el dolor es un síntoma común(56% tenía dolor de espalda, 28% dolor de articulaciones y 62% dolor de extremidades).

Es a partir de estas investigaciones, que surge la necesidad de elaborar una investigación, que tome en consideración no unicamente características psicológicas de los pacientes con dolor crónico, si no, también se considere la relación que estas guardan con la cronicidad del padecimiento.

CAPITULO II " DOLOR DE CABEZA CRONICO " .

Este segundo capítulo tratará en su primer parte los datos sobre la prevalencia del dolor de cabeza crónico, en diferentes países; la importancia que reviste el conocimiento de dichos datos es grande, ya que a través de ellos se podrá apreciar la magnitud de este padecimiento en diferentes partes del mundo; avalándose así lo importante que es el hacer investigación que ayude no sólo al tratamiento del dolor de cabeza crónico, si no también a su prevención. La segunda parte hablará de las clasificaciones clínicas del dolor de cabeza, ya que estas son la base de muchas investigaciones y por tanto se hace indispensable conocer cuales son los avances en esta área; por último se expondrán las características psicológicas de los pacientes con dolor de cabeza crónico.

PREVALENCIA DEL DOLOR DE CABEZA.

En la última década uno de los problemas que ha incrementado considerablemente tanto su incidencia, como su prevalencia, es el " DOLOR DE CABEZA CRONICO ", tanto que en 1980 las estadísticas mostraron que en los Estados Unidos había 15 millones de personas que padecían de las conocidas migrañas y otros 30 millones de personas sufrían de diferentes tipos de cefalea incapacitantes (Executive Health Report, 1981).

En Estados Unidos el dolor de cabeza está considerado dentro de los 14 principales motivos de consulta médica (DeLozier y Gagnon, 1975); una quinta parte de la población perdía en 1980 anualmente 124 millones de días trabajo por el dolor de cabeza. Además aproximadamente 45 millones de estadounidenses gastaban 1.200 millones de

d

dolares al año en aspirinas y diversos medicamentos para el dolor de cabeza(Executive Health Report, 1981).

En Inglaterra este tipo de dolor se ubica dentro de los diez padecimientos más frecuentes(Martin, 1983), 4 de cada 5 personas sufren de dolor de cabeza desde hace mas de un año; en Alemania el 33% de las personas padecen de dolor de cabeza frecuentemente y de intensidad considerable, el 14% tiene dolores de cabeza severos o muy severos(Zens, 1983).

En Finlandia, en años recientes el dolor de cabeza crónico fue reportado en 73% de las mujeres y el 57% de los hombres, en un estudio realizado en una población de 281 personas(Nikiforow, Hokraven, 1978); en Nueva Zelanda se reportó dolor de cabeza en 39% de hombres y 60% de mujeres(Paulin, Waal-Manning, Simpson, 1985); reportes de estudios en Africa mencionan que el dolor de cabeza(en particular las migrañas) es un dolor muy raro; un estudio reciente en Rhodesia reportó "...El dolor de cabeza, un problema común en otros lados, fue raramente una queja..."(Levy, Axton, 1973,p.p).

En un estudio de una población urbana de Africa se reportó una historia de dolor de cabeza recurrente en 20.2% de las mujeres y un 17.6% de hombres(levy,1983), y en una población de Nigeria se encontró una prevalencia de migraña de 5.3%(Osuntokum, Adeuja, Schienberg, 1987).

México no cuenta con estadísticas al respecto, sin embargo, se sabe que los desórdenes psicofisiológicos ocupan un importante lugar dentro de los nueve principales problemas de salud mental(De La Fuente, Puche y Medina, 1985).

A pesar de esta falta de información en nuestro país, en un estudio realizado en el Hospital General de Ecatepec, se encontró que de una muestra de 180 sujetos cefaleicos, 148 fueron mujeres y 32 hombres(Rojas y Figueroa, 1991).

Es importante destacar el punto de la falta de información estadística en México, la cual esta por demas decir que no sólo es con respecto al dolor de cabeza) sobre la prevalencia de un paciente tan común, ya que ni las instituciones que reúnen información sobre diferentes padecimientos, cuentan con tal información.

Como se puede observar con los datos mencionados, la queja de dolor de cabeza es un fenómeno frecuente, sin embargo, sólo en años recientes se han realizado estudios epidemiológicos al respecto.

Se puede afirmar que el dolor de cabeza es y aparentemente ha sido un frecuente síndrome de dolor. Este padecimiento se ha reportado tanto en América como en la sociedad occidental europea, en porcentajes muy altos de su población. El dolor de cabeza severo ha sido reportado como prevalente de varias sociedades a nivel mundial (Olsen, 1990). Si la prevalencia varía con los diferentes grupos socioeconómicos de la población es algo que aún permanece en duda. El dolor de cabeza severo es por razones aún desconocidas más común en mujeres, casadas, que provienen por lo general de zonas urbanas, principalmente amas de casa y de mediana edad.

Palacios, et al (1991), en un estudio realizado con una muestra de cefaléicos del Hospital General de Ecatepec; reportan una mayor prevalencia del dolor de cabeza crónico en mujeres (61 de los 70 sujetos que conformaban la muestra), teniendo una edad promedio de 32 años para las mujeres y de 38 para los hombres, en el grupo de mujeres la categoría ocupacional que predominó fue las que se dedicaban al hogar (con un 64%), y en los hombres fue la categoría de empleados (con un 55%), para las mujeres el porcentaje más alto en estado civil fue casadas (65%), siendo este mismo para el grupo de hombres (66%); en cuanto a la escolaridad en el grupo femenino predominó el nivel de primaria con un 54% y en el masculino este mismo nivel con un porcentaje de 44%.

Rojas y Figueroa (1991), corroboran estos datos, reportando, que de una muestra de 180 sujetos con dolor de cabeza 148 fueron mujeres y 32 hombres, en el grupo de hombres predominaron los casados (54.8%), empleados (62.5%) y con una escolaridad a nivel secundaria (43.8%); en cuanto a las mujeres el estado civil "Casadas", es también el más frecuente (74.8%), las que su ocupación era el hogar fue más frecuente (76.5%) y con una escolaridad de primaria completa.

Es común una historia familiar positiva al padecimiento, aunque el papel exacto de la genética es todavía desconocido (Martín, 1983); Rojas y Figueroa (1991), reportan que en los sujetos masculinos (32 en total), la mayoría no reporta antecedentes familiares con el mismo padecimiento (cefalea) y los que lo hicieron se distribuyó homogéneamente la muestra entre, padre, madre y hermanos con cefalea, en las mujeres sólo una tercera parte no reporta dichos antecedentes, el resto informa que son madres y hermanos los que padecen de dolor de cabeza crónico. El 33% y el 25% de hombres y mujeres, res

pectivamente reportaron(en el citado estudio) una historia de más de un antecedente familiar.

CLASIFICACIONES Y DIAGNOSTICO DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Como se ha dicho, la cefalea es el síntoma más común del hombre civilizado, sin embargo, es poco frecuente que las cefaleas y sobre todo las crónicas tengan su origen en un padecimiento orgánico, por lo tanto, puede inferirse que casi siempre las cefaleas re presentan una incapacidad relativa del individuo para manejar las contrariedades de la vida; un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o la conducta, que una enfermedad estructural del sistema nervioso.

Hay que recordar que el diagnóstico de Cefalea, depende a menudo de que el paciente describa sus síntomas. No hay pruebas clínicas específicas para muchos síndromes dolorosos dentro de los cuales podrían incluirse las migrañas clásica y común, cefalea ten sional y neuralgias(Dalessio, 1984).

Por lo anterior es importante disponer de una clasificación que aporte las bases para una terapéutica adecuada(ya sea médica, psicológica o ambas).

En 1962, el Comité Ad Hoc, del Instituto Nacional de Neurología y Desordenes Comunicativos, clasificó los desordenes de dolor de cabeza y dio una breve descripción de varios de estos síndromes. El documento elaborado por dicho comité presenta un sistema de cla sificación que contiene quince categorías(fig. 6)de dolor de cabeza (Ad Hoc Comité on the classification of headache, 1962) y ha servido como base de la investigación en el campo del dolor de cabeza.

Para propósitos de discusión, Diamond y Dalessio(1978), reducen las quince categorías elaboradas por el Comité Ad Hoc a tres grupos generales de desordenes de dolor de cabeza y son:

- 1) dolor de cabeza por inflamación o tracción.
- 2) cefalea de origen vascular.
- 3) dolor de cabeza por contracción muscular (fig. 7).

En el grupo de dolor de cabeza por tracción e inflamación se comprenden las cefaleas que acompañan enfermedades orgánicas del

CLASSIFICATION OF HEADACHE.

Ad Hoc Committee on Classification of headache.

TABLE OF CONTENTS.

1. Vascular Headache of Migraine Type.
 - A. "Classic" Migraine.
 - B. "Common" Migraine.
 - C. "Cluster" Headache.
 - D. "Hemiplegic" and "Ophthalmoplegic" Migraine
 - E. "Lower-Half" Headache.
2. Muscle-Contraction Headache.
3. Combined Headache: Vascular and Muscle Contraction.
4. Headache of Nasal Vasomotor Reaction.
5. Headache of Delusional, Conversion, or Hypochondriacal State.
6. Nonmigrainous Vascular Headache.
7. Traction Headache.
8. Headache Due to Overt Cranial Inflammation.
- 9-13. Headache Due to Disease of Ocular, Aural, Nasal and Sinusal, Dental, or Other Cranial or Neck Structures.
14. Cranial Neuritides.
15. Cranial Neuralgias.

Fig. 6 Clasificación del dolor de cabeza
(Comite Ad Hoc).

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS.

1. CEFALEA VASCULAR.

MIGRAÑA

1. Clásica
2. Común
3. Hemipléjica Migraña
4. Oftalmopléjica complicada.

En racimos(histamínica)

Vascular Tóxica

Hipertensiva

2. CEFALEA POR CONTRACCION MUSCULAR.

1. Osteoartritis Cervical
2. Miositis Crónica

3. CEFALEA POR TRACCION E INFLAMATORIA.

1. Lesiones Ocupativas (tumores, edema, hematoma, hemorragia cerebral).
2. Enfermedades Oculares, Oticas, Nasaes, Faríngeas, Dental.
3. Infección.
4. Artritis, Flebitis(neuralgias craneales).
5. Enfermedades Vasculares Oclusivas.

Fig. 7 Clasificación de las cefaleas(Dalessio y Daimond, 1978).

cráneo o sus componentes, incluyendo el cerebro, meninges, arterias, venas, ojos, dientes, nariz y senos paranasales (Diamond y Dalessio, 1978). Las cefaleas por tracción son aquellas que se observan en las lesiones ocupativas del encefalo, tales como tumores, hematomas, abscesos o edema cerebral de cualquier etiología. En esta categoría o grupo están incluidas las cefaleas inflamatorias originadas por enfermedades de los órganos especiales de los sentidos y los dientes, así como las neuralgias craneanas principales incluyendo las neuralgias del trigémino (Diamond y Dalessio, 1978).

Las cefaleas vasculares incluyen a la migraña clásica y común, migraña hemiplejica, oftalmológica, cefaleas en racimos o histamínica y cefalea vascular tóxica. Este tipo de cefalea vascular comparte la tendencia hacia la vasodilatación, este fenómeno representa la fase dolorosa del ataque migrañoso. También presenta una fase de vasoconstricción que es la responsable de los fenómenos sensoriales no dolorosos que preceden al dolor (Dalessio y Diamond, 1978).

Por último, probablemente la forma más común de dolor de cabeza es la que se relaciona con la contracción de los músculos de la cabeza y cuello lo cual provoca un dolor sordo en forma de banda, persistente con duración que va de días a meses (Diamond y Dalessio, 1978).

Aunque como se señaló anteriormente, la clasificación elaborada por el Comité Ad Hoc, ha servido para múltiples investigaciones y representó un avance en esta área, ahora dicha clasificación es insuficiente tanto para el investigador, como para el trabajo clínico, ya que se ha observado que los criterios empleados para la clasificación no son los que comúnmente se encuentran en la aplicación clínica y los criterios de clasificación se basan en la teoría más que en la práctica.

Tratando de salvaguardar las deficiencias que presenta en la práctica, la clasificación del Comité Ad Hoc, se creó la sociedad internacional de dolor de cabeza (DSHO en 1983).

En 1985, la comisión de la sociedad internacional de dolor de cabeza, diseñó un comité de clasificación (Olsen, 1990). Después de tres años de intenso trabajo de 100 expertos mundiales el comité publicó un documento muy extenso, el documento forma la base de la

clasificación del dolor de cabeza; en la nueva internacional clasificación de las enfermedades (ICD), de la organización mundial de la salud y que ha sido apoyada por la Federación mundial de neurología. El comité diseñó un nuevo sistema de clasificación del dolor (fig. 8) y criterios diagnósticos (fig. 9).

Las diferencias existentes entre estas dos clasificaciones del dolor de cabeza, son muy importantes para las posteriores investigaciones, ya que por un lado la clasificación del Comité Ad Hoc establece únicamente 15 tipos de dolor de cabeza con características muy bien definidas en cada tipo de dolor de cabeza, sin dar la posibilidad de no encontrar todas las características preestablecidas por otro lado la clasificación elaborada por el comité de la comisión de la sociedad internacional del dolor de cabeza, establece un criterio de clasificación más amplio que permite por el hecho de estar basado en datos empíricos, ser más flexibles y encontrar tanto diagnósticos para cada dolor de cabeza.

La neurologa encargada de dar los diagnósticos, de los pacientes del estudio que se elaboró, se basó en la clasificación elaborada por el Comité Ad Hoc.

Para el presente trabajo, la cefalea tensional que es la más frecuente de todas las cefaleas descritas, constituyendo el 80% de las cefaleas diagnosticadas en la clínica neurológica (Olsen, 1990), ésta se debe a la contracción de los músculos del cuello y de la cabeza y generalmente es bilateral a la palpación manual se sienten los músculos tensos, el dolor es sordo, sostenido, persistente, simétrico, uniforme y a menudo es descrito por los pacientes como una sensación de presión, tirantes y peso o malestar; con localización preferente en la región frontal, el vertex y la región occipital; otra localización es un dolor en banda en torno a la circunferencia craneal o uniforme en toda la cabeza, su intensidad es variable y puede durar desde una hora hasta varios días y en ocasiones dura todo el periodo de vigilia. En general no hay antecedentes familiares de importancia, este tipo de cefalea suele presentarse ante una situación tensionante y no es frecuente que se acompañe de vómito, manifestaciones visuales o digestivas; es un dolor crónico que no se debe a una lesión orgánica demostrable y en cuya etiología influyen elementos de naturaleza psicológica.

La cefalea vascular o migraña esta estrechamente ligada a si-

TABLE I CLASSIFICATION OF PRIMARY HEADACHE.

1. MIGRAINE.

- 1.1 Migraine without aura
- 1.2 Migraine with aura
 - 1.2.1 Migraine with typical aura
 - 1.2.2 Migraine with prolonged aura
 - 1.2.3 Familial hemiplegic migraine
 - 1.2.4 Basilar migraine
 - 1.2.5 Migraine aura without headache
 - 1.2.6 Migraine with acute onset aura
- 1.3 Ophthalmoplegic migraine
- 1.4 Retinal migraine
- 1.5 Childhood periodic syndromes that may be precursors to or associated with migraine
 - 1.5.1 Benign paroxysmal vertigo of childhood.
 - 1.5.2 Alternating hemiplegia of childhood
- 1.6 Complications infarction
- 1.7 Migrainous disorder not fulfilling above criteria

2. TENSION TYPE HEADACHE.

- 2.1 Episodic tension type headache
 - 2.1.1 Episodic tension type headache - associated with disorder of pericranial muscle
 - 2.1.2 Episodic tension type unassociated with disorder of pericranial muscle
- 2.2 Chronic tension type headache
 - 2.2.1 Chronic type headache associated with disorder of pericranial muscle

Fig. 8 Clasificación del dolor de cabeza(Olsen, 1990).

- 2.2.2 Chronic tension type headache un-associated with disorder of pericranial muscle
- 2.3 Headache of the tension type not fulfilling above criteria

3. CLUSTER HEADACHE AND CHRONIC PAROXYSMAL / HEMICRANIA

- 3.1 Cluster headache
 - 3.1.1 Cluster headache periodicity undetermined
 - 3.1.2 Episodic cluster headache
 - 3.1.3 Chronic cluster headache
- 3.2 Chronic paroxysmal hemicrania
- 3.3 Cluster headache-like disorder not fulfilling above criteria

4. MISCELLANEOUS HEADACHE UNASSOCIATED WITH - STRUCTURAL

- 4.1 Idiopathic stabbing headache
- 4.2 External compression headache
- 4.3 Cold stimulus headache
 - 4.3.1 External application of a cold - stimulus
 - 4.3.2 Ingestion of cold stimulus
- 4.4 Benign exertional headache
- 4.5 Benign cough headache
- 4.6 headache associated with sexual activity
 - 4.6.1 Dull type
 - 4.6.2 Explosive type
 - 4.6.3 Postural type

Fig. 8 Clasificación del dolor de cabeza(Olsen, 1990).
Continuación.

TABLE 2 DIAGNOSTIC CRITERIA FOR MOST IMPORTANT PRIMARY HEADACHE.

1.1 MIGRAINE WITHOUT AURA.

- A. At least 5 attacks fulfilling B-D
- B. Headache attacks lasting 4-72 hours -
(untreated or unsuccessfully treated)
- C. Headache has at least 2 of the following characteristics
 - 1. Unilateral location
 - 2. Pulsating quality
 - 3. Moderate or severe intensity
 - 4. Aggravation by walking stairs or similar routine physical activity
- D. During headache at least one of the following
 - 1. Nausea and/or vomiting
 - 2. Photophobia and phonophobia

1.2 MIGRAINE WITH AURA.

- A. At least 2 attacks fulfilling B
- B. At least 3 of the following 4 characteristics
 - 1. One or more fully reversible aura - symptoms indicating focal cerebral - cortical and/or brainstem dysfunction
 - 2. At least one aura symptom develops - gradually over more than 4 minutes or 2 more symptoms occur in succession
 - 3. No aura symptom lasts more than 60 - minutes. If more than one aura symptom is present, accepted duration is proportionally increased

4. Headache follows aura with a free interval of less than 60 minutes (It may also begin before or simultaneously with the aura).

2.1 EPISODIC TENSION-TYPE HEADACHE.

- A. At least 10 previous headache episodes fulfilling criteria B-D listed below.--
Number of days with such headache.
- B. Headache lasting from 30 minutes to 7 days.
- C. At least 2 of the following pain characteristics.
1. Pressing-tightening (nonpulsating) quality.
 2. Mild or moderate intensity.
 3. Bilateral location.
 4. No aggravation by walking stair routine physical activity.
- D. Both of the following.
1. No nausea or vomiting (anorexia may occur).
 2. Photophobia and phonophobia are --* absent or one but not the other is present.

3.1 CLUSTER HEADACHE.

- A. At least 5 attacks fulfilling B-D
- B. Severe unilateral orbital, supraorbital and/or temporal pain lasting 15 to 180 minutes untreated.
- C. Headache is associated with at least one of the following signs that have to be present on the pain side.

1. Conjunctival injection.
 2. Lacrimation.
 3. Nasal congestion.
 4. Rhinorrhea.
 5. Forehead and facial sweating.
 6. Miosis
 7. Ptosis.
 8. Eyelid edema.
- D. Frequency of attacks: from 1 every other day to 8 per day.

Fig. 9 Criterios diagn6sticos del dolor de cabeza
(Olsen, 1990).

tuaciones de estrés o frustrantes; es un episodio de cefalea que es residual unilateral en principio, con frecuencia precedido y acompañado de trastornos visuales o digestivos (náuseas, vómito), y puede ser muy intenso y las crisis duran de varias horas (de 2 a 24 hrs.), con desaparición total de los síntomas entre uno y otro episodio; las manifestaciones sensoriales (fosfenos, fotofobia, acúfeno) pueden preceder a la crisis (aura) o acompañarla. Su origen se considera es una vasodilatación cuya causa no es bien conocida, aunque hay pruebas que sugieren la existencia de un factor neurogénico. Suelen ser más frecuentes en personas obsesivas, rígidas y perfeccionistas que reprimen la ira por diversos mecanismos de control.

La migraña es clasificada como clásica, cuando antes del episodio de dolor se reportan prodromos, ya sean, visuales, sensoriales o motores; en ausencia de estos la migraña se clasifica como migraña común.

Existe además un tercer tipo de dolor de cabeza que debe ser considerado, es la cefalea mixta o dolor de cabeza combinado (vascular y por contracción muscular), en donde coexisten signos y síntomas de ambos tipos durante los ataques de dolor.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Partiendo de la evidencia de que el dolor es un fenómeno psicofisiológico y como tal es multideterminado (Penzo, 1989); ahora las variables psicofisiológicas que lo determinan tienen una mayor importancia, tanto en el inicio como en el desarrollo y mantenimiento del dolor crónico. En las dos últimas décadas el conocido dolor de cabeza (crónico), ha tenido particular atención por parte de los profesionales de la psicología, concentrando en un inicio principalmente su interés en la elaboración de técnicas de tratamiento no farmacológicas (como son la Retroalimentación biológica y el entrenamiento en relajación), afrontamiento y tomando en cuenta los adelantos en esta área, ahora las investigaciones sobre el tema, se han multiplicado y diversificado, involucrando ya los aspectos fi-

siológicos relacionados con el dolor de cabeza(Philips, 1978; Phillips y Hunter, 1981), por un lado y por otro los aspectos psicológicos o características psicológicas de estos pacientes(Arena, Andrasik y Blanchard, 1985; Rappaport y McArnulty, 1987).

En los estudios psicológicos de estos pacientes(con cefalea tensional), se menciona que dichos pacientes presentan importantes síntomas de ansiedad, baja tolerancia a la frustración, hipocondría y en muchos de los casos tendencia a caer en estados depresivos. En estos pacientes el estrés emocional, la fatiga o los estímulos sensoriales intensos pueden desencadenar la cefalea tensional(Martín, 1983).

De manera general se ha descrito a este paciente, con una personalidad predispuesta al dolor psicogenico. Engel(1959), lo describe como un paciente crónicamente deprimido, melancólico, con sentimientos de culpa y autodevaluación, suele carecer de entusiasmo y en ocasiones presenta tendencias masoquistas, busca las situaciones dolorosas y reacciona negativamente al éxito personal.

Se sabe además que son pacientes que tienden al aislamiento social, no tienen las habilidades necesarias para defender sus derechos, expresar molestias, enojo, sus afectos, opiniones o negarse en situaciones injustas(Blanchard, Andrasik, 1989; Cotler y Guerra, 1979; Colin y Steward, 1986; Palacios, 1991).

Uno de los aspectos psicológicos que con mucha frecuencia se ha relacionado con el dolor crónico es la depresión(Fordyce, 1976; Romano y Turner, 1985), aunque es poco lo que se sabe acerca del papel que juega la depresión en el origen, desarrollo y mantenimiento del dolor crónico o viceversa(Romano y Turner, 1985; Sternbach, 1974). Es abundantemente citada en la bibliografía el que en los cuadros de dolor crónico predominen manifestaciones de depresión(Lascelles, 1966; Blanchard, Andrasik, 1982; Phillips y Jahansahi, 1985; Palacios, 1987). Por otro lado, en estudios realizados en muestras mexicanas, corroboran la existencia de puntajes altos de depresión en pacientes sufridores de dolor de cabeza crónico, a través del inventario de depresión de Beck(Ramos, 1989; Rojas y Figueroa, 1990).

Además se ha reportado que los cefaleicos presentan más tendencias perfeccionistas que sus controles(Schmidt y col., 1990; Blanchard y Andrasik, 1989). Un estudio realizado por Palacios(1991), -- concuerda en afirmar que los sufridores de cefalea, presentan más tendencias perfeccionistas que sus controles.

Aunque son muchas las investigaciones que reportan las características psicológicas que se pueden encontrar en los pacientes cefálicos, es más lo que se desconoce que lo que se sabe hasta ahora; por ejemplo, se ignora si estas características psicológicas, estuvieron como parte de la personalidad del sujeto desde antes del padecimiento o surgen y coexisten con él, o si varían a través del tiempo, es decir, si la cronicidad del padecimiento (cefalea) trae consigo cambios en las características psicológicas del paciente. Autores como Sternbach (1974; 1978) y Phillips y Jahanshahi (1985), reportaron que si hay un deterioro de la personalidad del sujeto relacionado al número de años que llevan de padecerlo, pero la bibliografía es escasa y no es consistente.

Estudios realizados con la aplicación del MMPI (Pilling, Brannick y Swenson, 1967), señalan la presencia de altos puntajes de hipocondría e histeria, constantemente asociados a puntajes menores de depresión, en pacientes con dolor. Mostrando la "V" psicósomática, que refleja la existencia de una preocupación somática, con la negación de problemas emocionales. Aunque estos resultados no ponen en claro si estas diferencias reflejan un cambio de la personalidad secundaria al dolor, o si se trata de un desajuste previo al dolor.

Sternbach (1974), en un estudio realizado con pacientes con dolor lumbar, comparó a los que tenían dolor de menos de seis meses de duración, con un segundo grupo cuyo síntoma había durado más de seis meses; encontrando en ambos grupos la triada psicósomática "V", al aplicar el MMPI, pero únicamente los pacientes crónicos (más de seis meses), mostraron resultados dentro de los rangos normales. Sternbach sugiere que hay una evolución de los perfiles de personalidad anormal con la cronicidad, es decir, al avanzar la enfermedad los pacientes se interesan más en su dolor y se deprimen más.

Los pacientes que fueron sometidos a cirugía, que obtuvieron alivio a su dolor mostraron una reducción de los resultados de histeria e hipocondría, en comparación con los que no obtuvieron alivio. Los resultados de este estudio apoyan la idea de que el dolor crónico continuo produce cambios emocionales en el paciente que lo padece.

Phillips y Jahanshahi (1985), realizaron un estudio de las ca-

racterísticas psicológicas de una muestra de pacientes con dolor de cabeza crónico, que incluía pacientes con migraña clásica y común, y pacientes con cefalea tensional; la comparación de los grupos estuvo definida en términos de la cronicidad del dolor de cabeza; se encontró que aquellos pacientes con una larga historia de dolor de cabeza, tuvieron altos niveles de trastorno conductual y fuerte vínculo entre las experiencias de dolor y ambos niveles de sumisión y patrones de afrontamiento conductual. A diferencia del estudio de Sternbach(1974), en este estudio no se encontró relación entre altos niveles de depresión y cronicidad del dolor de cabeza.

Por otro lado, los estudios de Pilowsky(1976), realizados con el cuestionario para las enfermedades de la conducta no muestra que los cambios en los patrones de conducta tengan relación con la duración de la enfermedad, en pacientes con síntomas que van desde las seis semanas a los 60 años de padecimiento. El autor argumentó que las características de los pacientes, así como las actitudes hacia la enfermedad se establecen cuando se presenta ésta y no como consecuencia de ella.

Es a raíz de esta inconsistencia y escasas de información al respecto, que surge la necesidad de investigar, si los pacientes que padecen dolor de cabeza desde hace varios años(período de evolución mayor de 10 años) presentan características psicológicas diferentes a los pacientes con este mismo padecimiento pero con un período de evolución menor(menos de 10 años).

Cualquier dato al respecto, será de suma importancia, principalmente para decidir sobre las opciones de intervención terapéutica, las cuales, no sólo deben atender al " DOLOR DE CABEZA ", si no también a sus complicaciones.

CAPITULO III " METODO "

PROBLEMA:

¿ Existen diferencias psicológicas entre los pacientes cefaleicos que presentan diferentes periodos de evolución ?

OBJETIVOS GENERALES:

. Determinar el perfil psicológico de los pacientes cefaleicos con un periodo de evolución menor o igual a 10 años, a través de una aproximación multimodal.

. Determinar el perfil psicológico de los pacientes cefaleicos con un periodo de evolución mayor de 10 años, a través de una aproximación multimodal.

OBJETIVOS PARTICULARES:

. Determinar las características de depresión de los pacientes cefaleicos, a través del inventario de Depresión de Beck, en la condición de periodo de evolución mayor de 10 años.

. Determinar los Temores de los pacientes con dolor de cabeza crónico, a través del inventario de Temores, en la condición de periodo de evolución mayor de 10 años.

. Determinar el deficit asertivo total de los pacientes cefaleicos, por medio del inventario de afirmatividad, en la condición de periodo de evolución mayor de 10 años.

. Determinar el perfil de ideas irracionales de los pacientes cefaleicos, por medio del inventario de Ideas Irracionales, en la

condición de periodo de evolución mayor de 10 años.

. Determinar el perfil de personalidad del paciente cefaleico, a través del inventario multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI), en la condición de periodo de evolución mayor de 10 años.

. Determinar las características de depresión de los pacientes cefaleicos, a través del inventario de depresión de Beck, en la condición de periodo de evolución menor de 10 años.

. Determinar los Temores, de los cefaleicos, a través del inventario de Temores, en la condición de periodo de evolución menor 10 años.

. Determinar el deficit asertivo total de los pacientes cefaleicos, por medio del inventario de afirmatividad, en la condición de periodo de evolución menor de 10 años.

. Determinar el perfil de Ideas Irracionales de los pacientes cefaleicos, por medio del inventario de Ideas Irracionales en la condición de periodo de evolución menor de 10 años.

. Determinar el perfil de personalidad del paciente cefaleico, a través del inventario multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI), en la condición de periodo de evolución menor de 10 años.

VARIABLES:

. Variables independientes no activas(Kerlinger, 1975):

- Periodo de evolución.

. Variables dependientes:

↳ Índice de depresión.

↳ Índice de Temores.

↳ Índice de afirmatividad.

↳ Perfil de ideas irracionales.

↳ Características de personalidad.

. Variables criterio de inclusión:

Para que los sujetos fueran incluidos en la muestra era necesario cumplir los siguientes criterios:

1) Periodo de evolución \geq antecedentes de dolor de cabeza de por lo menos seis meses de evolución.

2) Personas de ambos sexos, mayores de 15 años y menores de 60 años, que acudieron a la clínica de dolor del Hospital General de Ecatepec " Dr. Jose Maria Rodriguez ", por padecer dolor de cabeza crónico.

3) escolaridad: Todos los sujetos debían saber leer y escribir como mínimo, y no presentar problemas de comprensión considerables.

4) No fueron aceptados aquellos pacientes cefaleicos con historias clínicas orientadas a los padecimientos siguientes:

a) sintomatología neurológica diversa y en especial crisis convulsivas episódicas o cuadros epilépticos, antecedentes de traumatismo craneoencefálico, padecimientos cerebrovasculares, neuralgias (del facial, trigémino, glossofaríngeo y occipital).

b) anemia clínicamente o de laboratorio.

c) hipertensión arterial.

d) Pacientes con hábitos de higiene deficiente, consumo indiscriminado de carne de cerdo o antecedentes personales o familiares de teniasis por *Tenia Solium*.

e) patología sinusal (frontal, maxilar o etmoidal).

f) otitis, mastoiditis e inflamaciones del conducto auditivo externo.

g) anomalías anatómicas o traumatismo de la nariz.

h) patología oftálmica (irritación o inflamaciones conjuntivales, defectos de refracción como astigmatismo).

i) alcoholismo crónico.

j) padecimientos de la columna cervical, traumáticos, inflamatorios.

k) patología infecciosa o inflamatoria de vías respiratorias altas.

l) antecedentes inmediatos de padecimientos de naturaleza tóxica o alérgica.

También se descartaron los pacientes en los cuales los siguientes estudios revelaron alteración.

1) radiografía de cráneo (AP, Laterales, Y Towne).

2) fondo de ojo.

DEFINICION DE TERMINOS:

- Periodo de evolución: Espacio de tiempo durante el cual se ha desarrollado el padecimiento(cefalea).

- Índice de depresión: Será el puntaje obtenido en cada sujeto, con el inventario de depresión de Beck y col.(1961).

- Índice de temores: Puntaje total obtenido en el inventario de temores(Wolpe y Lang, 1969).

- Índice de afirmatividad: Será el deficit asertivo total, obtenido de cada paciente con el inventario de afirmatividad de Gambrill y Rickey(1975).

- Perfil de Ideas Irracionales: Estará dado por el porcentaje en cada escala del inventario de ideas irracionales de Jones(1968).

- Características de personalidad: Serán obtenidas por los perfiles de personalidad, resultado de los puntajes de cada escala del inventario multifásico de la personalidad Minnesota(MMPI), Nunez(1979).

SUJETOS:

Fueron evaluados por un grupo de psicólogos, un total de 26 sujetos, de los cuales, 13 presentaron dolor de cabeza crónico con un periodo de evolución menor de 10 años y 13 que tenían una cronicidad de su dolor de cabeza de más de 10 años. Los sujetos fueron capturados a través de letreros colocados en diferentes puntos del Hospital General de Ecatepec " Dr. Jose Maria Rodriguez ", y además aquellos que acudieron al servicio de Clínica de Dolor de dicho Hospital, que presentaban los criterios de inclusión preestablecidos.

MATERIALES:

- 1) Inventario de depresión de Beck(Beck y col., 1961).
- 2) Inventario de temores(Wolpe y Lang, 1969).
- 3) a. Una adaptación del inventario de afirmatividad de Gambrill y Rickley(Gambrill y Rickley, 1975).
b. Matriz de aserción de Cotler y Guerra(1176); adaptada por Palacios(1985).
- 4) Inventario de ideas irracionales(Jone, 1968).
- 5) Inventario multifásico de la personalidad Minesota(MMPI).

DISEÑO:

Por las características de la investigación, el diseño que se empleó fue un diseño "Ex post-facto". Este tipo de diseño es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, por que ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables(Kerlinger, 1975).

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionaron 26 sujetos de la Clínica de Dolor del Hospital General de Ecatepec " Dr. Jose Maria Rodriguez ", que acudieron por padecer de dolor de cabeza crónico y presentaron un periodo de evolución de dicho padecimiento mayor de 6 meses; esta muestra se dividió en dos grupos; el primer grupo se formó por 13 sujetos con un periodo de evolución de su dolor de cabeza menor de 10 años. El grupo dos también formado por 13 sujetos cefaléicos, estos tenían un periodo de evolución de más de 10 años. El medio de selección de cada sujeto fue de manera intensional.

Las personas que solicitaron el servicio fueron sometidas a un cuestionario con la finalidad de que aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión fueran excluidos.

Todas aquellas personas que cubrieron los criterios mencionados siguieron los pasos establecidos en el protocolo, comenzando con la entrevista neurológica (en donde se les pidió se realizaran los estudios de laboratorio, para descartar cualquier alteración que interfiera con los datos por no ser de tipo psicológico). Los que no fueron incluidos en el protocolo por no cubrir los criterios, eran canalizados a los otros servicios del mismo Hospital (de acuerdo a sus necesidades) o a los Centros de Salud correspondientes.

Cuando en la evaluación médica se daba luz verde al obtener datos negativos de alteración orgánica, los pacientes iniciaban la fase de evaluación psicológica, en la cual, se le instrúa en el registro de su dolor y se les daba la historia clínica de Lazarus (1981), para que la resolvieran en su casa. A partir de esta sesión los pacientes, eran citados dos veces a la semana para su evaluación psicológica, cada sesión tenía una duración de 60 minutos, aproximadamente.

La batería psicológica aplicada a los pacientes que cubrieron los criterios de inclusión estuvo conformada primero, por la Historia Clínica de Lazarus (1981), esta historia clínica esta formada por ocho secciones, incluido un apartado de datos generales y sobre la problemática actual y antecedentes de la misma; los siguientes apartados están conformados por reactivos elaborados para evaluar las siete modalidades de Lazarus, y son: conducta, afecto, sensaciones, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y drogas.

Posteriormente a dicha historia, se aplicó el inventario de presión de Beck (1961), integrado por 21 reactivos, los cuales tienen una posibilidad de opción que va de 0 a 3, el inventario de presión fue calificado manualmente, obteniéndose por cada sujeto una suma total de puntajes naturales.

El tercer inventario empleado, fue el inventario de temores de Wolpe y Lang (1964), el inventario está integrado por 90 reactivos que hacen alusión a diferentes situaciones que pueden producir temor; todos y cada uno de los reactivos deben ser marcados en una escala afectiva que va de temor nulo ("0", cero) a demasiado temor

("5", cinco), al igual que el anterior inventario su calificación fue manual; tomando en cuenta los reactivos marcados con "4" o "5", para obtener un porcentaje de temores.

El siguiente inventario aplicado, fue el de Afirmitividad de Gambrill y Rickley(1975), este inventario tiene 40 reactivos que son divididos en dos categorías(conductas de aceptación y rechazó), que pueden caer en la modalidad de conocidos o extraños; además consta de dos escalas, una de ellas para evaluar el grado de incomodidad que produce el reactivo y la otra para evaluar la probabilidad que el sujeto tiene de realizar el comportamiento en un lugar o momento dado. Para la calificación de este instrumento, se empleo la matriz asertiva de Cotler y Guerra(1976), en donde sólo se tomaron en cuenta los reactivos que fueron marcados con 4 y 5, en cualquiera de las dos escalas antes mencionadas.

Después de la aplicación del inventario de afirmatividad, se procedía a la aplicación del inventario de ideas irracionales de Jones(1968), este inventario esta integrado por 100 reactivos que señalan las ideas irracionales que Ellis plantea en 1962, y son: necesidad de ser amado, perfeccionismo, tendencias a inculpar al prójimo, exigencias absolutistas, locus de control, aprehensión, hedonismo de corto alcance, dependencia, determinismo del pasado, y soluciones ideales. Al igual que los demás inventarios empleados, este se calificó de manera manual, con las plantillas elaboradas para dicho inventario, tomándose en cuenta sólo cuatro de las cinco opciones de la escala del inventario(ya sea la "1", "2", ó "4", "5") dicha escala hace referencia al grado de acuerdo que la persona tiene de los reactivos.

El último inventario aplicado fue el MMPI, un inventario de personalidad, que consta de 566 reactivos, que deben ser contestados como cierto o falso, en las hojas de respuestas, su calificación fue manual, realizada a través de las plantillas de calificación del inventario, obteniéndose un perfil de personalidad.

CAPITULO IV " REPORTE ".

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

El grupo de pacientes con dolor de cabeza, estuvo conformado por 26 sujetos, 21 mujeres(80.7%) y 5 hombres(19.2%).

Las edades promedio de los sujetos que conformaron la muestra fueron de 34.5 y 36.6 años, para los cefaleicos con un periodo de evolución(p.e) menor de 10 años y un periodo de evolución mayor de 10 años respectivamente.

En el grupo de p.e. menor de 10 años, conformaron 3 categorías de ocupación, siendo la categoría de hogar, la que presenta mayor porcentaje 92.3%(f = 12); por otra parte el grupo de p.e. mayor de 10 años, obtuvo una mayor prevalencia también en la categoría de hogar, teniendo un porcentaje de 61.5%(f = 8).

En cuanto al estado civil se obtuvieron los porcentajes más altos en ambas muestras en la categoría de casados con un 92.3% (f = 12) y 76.9(f = 10), para los cefaleicos con un p.e. menor de 10 años y un p.e. mayor de 10 años, respectivamente.

En lo que respecta al nivel de escolaridad, para el grupo de p.e. menor de 10 años, la mayor prevalencia se obtuvo en escolaridad a nivel primaria(completa) 53.8%(f = 7); este mismo porcentaje y frecuencia la tiene el grupo de p.e. mayor de 10 años, en la escolaridad a nivel primaria completa.

En los porcentajes obtenidos por el diagnóstico en el grupo de las cefaleas, la mayor prevalencia, para el grupo de p.e. menor de 10 años es de 69.2%(f = 9), de las cefaleas mixtas, siendo este mismo para el grupo de periodo de evolución mayor de 10 años, con un 38.4%(f = 5).

Por último, se observa que el promedio de periodo de evolución, es de 5.07% para el grupo de periodo de evolución menor de 10 años y 26.6% para el grupo de periodo de evolución mayor de 10 años.

Como se observa, las muestras se caracterizaron por una mayor prevalencia de pacientes cefaleicos mujeres, con un promedio de edad ligeramente superior del grupo de periodo de evolución mayor de 10 años; la escolaridad en ambas muestras es bajo (nivel primaria - completa), habiendo un predominio de los sujetos casados, con mayor frecuencia de amas de casa en ambos grupos, el grupo diagnóstico de cefalea mixta fue el más alto, en la muestra (remitirse a las tablas).

INVENTARIOS.

Antes de dar a conocer los resultados obtenidos de los inventarios, es importante señalar que el análisis de datos (análisis estadístico) que se utilizó en todas y cada una de las contrastaciones fue la prueba " U de Mann-Whitney ".

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.

En el inventario de depresión de Beck, el grupo de pacientes con periodo de evolución menor de 10 años, obtuvo un puntaje promedio de depresión de 17.3, lo cual denota una depresión moderada y el grupo de pacientes con un periodo de evolución mayor de 10 años obtuvo un puntaje de 13.2 como promedio, este puntaje hace referencia a una depresión leve (fig. 11.9 11a).

Sin embargo y aunque cualitativamente hay diferencias en ambas muestras en cuanto a los niveles de depresión, es importante mencionar que estadísticamente no hay diferencias significativas en los niveles de depresión de ambas muestras.

INVENTARIO DE TEMORES.

La muestra de pacientes con un periodo de evolución menor de 10 años en el inventario de temores obtuvo un porcentaje promedio de 22% y la muestra conformada por pacientes con periodo de evolución mayor de 10 años, obtuvo un porcentaje promedio de temores -- de 20.8%. Estadísticamente esta diferencia no es significativa; por lo que se puede afirmar que no hay diferencias en los porcentajes de las muestras(fig. 12 y 12a).

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD.

En el inventario de afirmatividad, la muestra conformada por los pacientes con dolor de cabeza crónico con un periodo de evolución menor de 10 años obtuvo en promedio un deficit asertivo total de 77.2% y la muestra de pacientes que tienen un periodo de evolución mayor de 10 años, obtuvo en este mismo inventario un promedio de deficit asertivo total de 75%. Aunque cualitativamente se puede observar una diferencia mínima en el porcentaje promedio de deficit asertivo en ambos grupos, estadísticamente estas diferencias no existen(fig. 13 y 13a).

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES.

En las figuras 14 y 15, se observan los datos de los perfiles de ideas irracionales obtenidos para cada una de las muestras ---

(periodo de evolución mayor y menor de 10 años), se observa que el perfil de ambas muestras cualitativamente presenta diferencias mínimas a excepción de las escalas "1", necesidad de ser amado -- (estadístico "U", 45.00 y valor de tablas 45.00) y la escala "5", locus de control(estadístico "U", 39.00 y valor de tablas 45.00), en las cuales la diferencia estadística es significativa.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD(MMPI).

La fig. 16, muestra los perfiles de personalidad de ambas muestras(periodo de evolución mayor de 10 años); de manera general se puede apreciar que ambos perfiles son muy similares en su configuración y sólo se puede decir que la escala 7 presenta diferencias en ambos perfiles, aunque no es significativa estadísticamente hablando, esta diferencia. En ninguna de las 13 escalas que conforman el inventario(MMPI), se encuentran diferencias estadísticamente significativas(fig. 16).

EDAD	\bar{X}	RANGO
EDAD	34.5 $\frac{5}{X}$	22 - 50 RANGO
PERIODO DE EVOLUCION	\bar{X}	RANGO
PERIODO DE EVOLUCION	5.07	2 - 10 años.
SEXO	%	FRECUENCIA
FEMENINO	92.3%	12
MASCULINO	7.6 %	1
ESCOLARIDAD	%	FRECUENCIA
PRIMARIA COMPLETA	53.8%	7
PRIMARIA INCOMPLETA	23.0%	3
SECUNDARIA COMPLETA	15.3%	2
BACHILLERATO INCOMPLETO	7.6 %	1
OCUPACION	%	FRECUENCIA
HOGAR	92.3%	12
MECANICO	7.6%	1
HOGAR Y COMERCIO	15.3 %	2
DIAGNOSTICO	%	FRECUENCIA
CEFALEA MIXTA	69.2 %	9
CEFALEA TENSIONAL	15.3%	2
MIGRAÑA COMUN	15.3 %	2
MIGRAÑA CLASICA	0	0
ESTADO CIVIL	%	FRECUENCIA
CASADOS	92.3%	12
SOLTEROS	0	0
UNION LIBRE	7.6 %	1

Fig. 10 DATOS DEMOGRAFICOS(PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS).

EDAD	\bar{x}	RANGO
EDAD	36.6	27 - 57
PERIODO DE EVOLUCION	\bar{x}	RANGO
PERIODO DE EVOLUCION	26.6	11 - 49
SEXO	%	FRECUENCIA
FEMENINO	69.2%	9
MASCULINO	30.7%	4
ESCOLARIDAD	%	FRECUENCIA
PRIMARIA COMPLETA	53.8%	7
PRIMARIA INCOMPLETA	7.6%	1
SECUNDARIA COMPLETA	23.0%	3
BACHILLERATO Y LIC.	15.2%	2
OCUPACION	%	FRECUENCIA
HOGAR	61.5%	8
EMPLEADO	30.7	4
DOCENTE	7.6%	1
DIAGNOSTICO	%	FRECUENCIA
CEFALEA MIXTA	38.4 %	5
CEFALEA TENSIONAL	15.3%	2
MIGRAÑA COMUN	23.0 %	3
MIGRAÑA CLASICA	23.0%	3
ESTADO CIVIL	%	FRECUENCIA
CASADOS	76.9%	10
SOLTEROS	7.6%	1
UNION LIBRE	15.3%	2

Fig. 10a. DATOS DEMOGRAFICOS(PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS).

INVENTARIO DE DEPRESION



PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS

CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

FIG. 11 PROMEDIO DE DEPRESION
(PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS).

INVENTARIO DE DEPRESION

Fig. 11a. PUNTAJE PROMEDIO DE DEPRESION
(PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS)

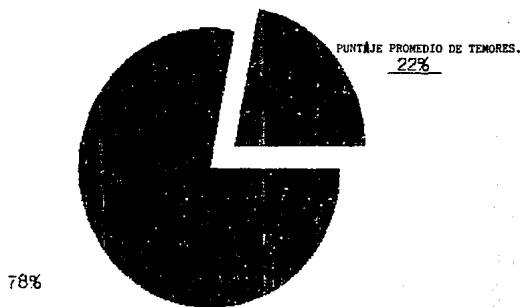


PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS

CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

INVENTARIO DE TEMORES

FIG. 12. PUNTAJE PROMEDIO DE TEMORES
(PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS).

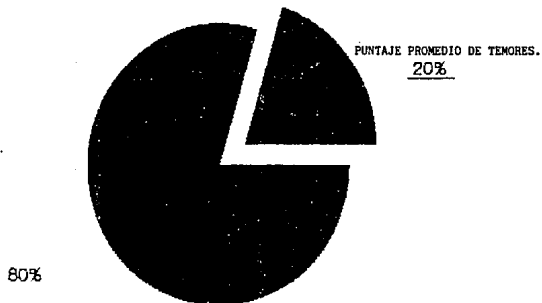


PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS

CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

INVENTARIO DE TEMORES

Fig. 12a. PORCENTAJE PROMEDIO DE TEMORES.
(PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS).



PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS

CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

FIG. 13. DEFICIT ASERTIVO TOTAL.
(PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS).



CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

FIG. 13a. DEFICIT ASERTIVO TOTAL
(PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS).



CLAUDIA BENITEZ GUZMAN

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 ANOS

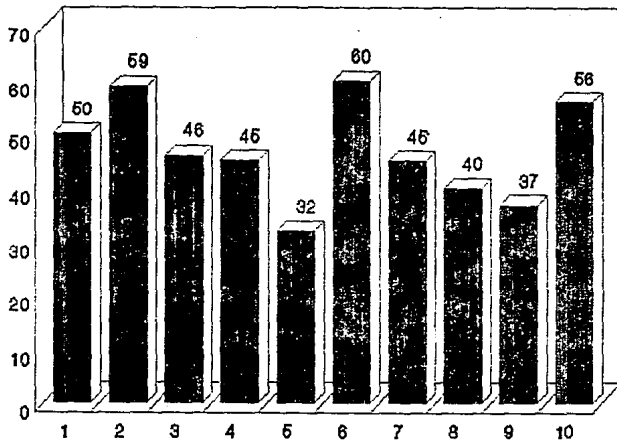


FIG. 14 PERFIL DE IDEAS IRRACIONALES
(PERIODO DE EVOLUCION MENOR DE 10 AÑOS).

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS

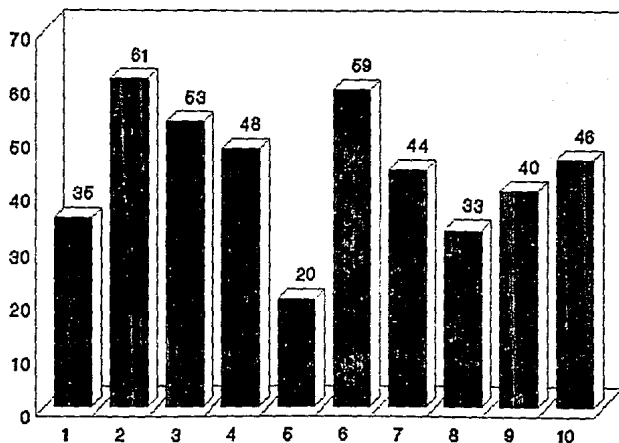


FIG. 15
PERFIL DE IDEAS IRRACIONALES
(PERIODO DE EVOLUCION MAYOR DE 10 AÑOS).

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

F
Femenino

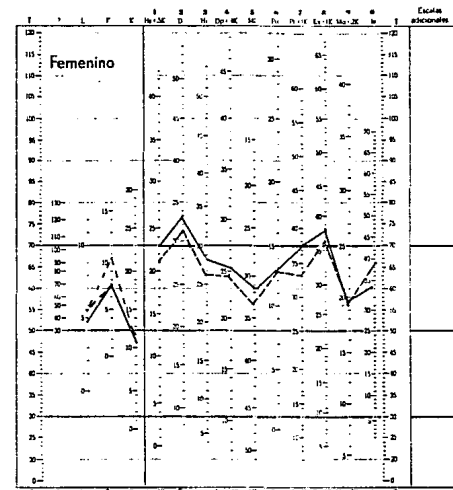
Nombre _____
(letra de nombre)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares u estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



1	2	3	4
30	15	17	6
29	15	12	6
28	14	21	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	6	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	9	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

PERIODO DE EVOLUCION
MENOR DE 10 AÑOS.

PERIODO DE EVOLUCION
MAYOR DE 10 AÑOS.

Puntuación natural _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____



Firma _____ Fecha _____

Fig. 16 PERFIL DE PERSONALIDAD DE AMBAS MUESTRAS.

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chernley McKinley

PERFIL Y SUMARIO



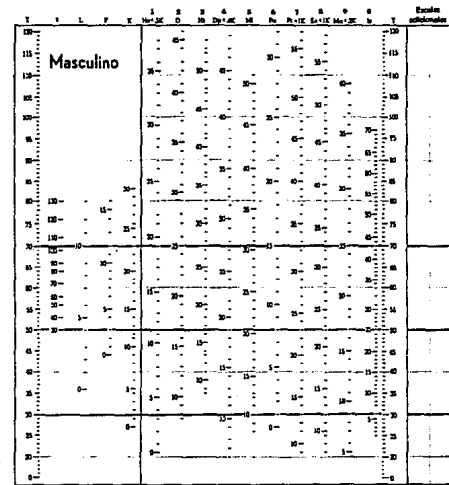
Nombre _____ (verso de usado)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios completados _____

Estado Civil _____ Edad _____ Retenido por _____



Escala				
	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	9	7	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	3	
11	6	4	3	
10	5	4	3	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	1	0	
3	2	1	0	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS

Puntuación estándar _____
 Agragar factor K _____
 Puntuación corregida _____



D.R. © todos los derechos por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
 under license of The Psychological Corporation
 © 1948, Copyright 1945, by
 the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

CAPITULO V " DISCUSION "

Existe un gran número de trabajos que demuestran la existencia de índices - de depresión entre los pacientes con dolor de cabeza crónico(Cook y col., 1989; Andrasik y col., 1988; Blanchard y Andrasik, 1989; Morrison y Price, 1989; Ramos, 1989; Rojas y col., 1991). También existen datos que comprueban una mayor predisposición a la depresión endógena en los pacientes con cefalea crónica, - probada bioquímicamente(Jarman y col., 1990).

De acuerdo al trabajo de Sternbach, 1974, se considera que hay una evolución de los perfiles de personalidad anormal con la cronicidad del padecimiento; es decir que al avanzar la enfermedad los pacientes se interesan más por su dolor - y se doprimen más, el presente trabajo no confirma tal aseveración.

Los resultados obtenidos demuestran la existencia de puntajes de depresión - en ambas muestras, sin embargo, estadísticamente no hay diferencias significativas en las muestras; los resultados encontrados son similares a los obtenidos por Phillips y Jahanshahi, 1985.

A partir de lo anterior se cuestiona una vez más la idea de que a mayor periodo de evolución mayor es la depresión como lo afirma Sternbach; para explicar tales resultados hay dos hipótesis que podrían tomarse en consideración :

- 1) que la depresión no refleja un cambio de las características de personalidad secundarias al dolor y más bien se trata de un desajuste previo a este(el dolor) por tanto aunque hay niveles de depresión no son mayores cuando el periodo de - evolución es mayor, por que no está determinada por este.
- 2) la otra posible explicación es que, con el proceso de sociabilización del pa decimiento en relación a una mayor cronicidad la depresión se convierte en una - depresión enmascarada, es decir que a mayor periodo de evolución y por el manejo y adaptación que el paciente debe realizar en sus estilos de vida la depraión - existe pero de manera enmascarada, como se puede observar es menester realizar - más investigación al respecto.

En cuanto al inventario de temores, no se encontraron diferencias significa tivas en las muestras, sin embargo se considera que al no haberse realizado un análisis de contenido muchos de los datos quedaron fuera de nuestro alcance, por lo que se considera importante que en investigaciones subsiguientes el análisis

que se realice se haga cualitativamente, ya que por el sólo hecho de no encontrar datos que demuestren diferencias significativas a nivel cuantitativo (estadístico), no quiere decir que no existan dichas diferencias.

Con respecto al inventario de Afirmatividad se puede decir, que ambas muestras presentan deficit en esta área, aunque no hay diferencias significativas en ellas.

Los resultados que se obtuvieron permiten afirmar que los pacientes cefaléicos (independientemente del periodo de evolución), presentan dificultades para relacionarse con la gente por la falta de habilidades que presentan para solicitar ayuda, defender sus derechos, expresar enojo, sus afectos, opiniones o negarse en situaciones injustas, solicitar consejo, y pedir favores; todas estas diferencias representan un deficit de habilidades asertivas o afirmativas.

Es menester decir, que aunque son pocos los estudios realizados en pacientes cefaléicos, los resultados obtenidos en ambas muestras con este inventario son consistentes con los resultados reportados por autores como son, Blanchard y Andrasik, 1989; Colin y Stewar, 1986; Passchier y col. 1990; Palacios y col., (1991).

En cuanto a los perfiles de ideas irracionales obtenidos, el análisis que se realizó (estadístico), arrojó diferencias significativas sólo para las ideas uno y cinco, es decir la escala de necesidad de ser amado y locus de control respectivamente.

Con base en los resultados, se puede decir que los cefaléicos con un periodo de evolución menor de diez años tienen una necesidad imperiosa de ser amados o aprobados por casi todas las personas que los rodean; en todo lo que realizan (Ellis, 1962, 1979), esta necesidad de ser aprobado o amado por otros puede decirse que es con el fin de considerarse digno por derecho propio de alguna manera es su forma de cubrir sus sentimientos de inseguridad, probablemente la reacción somática sea una manera de llamar la atención de los demás para que se le brinde la protección y cuidados que su padecimiento ocasiona (manejo de ganancias secundarias).

En cuanto a la idea cinco (locus de control) se observa que los pacientes que presentan menos de 10 años con el padecimiento en comparación con los que tienen más de 10 años tienen un locus de control externo, es decir manejan la idea de que la desdicha humana y en particular la de ellos, tiene causas externas y que son poco o nada capaces de controlar sus aflicciones o liberarse de sus sentimientos o emociones (Ellis, 1962, 1979).

Por otro lado, es muy llamativa y notoria la altura del grupo de periodo de evolución menor de 10 años, que nos habla de una dosis adecuada de motivación -

para el cambio; en cambio la altura de las escalas uno y cinco en el grupo de mayor periodo de evolución (diez años), no se caracteriza por un cuadro de mucha sintomatología o gran queja de los pacientes, por lo cual estas escalas pueden constituirse en un indicador de mal pronóstico dado que adolecen de motivación suficiente para una expectativa positiva hacia el tratamiento, ya que por un lado la escala uno estaría indicando que el sujeto ya ni siquiera se siente digno de ser amado ni aprobado y la escala cinco hablaría más bien de una ilusión de control (Langer, 1975), en donde el sujeto cree omnipotentemente que él y sólo él puede controlar el medio ambiente que le rodea. En consecuencia estas dos escalas apuntarían hacia una fuerte tendencia hacia el retraimiento y/o aislamiento social, descuidando así la ayuda que del exterior pueda venir y encerrándose en sí mismo (Palacios, 1991).

Para ser más preciso y con una hipótesis tentativa a probar en futuras investigaciones la baja altura de la escala uno estaría afectando directamente los recursos para el manejo del estrés de tipo social, las cuales denomina Lazarus apoyo social (Lazarus, 1986) y por otra parte la baja altura de la escala cinco y su relación con la elevación de la escala seis, fig. 4- parecería que se estaría dirigiendo hacia el control de emociones negativas o aversivas más que recursos dirigidos a la solución de problemas.

Si se observan los perfiles de ideas irracionales de ambas muestras y se atiende a los criterios establecidos por Jones (1968), para la interpretación de dichos perfiles, criterios que dicen que toda escala o idea que sobrepase el 40% se considera una idea irracional, entonces el perfil de la muestra de periodo de evolución menor de 10 años es la que presenta mayor dificultad en este aspecto, sin embargo a consideración de la autora y por la experiencia que ha tenido en la aplicación e interpretación de este inventario a lo largo de tres años, se piensa que lo importante en los perfiles es que tengan un equilibrio en la altura de las escalas, es decir que no sean ni muy altas ni muy bajas, ya que una escala alta habla igualmente de un desequilibrio o se considera patológica de la misma forma que una escala muy baja.

Por último en lo que respecta al inventario de personalidad (MMPI), aplicado es importante decir que no hay diferencias estadísticamente significativas en los perfiles de los grupos, sin embargo y apesar de ello se describirá lo encontrado en dichos perfiles, ya que se considera aporta datos que corroboran algunas de las características psicológicas descritas por otros autores al aplicar este mismo instrumento.

En cuanto a las escalas de control, se aprecia el pico de ayuda es decir que la actitud de los pacientes ante el inventario es la vivencia exagerada de su --

problemática experimentándolos con una fuerte tensión interna, pero que a la vez se tiene la sensación de poder resolver la mayoría de ellos, pareciendo como una persona con tendencias autocriticas tratando en todo momento de ajustarse a lo que socialmente se espera de ellos.

Esta llamada de ayuda se manifiesta a través de inquietud, malhumor, teniendo a ser temperamentales, inestables, reaccionando de esta manera ante las contrariedades o situaciones de tensión.

La escala clínica de hipocondriasis(esc. 1), muestra que el paciente se preocupa de forma excesiva por su salud, por ello estos pacientes tienden a expresar sus conflictos psicológicos y emocionales a través de reacciones somáticas(no teniendo comprensión de la raíz psicológica que tiene su reacción somática), dando con esto muestras de poca capacidad de insight(Nuñez, 1987). es importante mencionar que el mecanismo de defensa que ha elegido(somático) no es lo suficientemente bueno para controlar la ansiedad que esta actitud implica(observase la elevación de la escala 7).

De acuerdo con Graham(1987), la segunda escala clínica(depresión) es un indicador de la insatisfacción de los pacientes con respecto a su estilo de vida; en el perfil se hace evidente que la actitud de los pacientes cefalícos hacia su situación vital, esta caracterizada por el pesimismo y la falta de participación, la insatisfacción de su medio ambiente y de ellos mismos, se observa además una mayor tendencia al aislamiento, la sumisión y timidez, evitando situaciones desagradables.

La relación que guarda esta escala con la uno hacen confirmar que estos pacientes encubren su fracaso, inseguridad y minusvalía, por medio de sentimientos de enfermedad física, expresandolos como causa de sus conflictos, sin reconocer que la causa de sus problemas, tienen una base psicológica(Rivera, 1987).

Por otra parte la escala 3(histeria), representa la tendencia de los pacientes de los pacientes cefalícos a ser más dependientes a preocuparse en las situaciones sociales demandando más afecto y atención, presentando quejas somáticas-(por ejemplo dolor de cabeza), -Nuñez, 1987-. estos pacientes presentan poca tolerancia al rechazo en sus relaciones interpersonales(Rivera, 1987).

En relación a la escala 4(desviación psicopática), muestra una tendencia a la sumisión, más timidez, falta de entusiasmo, presentando una mayor tolerancia a la frustración, además de ser más dependientes(Nuñez, 1987). Graham(1987), reporta que son sujetos no tan competitivos, con tendencias moralistas y rígidas, con falta de interés en cuanto a lo sexual con gran preocupación por la aceptación de las demás personas.

En la escala 5 se muestran puntajes bajos, lo cual hace aparecer a los sujetos con la necesidad de autodescribirse como frágiles, sometidas, pasivas y ---

un tanto dependientes(Rivera, 1987); La escala 6(Paranoia), muestra a los pá--
cientes cefaléicos como personas suspicaces, inseguros y con tendencias a la de
confianza(Rivera, 1987).

En cuanto a la escala 7(psicastenia), con base a Graham(1987), las personas
tenden a preocuparse mucho por problemas insignificantes y con poca capacidad
de concentración. Autores como Rivera(1987), considera que son personas que ti
den a exagerar la utilización de mecanismos como la racionalización e intelectu
lización.

La escala 8(esquizofrenia), describe a los cefaléicos como sujetos que toman
poco control con sus afectos, en forma particular con el enojo, con problemas -
para sus relaciones interpersonales, tendencias al resentimiento y a la fantasía
(Nuñez, 1987).

En la escala de manía(esc. 9), la puntuación obtenida en esta escala, indi-
ca la falta de energía y motivación al realizar cualquier actividad, se puede
decir que entre más baja se encuentra la escala 9, la escala 2 tendrá una pun-
tuación alta, esta reducción de la energía puede entenderse como la forma que -
tienen los cefaléicos de defenderse de sus sentimientos de inseguridad.

Por último la escala(0) de extroversión-introversión, señaló a los cefa-
léicos como personas con tendencia a la timidez, con frustraciones en lo rela-
cionado a sus conductas sociales, se sienten mejor cuando están solos siendo más
sumisos ante las autoridades(Nuñez, 1987).

Los resultados obtenidos en el presente estudio corroboran los encontrados-
en estudios anteriores; Blanchard y col., 1989; Palacios y col., 1991; afirma -
que los pacientes con dolor de cabeza crónico presentan puntuaciones altas en -
escalas como son hipocondría(esc. 1), histeria(esc. 3) y psicastenia(esc. 7),
y además de que los perfiles muestran altas la escala 3 hay también una elevación
considerable de la escala 2(depresión) y la escala 8 (esquizofrenia).

Para concluir los resultados obtenidos, en las muestras presentan a los cefa-
léicos como sujetos con un inadecuado manejo del enojo, ansiedad no manifiesta,
con problemas en sus relaciones interpersonales, tendencias al perfeccionismo y
a la somatización, pasivos, aprehensivos, irritables, con un manejo de mecanis-
mos de defensa como son la intelectualización y la negación y como sujetos que
toman poco contacto con sus sentimientos.

Algo que es importante mencionar es que todos los análisis que se han re-
portado sobre las características de personalidad de los pacientes cefaléicos -
con inventarios como el MMPI, se basan únicamente en la interpretación de las -
escalas pico, en el presente trabajo se considera que lo importante de este in-
ventario es que se observe la relación que guardan las diferentes escalas y por
tanto deben ser interpretadas en conjunto,

CAPITULO VI " CONCLUSIONES "

El propósito con el que se realizó el presente trabajo fué el investigar si los pacientes con dolor de cabeza crónico con diferentes periodos de evolución (menor de 10 años y mayor de 10 años) presentan perfiles psicológicos diferentes, la investigación realizada no encontró dichas diferencias en los inventarios de depresión, temores, afirmatividad, y MMPI, aplicados y únicamente en el inventario de ideas irracionales (IBT), en las escalas uno y cinco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, lo cual hace ver a los pacientes con un periodo de evolución menor de diez años, como personas dependientes y con una gran necesidad de afecto, esto debe tomarse en cuenta ya que podría ayudar en la toma de decisión sobre cual es el tratamiento más adecuado para estos pacientes; por una parte podría pensarse que los pacientes dependientes difícilmente podrían someterse a un tratamiento en donde ellos dependa casi por completo su alivio, como en el caso de la retroalimentación biológica y probablemente respondan mucho mejor a técnicas psicoterapéuticas en donde sean dirigidos de alguna forma, esto es una hipótesis que bien podría tomarse en cuenta para desarrollar otra línea de investigación en estos pacientes, como es la efectividad de los tratamientos empleados en estos pacientes (con dolor de cabeza crónico) dependiendo del periodo de evolución y las características psicológicas que presentan.

Aunque el presente trabajo no encontró diferencias significativas, en todos los inventarios aplicados y que difícilmente con los resultados obtenidos se podría pensar que los perfiles de pacientes con diferentes periodos de evolución son distintos, se considera que es un estudio pionero tanto por el lugar donde se desarrolló, como por el abordaje multidisciplinario que se empleó.

Es importante mencionar que autores como Penzo (1990), considera que con el paso del tiempo, la enfermedad se socializa, es decir que queda plasmada por la influencia de factores experienciales e

interpersonales, por lo cual se considera que valorar la influencia de la cronicidad en cualquier cuadro de dolor de larga duración significa además de atender el padecimiento como tal es atender el hecho incuestionable de que, tanto las costumbres como el estilo de vida del paciente por lo general han experimentado modificaciones más o menos radicales a raíz del proceso patológico y por esto mismo es importante la realización de estudios en esta área, pero probablemente serían más adecuados los longitudinales que consideran la evaluación psicológica en diferentes situaciones y por un tiempo considerado, para así intentar explicar si los hallazgos de Sternbach(1974) y Jahanshahi(1985), que afirman hay diferencias psicológicas en los pacientes con diferente periodo de evolución, se deben realmente a la influencia del dolor o si las características psicológicas encontradas en estos pacientes estuvieron determinadas antes de su padecimiento(cefalea).

A pesar de los resultados encontrados se considera que el trabajo es de gran importancia, por ser un estudio pionero en esta área y porque las características psicológicas encontradas independientemente del periodo de evolución que presentan corroboran la información que existe sobre el perfil psicológico de este tipo de pacientes; además lo que da mayor auge al trabajo aquí reportado es que los resultados son consistentes con los encontrados por Palacios(1991).

Dentro de las limitaciones que se tuvieron en la realización del trabajo está el pequeño número de pacientes que formaron las muestras(13 de cada muestra), lo cual hace que los resultados obtenidos no sean representativos de la población de cefaléicos y además no sean generalizables y una generalización sólo sería posible y válida si se realizan futuras replicas del trabajo y con muestras más representativas y se presta atención además al modelo de depresión sugerido por Phillips y Jahanshahi(1985), el cual dice que se pueden encontrar altos niveles de depresión con el inicio del padecimiento y una reducción de estos niveles durante el periodo intermedio del padecimiento y al final de este(padecimiento), los niveles de depresión vuelven a encontrarse altos, si aceptamos como hipótesis dicho trabajo y lo generalizamos a todas las variables psicológicas que se midieron, podría decirse que por las diferencias en los periodos de evolución que se manejaron en el estudio las

muestras se encontraban al inicio y al final del padecimiento por tanto no se encontrarían diferencias, ya que las características - están en niveles altos, por lo tanto sería necesario un tercer grupo que se encontrará en un periodo intermedio del padecimiento y probablemente también sea necesario incluir un grupo control.

Por otro lado el trabajo por sus características podría pensar se no tiene relación con el programa de estudios de la carrera sin embargo, hay que recordar que surge del programa del grupo piloto de Psicología de la Salud y es ahí donde toma relevancia es en este programa donde se le ha dado importancia a esta área de la psicología que en nuestro país esta tomando gran auge y por lo tanto es deseable se anexe al plan curricular de la carrera, para que las generaciones que egresen estén más preparadas y mejor en campos de trabajo que comienzan y donde es importante el abordaje multidisciplinario para dar un mejor servicio en favor de los pacientes.

Sin duda alguna, durante la vida de cualquier estudiante de nivel superior el cumplimiento del " Servicio Social " tiene una importancia trascendental para su completa formación como profesionalta en cualquier disciplina, ya que el servicio social constituye una oportunidad quizás la primera de enfrentar al estudiante con su realidad y poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas durante su formación académica.

El Servicio Social, realizado siempre será de gran importancia en el desempeño profesional de cualquier persona, ya que es ahí donde se enfrenta la realidad que viven nuestra gente y es ahí donde por primera vez se tiene que demostrar que los conocimientos adquiridos durante su formación académica, pueden ser aplicados y deben aplicarse siempre en favor del bienestar de las personas que se atienden y es en ese momento cuando el profesional se puede dar cuenta que en muchos de los casos la realidad que se le presenta es tan diferente o se encuentra caracterizada de forma distinta a lo que los libros le han enseñado y tiene que dar solución a esto de la manera más adecuada. Es por esto que la práctica que ofrece el Servicio Social es un elemento importante y trascendental en el desarrollo y formación de cualquier profesionalista.

Por otra parte la psicología como ciencia se expande cada vez más, cada postura psicológica que caracteriza esta ciencia aporta su granito de arena a la comprensión de la problemática humana. Den

tro de esta multiplicidad de áreas que conforman a la psicología - surge la llamada Medicina Conductual o Psicología de la Salud, y con ella se abre un campo más de estudio de la psicología, es esta área nueva por su reciente aparición en nuestro país que debe ponerse mayor énfasis, ya que exige del profesional (psicólogo), el poder integrarse y adaptarse al trabajo multidisciplinario y abordar temas de salud que por años han sido manejados únicamente por médicos, es romper con una tradición arraigada para evolucionar con la única finalidad de brindar una mejor atención al paciente.

Por otro lado dentro del grupo de Psicología de la Salud, que labora en la E.N.E.P. Zaragoza, el que se permita a sus egresados realizar el Servicio Social aplicando la técnica de retroalimentación biológica en comparación con otra (por ejemplo la relajación o el entrenamiento en aserción), resulta de gran importancia, ya que en nuestro país el área de Psicología de la Salud como ya se mencionó está dando apenas sus primeros pasos, por lo que es necesario se realicen investigaciones al respecto. El que una dependencia de la máxima casa de estudios en el país (como es la E.N.E.P. Zaragoza) cuente con proyectos de investigación y alumnos que pueden aportar sus conocimientos en esta área para abrir este campo de trabajo del psicólogo, pero sobre bases firmes por estar apoyados en investigaciones realizadas con población mexicana le otorga prestigio.

Se considera además que los conocimientos en esta área no deben estar sólo al alcance de unos cuantos (sólo del grupo de Psicología de la Salud) si no que deben ser del conocimiento de todos los alumnos de la carrera de psicología en la E.N.E.P. Zaragoza, es decir que dentro del currículum de la escuela se de la información y conocimientos necesarios en esta área y de esta forma actualizar dicho currículum.

Es importante destacar que también es necesario dentro de la E.N.E.P. Zaragoza, dar mayor auge a la realización de investigaciones, no sólo dentro del área de Psicología de la Salud, si no que más incrementar y fomentar la realización de investigaciones en las diferentes áreas que se imparten en dicha institución como son: la clínica, educativa y social, ya que es ahí y sólo de esta forma como podrá evolucionar y mejorar la enseñanza que se imparte en esta institución, porque de esta manera los conocimientos que se den tendrán cimientos sólidos (que sólo podrán ser mejorados) y la E.N.E.P. Zaragoza será reconocida como parte importante de la Psicología en

México y por tanto estará en la posibilidad de brindar una atención más digna y con mejores resultados a la comunidad en donde se desempeñen sus egresados.

CAPITULO VII " SERVICIO SOCIAL ".

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

. DELEGACION POLITICA:

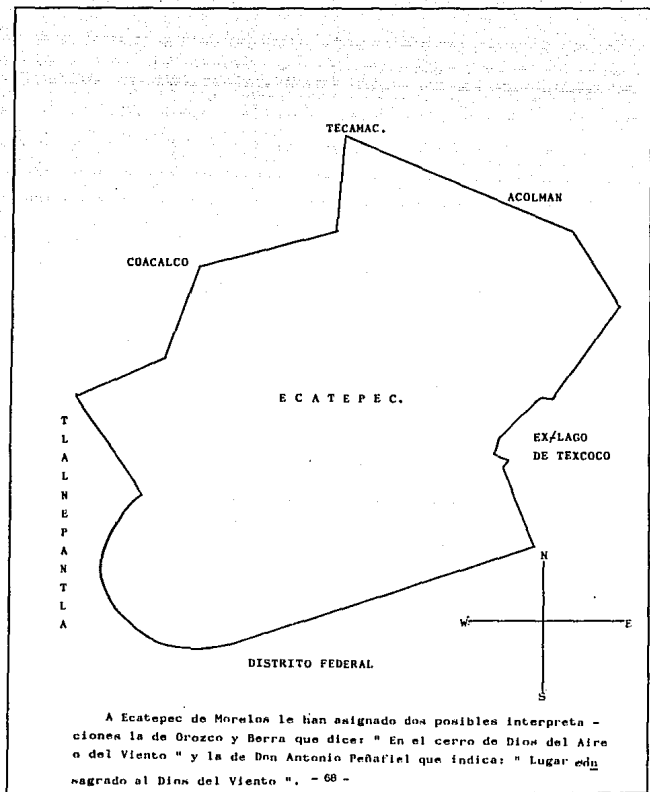
El municipio de Ecatepec de Morelos se encuentra localizado - dentro del territorio del Estado de México; tiene una superficie total de 155.49 Km² (lo que equivale al ,693% del territorio del - Estado). Quedan comprendidos dentro del Municipio: 1 ciudad, 6 pue**bl**os, 6 ejidos, 2 rancherías, 65 fraccionamientos, 147 colonias y 3 barrios. Los límites geográficos de Ecatepec son:

AL NORTE	Municipio de Tecamac.
AL SUR	Distrito Federal y Mun <u>ic</u> ipio de Netzahualcoyotl.
AL ESTE	Municipio de Acolman y Atenco.
AL OESTE	Municipio de Tlalnepantla y Coacalco.

.DATOS DEMOGRAFICOS:

Los Municipios de Ecatepec, Netzahualcoyotl, Naucalpan, tlalnepantla y Toluca, albergan a más del 50% de la población del Estado, formando parte del área del Distrito Federal y compartiendo su problemática.

Durante la última década, el Municipio de Ecatepec de Morelos se convirtió en una vía de acceso a otros Munucipios, lo que suma



do al incremento en la actividad industrial generó un crecimiento explosivo de la población del 15.52% anual.

La población total de la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, de acuerdo a la información del Gobierno del Estado de México, es:

<u>AÑO</u>	<u>HABITANTES</u>
1985	1'585,633
1986	1'807,687
1987	2'062,450

La concentración de la población de Ecatepec es junto con la del Municipio de Netzahualcoyotl, la más alta del Estado de México; siendo característica de la zona urbana. Pero al mismo tiempo se presenta dispersión poblacional en las zonas rurales del municipio.

De acuerdo con los datos sobre la distribución poblacional -- por edades, la población del Municipio está formada principalmente por niños y jóvenes.

.REGIONALIZACION:

Políticamente el Municipio de Ecatepec está dividido en 16 Delegaciones y 217 Subdelegaciones. De acuerdo a la regionalización del Sistema Estatal de Salud del Estado de México, el Municipio de Ecatepec forma junto con el Municipio de Coacalco: la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec. Esta Jurisdicción comprende 14 Coordinaciones Municipales de Salud (COMUSA), con 263 microrregiones. La infraestructura existente en el 1er. nivel de atención posibilita la coordinación con el 2o. y 3er. nivel de atención médica.

.SERVICIOS:

El crecimiento poblacional en los últimos años, aunado al desarrollo económico ha provocado un desequilibrio en la comunidad, con marcadas diferencias entre el nivel de desarrollo de la zona predominantemente industrial (al sur del Municipio), y la zona agrícola - (al norte); todo ello se refleja en los problemas de salud existentes.

De acuerdo a los datos municipales, el 25% de la población económicamente activa se dedica a la industria de transformación (que es un rubro importante de la economía); sin embargo, hay un 27% que no tiene actividad definida, que puede considerarse como subempleado y manifiesta el desarrollo de actividades de índole marginal -- y/o eventual.

Ya que el costo de la vida ha subido mucho en relación a los salarios, es de esperarse que la demanda de servicios de salud a población abierta se incremente; debido a la reducción en la cantidad disponible para gastos médicos de la población.

La marcada desproporción entre las numerosas escuelas primarias y las escuelas secundarias, involucra no sólo problemas escolares, sino también de la economía familiar y de dinámica social, y hay que considerar que la baja escolaridad se manifiesta en una problemática de salud característica (elevada incidencia de enfermedades prevenibles y de enfermedades infectocontagiosas).

Ya que el ambiente en que nos desarrollamos se relaciona estrechamente con las enfermedades que padecemos respiratorias en este Municipio, que tiene un alto grado de contaminación ambiental.

Aún cuando la urbanización prosigue, no es suficiente para satisfacer la demanda de servicios públicos y por ello hay problemas en el abasto de agua, drenaje, y pavimento, mismo que padece la población y que se relacionan también con deficientes hábitos higiénicos y con el manejo de excretas y de basura.

Los recursos de salud del primer nivel son más numerosos en el Municipio, pero en el caso de los centros dependientes de la Juris-

EDUCACION.

EDUCACION ELEMENTAL:

a) Preescolar	61 escuelas
Matrícula total	13950 alumnos
Maestros	349
b) Primaria	255 escuelas
Matrícula total	184800 alumnos
Maestros	349
c) Educación media	
Ciclo básico(secundaria)	43 escuelas
Matrícula total	27800 alumnos
d) Ciclo superior	6 escuelas
Matrícula total	4473 alumnos
e) Normal	2 escuelas
Matrícula total	5203 alumnos
f) Educación superior	1 escuela
Matrícula total	1200 alumnos

EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE ECATEPEC
ESTA CONSTITUIDA POR:

Clinicas del IMSS.....	4
Hospital del IMSS	1
Clinicas del ISSSTE	1
Clinica ISSEMYM	1
Clinicas del D.I.F.	2
Albergues infantiles temporales del D.I.F.....	1
Consultorios perifericos del D.I.F	8
Clinica hospital particulares	22
Consultorios dentales privados	183
Consultorios generales privados	198
Hospital de la Cruz Roja	1
Clinica de S.S.A	16
Consultorios generales de Salud pública Municipal	30
Consultorios dentales de Salud pública Municipal	7

dicción Sanitaria, se hace notorio que atienden a menos de la mitad de la población sin seguridad social y por lo tanto, están realizando labores que competen a otras instituciones. Por otra parte, no hay datos sobre la población remitida para su atención al segundo nivel.

.SITUACION DE SALUD:

Los datos sobre las principales causas de morbilidad confirman que la mayor parte de los padecimientos pueden ser atendidos en el 1er. nivel y debe implementarse el sistema de referencia y contra-referencia como vínculo en el 2o. y 3er. nivel. También se hace evidente que la demanda de atención estomatológica es mayor y más compleja, por lo que es necesario reconsiderar la organización de estos servicios, dándole una mayor capacidad para resolver los problemas existentes en forma más eficaz.

Durante 1985 las 20 principales causas de mortalidad en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec fueron:

1. Politraumatismo.
2. Bronconeumonía.
3. Interrupción de circulación materno-fetal.
4. Diabetes mellitus.
5. Insuficiencia hepática.
6. Hemorragia aguda por arma de fuego.
7. Insuficiencia renal.
8. Neumonía.
9. Infarto al miocardio.
10. Shock séptico.
11. Hipertensión arterial.
12. Deshidratación.
13. Traumatismo cráneo-cefálico.
14. Premadurez.
15. Septicemia.

16. Cirrosis hepática.
17. Shock hipovolémico.
18. Hemorragia cerebral.
19. Gastroenteritis.
20. Acidosis.

El análisis de los datos muestra que los accidentes y la violencia causan la mayor parte de las defunciones y que otra causa importante la forman padecimientos crónicos y enfermedades prevenibles ó controlables en sus primeras etapas, lo que manifiesta no sólo deficientes condiciones de vida y baja escolaridad, sino también subutilización de los recursos del primer nivel de atención médica. Por último, hay que señalar que el establecimiento de un hospital de segundo nivel en el Municipio de Ecatepec de México y debe atender primordialmente a la población con menos recursos.

.CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION:

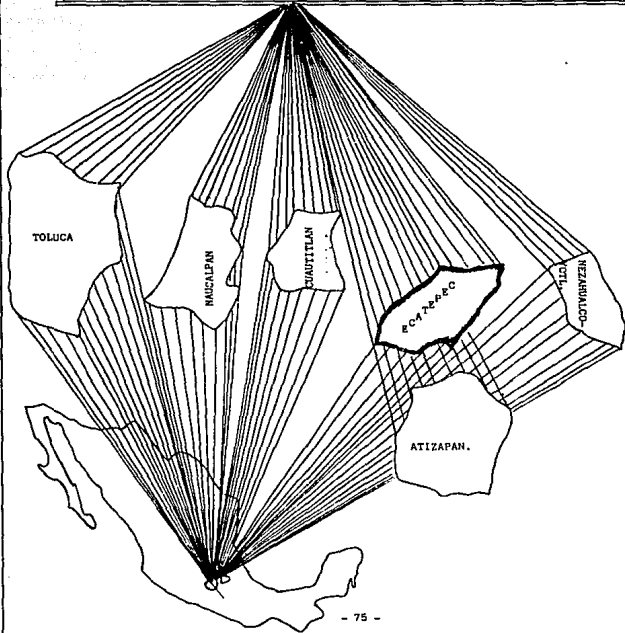
ANTECEDENTES.

A causa de los sismos ocurridos en Septiembre de 1985, hubo --- pérdidas irreparables humanas y de infraestructura de servicios de salud, debido a ello se emprendió el Programa de Reconstrucción acordado por el Dr. Guillermo Soberon, Secretario de Salud en esa época.

El día 2 de abril de 1986, el Presidente de la Republica Lic. Miguel de la Madrid colocó la primera columna del Hospital General de Atizapan de Zaragoza, como inicio de la construcción y reordenamiento de los Hospitales de Ecatepec de Morelos, Cuautitlán de Romero Rubio, Toluca, Netzahualcoyotl y Naucalpan de Juárez, en el Estado de México; financiado con recursos de la sociedad aportados a través - del fondo Nacional de Reconstrucción.

El día 27 de Abril de 1987, el primer mandatario pone en servicio de la población 4 de los Hospitales Generales de 144 camas, comprendidos en el Programa de Reconstrucción y Reordenamiento de los-

HOSPITAL GENERAL REGIONAL 144 CAMAS
(ESTADO DE MEXICO).



servicios de salud, cuyos objetivos primordiales son:

- Contribuir a un desarrollo regional más equilibrado y un desarrollo urbano más sano.
- Observar las normas de uso del suelo.
- Tomar en cuenta la planeación integral de la zona metropolitana de la Ciudad de México, para la redistribución de la oferta hospitalaria.
- Mejor balance a los tres niveles de atención a la salud.
- Apoyar la descentralización de la vida nacional a través de la consolidación de servicios de salud regionalizados y autocontenidos.

.LAS FUNCIONES DE ESTOS HOSPITALES INCLUYEN:

Atención preventiva, curativa y rehabilitación, investigación clínica y de servicios de salud así como adiestramiento, capacitación. Estos Hospitales Generales fungirán como centros de referencia para las unidades de primer nivel que estén ubicadas en su área de influencia.

El Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", tiene como objetivos:

- a) El promover y procurar la curación y el control de las enfermedades.
- b) Suprimir las complicaciones de éstas.
- c) Reducir la morbilidad.
- d) Reducir la mortalidad.

.SERVICIOS QUE PRESTA A LA COMUNIDAD:

El Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez" orgánicamente tiene siete Divisiones Médicas y Paramédicas con los si-

güentes Servicios:

DIVISION:

SERVICIOS:

MEDICINA INTERNA

Hospitalización
Consulta externa
Terapia intensiva
Urgencias
Hematología
Dermatología
Psiquiatría
Psicología

CIRUGIA GENERAL

Hospitalización
Consulta externa
Quirofanos
Endoscopia
Oftalmología
Odontología
Cirugía maxilofacial
Otorrinolaringología
Ortopedia y traumatología

GINECO-OBSTETRICIA

Hospitalización
Consulta externa
Neonatología

MEDICINA PREVENTIVA

Epidemiología

**AUXILIAR DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO**

Anestesiología
Anatomía patológica
Laboratorio bacteriológico
Radio-diagnóstico
Ultrasonografía
Banco de sangre

SERVICIOS PARAMEDICOS

Registros hospitalarios.
Farmacia.
Trabajo social.
Dietología.
Farmacología.

.ESPECIALIDADES:

Para dar atención y servicio de consulta externa, de consulta-interna, de procedimientos quirúrgicos, de tratamiento y de hospitalización, el Hospital General cuenta con las siguientes especialidades:

- . Cirugía general.
- . Gineco-obstetricia.
- . Pediatría.
- . Medicina interna.
- . Hematología.
- . Ortopedia.
- . Traumatología.
- . Oftalmología.
- . Otorrinolaringología.
- . Odontología.
- . Cirugía maxilo-facial.
- . Cirugía plástica.
- . Dermatología.
- . Psiquiatría.
- . Psicología.
- . Terapia intensiva.
- . CLINICA DEL DOLOR.

.DESCRIPCION ORGANIZACIONAL:

ESTRUCTURA ORGANICA.

Por ser un Hospital localizado en uno de los Municipios del -- Estado de México, tendrá la dependencia siguiente en orden jerárquico descendente: Jefatura del Sistema Estatal, Oficina Responsable del segundo nivel de atención, Región y Jefatura de Jurisdicción.

Su estructura interna estará integrada por un cuerpo de gobierno constituido:

.DIRECCION.

Es la autoridad de jerarquía máxima técnica y administrativa, de todos los servicios y del personal de la institución de la que es responsable.

.CONSEJOS.

DE ADMINISTRACION: Esta encargado de revisar aspectos sobre planeación, financiamiento y evaluación que permitan mejorar la organización y funcionamiento de las unidades y uno de los objetivos será de coordinación con otras actividades institucionales del Sector Salud que se relacionen con la buena marcha del Hospital.

TECNICO: Son asesores de la Dirección y pueden formar un Comité Constructivo que tenga funciones de Estado Mayor o trabajar independientemente de tal manera que evite que se tomen decisiones por una sola persona, que en este caso podría ser el Director.

.ASISTENTE DE LA DIRECCION.

Se encarga de asesorar y apoyar al Director del Hospital en Administración de programas técnicos administrativos.

.SUB-DIRECCION ADMINISTRATIVA.

Administrar los recursos humanos, financieros y materiales de la Unidad, así como programar, dirigir y evaluar la organización y funcionamiento de los servicios administrativos, mediante sistemas y procedimientos adecuados, que beneficien la asistencia médica del paciente.

.JEFATURA DE SERVICIO.

MEDICOS, AUXILIARES DE TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO, PARAMEDICO Y ENFERMERIA:

Es el jefe de área técnica y administrativamente para llevar los objetivos de su área, definidos para establecer política y estrategias para la atención médica, quirúrgica, enseñanza, de apoyo o auxiliares para que la atención médica sea calida y eficiente.

JEFATURA DEPARTAMENTO: Son servicios técnicos administrativos donde se organizan las actividades para proporcionar de acuerdo a las normas una atención médica, que sea de calidad y eficiente.

Así mismo contará con un consejo de administración, un consejo Técnico y once Comités como órganos de consulta.

De la Sub-dirección médica dependerán las siguientes jefaturas de servicio:

Cirugía general, Gineco-obstetricia, Medicina interna, Pediatría, Medicina preventiva, Auxiliares de diagnóstico y tratamiento, Paramédico, Enfermería, Hospitalización, Consulta externa,

JEFATURA DE ENSEÑANZA: Depende directamente de la Dirección y es la autoridad responsable de todos los programas de docencia e investigación a nivel médico, paramédico, como de residentes, médicos internos, de pre-grado, estudiantes de medicina, para que cumplan con los objetivos de enseñanza, así como la actualización médica del personal del primer nivel de atención, estimulación de la investigación clínica y socio-médica.

.RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE TRABAJO.

RECURSOS HUMANOS.

PERSONAL MEDICO

General	1	1
Especialistas		61

PERSONAL PARAMEDICO

ENFERMERIA:

General	45
Especialistas	20
Auxiliar	105

OTRO PERSONAL:

Paramédico	48
Personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento	31
Personal administrativo	91
Personal de servicios generales	37

RECURSOS HOSPITALARIOS:

Consultorios de especialidades	10
Compartidos en las siguientes especialidades:	

Oftalmología	1
Ginecología	2
Cirugía general	1
Odontología	1
Otorrinolaringología	1

Cirugía maxilo-facial	1
Cirugía plastica	1
Epidemiología	1
Pediatría	1
Psiquiatría	1
Dermatología	1
Medicina interna	1
Hematología	1
Traumatología y Ortopedia	1
Consultorio de urgencias	3
Archivos clínicos	1
Camas censables	144

DISTRIBUIDAS EN LAS SIGUIENTES AREAS:

Medicina interna	36
Pediatría	36
Gineco-obstetricia	36
Cirugía	36
Camas no censables	59
Camas de labor	4
Camas de recuperación	10
Camas de terapia médico intensiva	4
Camillas en urgencias	2
Camas en urgencia adultos	8
Camas de urgencias pediatricas	5
Cunas de recién nacidos censables	12
Cunas de recién nacidos no censables	30
Incubadoras en cuneros	8
Unidades dentalês	1
Unidades de radiodiagnóstico	5
Archivos de placas	1
Laboratorios clínicos	6
Laboratorios bacteriológicos	1
Ultrasonido	1
Laboratorios de anatomía patológica	2
Electroencefalografía	1

Salas de operación	3
Mesas de operación	3
Salas de operación	3
Mesas de expulsión	2
Bancos de sangre	1
Salas de expulsión	2
Bancos de leche	1
Farmacias	1
Aulas de enseñanza	2
Auditorios	1
Butacas	62
Vehículos de ambulancia	2
Vehículos de servicio general	3

BIBLIOGRAFIA .

- Adam, K. S., y Walshe, J. W.,(1980). Psychogenic Pain: -- An overview. En C. P. Peck y Wallece: " Problems in pain ", Pergamon Press, Sydney.
- Ad Hoc Committee on Classification of headache(1962), Classification of headache, Journal of American medicine Association, 179; 717-718.
- Arena, G. J., Andrasik, F., Blanchard, B.(1985), The role of personality in the etiology of chronic headache, - Headache, 25, 296-301.
- Arnoff, G. M., Wagner, J. M., Spangler Jr., A.S.(1986), - Chemical interventions for pain, Journal of consult. clin. psychological, 54(6).
- Bakal, D. A., Ph. D.(1982), The psychobiology of chronic headache, New York, Springer Publishing Company New York.
- Bakal, D. A., Kaganov, J. A.(1983), Headache assessment - for a severity perspective, Perspective in research on headache, Lewiston New York, Cd. Hogrefe.
- Barraguan-Bordas, Bayes-Rusifiol, M. A.(1983), Neurología Basica del dolor, Jano, 564, 45-53.
- Beck, A. T., Ward, C., mendelson, M., Mack, J. y Erbaugns, J.(1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bond, M. R., Pearson, I. B.(1969) Psychological aspects of pain in women with advanced cancer of the cervix, Journal of psychosomatic research, 13, 13-39.
- Blanchard, E. B., Andrasik,(1989). El tratamiento del dolor de cabeza crónico. Un enfoque psicológico. Barcelona, Martínez Roca.
- Blanchard, E., Appelbaum, K.(1985). The refractory headache patient: chronicity, daily, high intensity headache. Behavior Researche and Therapy, 27(4), 403-410.

- Castro, L.(1987). Diseño experimental sin estadística, - México, D. F., Trillas.
- Colin, J. Y Stewart, P.(1986) Locus of control, assertiveness and anxiety as personality variables intres-related headache, Headache, 26, 369-374.
- Cook, J., Tunk, E.(1985). Defining the " Chronic pain -- syndrome ": an epidemiological method. En A. L. Field, R. Dunher y F. Cervero,(ed) Advences in pain research and therapy, 9, New York: Raven.
- Cotler, S. y Guerra, J.(1976). Assertion Training. Research Press.
- Dalassio, D. J.(1984). Cefaleas de Wolff, Manual Moderno, México, D. F.
- De LaFuente, J. R., Puche, C., Medina, M. E.(1988) La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar de prospectiva. En: A. Velazquez,A. - (comp.) La salud en México y la investigación clínica :Desafío y oportunidades para el año 2000, México, -- UNAM.
- DeLozier, J. R., Gagnon, R. O.(1975) National ambulatory-medical care survey 1978 summary, United States(Mex. publication No. HRA. 76-1772), Washington, D. C., E.s Government Printing offece.
- Ellis, A. P., Ph. D and Harper, R. A. Ph, D.(1962),Psicoterapia Racional Emotiva, Ed. Herrero, México, D. F.
- Ellis, A. And Abrahms, E.(1979). Terapia Racional Emotiva (TRE), Ed. Pax-Mex, México, D. F.
- Engel, G. L.(1959). " Psychogenic " pain and the pain prone patient, American journal of medicine, 26, 899-918.
- Executive Health Report. (1981), Vol. XVII, No. 7.
- Fordyce, W. E.(1976). Learning processes in pain. En: R.A. Sternbach (eds.). The psychology of pain, New York:- Raven.
- Graham, J.(1987). MMPI: Gufa práctica, Ed. Manual Moderno, México, D. F.
- Gambrill, E. y Rickey, C.(1975). An assertion inventory - for use in assessment an research. Behavior Therapy, 6, 350-362.

- Flórez Tascón, F. J.(1987). Dolor, Agora Medicine, Idepsa Madrid.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, Cephalalgias, 7(suppl.8): 1-96, 1988.
- Jones, R. G.(1968). A factored measure of Ellis irrational belief system with personality and maladjustment correlates. Tesis de Doctorado, Texas, Technological College.
- Kerlinger, F.(1975), Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología, México, Interamericana.
- Langer, E. J.(1975). The illusion of control. Journal of personality and social Psychology, 32, 311-328.
- Lazarus, A. A.(1981). The practice of multimodal therapy. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus. R. S. y Folkman, S.(1986). Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca, Barcelona.
- Levy, L. F., Axton, J.(1973). Neurosurgery in Rhodesia, - In Spillane J. D. (ed), Tropical Neurology, New York, Oxford University Press, p. 234.
- Loeser, J. J.(1980). perspectives of pain, University of Washington Medicine, 7, 3-4.
- Madrid Arias, J.(1987). Clínicas del dolor intolerable. / En Flórez-Tascón, F. J. (ed). Dolor, Agora Medicine, Idepsa, Madrid.
- Martin, M. J.(1983). Muscle-Contraction(tension) headache; Psychosomatic, 24: 319-323.
- Melzack, R., Wall, P. D.(1965). Pain mechanisms: a new theory, Science, 150, 3699, 071-977.
- Melzack, R. Y Casey, K.(1968). Sensory, Motivational and central control determinants of pain: A new model. - En D. Kenshalo(ed): The skin senses. C. C. Thomas - Springfield.
- Melzack, R.(1973), The puzzle of pain, Penguin Books, Londres
- Melzack, R.(1975), Prolonged relief of pain by brief, intense measurement. En: J. Kruger, J. C. Liebskind (eds), Advances in pain research and therapy, 6, -

New York: Raven.

- Melzack, R.(1986). Neurophysiological foundation of pain, En: R. A. Sternbach(ed),The psychology of pain, 2a.-ed. Raven Press, New York.
- Merskey, H.(1981). Pain and emotion: their correlation in headache, Advances in Neurology, 33, 135-143.
- Merskey, H., Hester, R.(1972), The treatment of chronic - pain with psychotropic drugs, Postgraduate Medical - Journal, 48, 594-598.
- Noordenbos, W.(1959), Pain, Elsevier Amsterdam.
- Olsen, J.(1990) The classification and diagnosis of headache disorders, Neurologic clinic, Vol. 8, 4.
- Palacios, P.(1991). El perfil multimodal del paciente cefaléico, Tesis de Maestría en Psicología Clínica, UNAM (en prensa).
- Palacios, P., Rojas, R., Figueroa(1991). Comparación psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de - cabeza crónico y otra sin dolor, Programa de Psicología de la Salud, E.N.E.P. Zaragoza, UNAM(en prensa).
- Phillips, H. C., Jahanshahi, M.(1985). The effects of --- persistent pain: The chronic headache sufferer, Pain, 21, 163-176.
- Pilling, L. F., Brannock, T. L. and Swenson, W. M.(1965) Psychologic characteristics of psychiatric patients- having pain as a presenting symptom. Canadian Medical Association Journal, 97, 387-394.
- Rilowsky, I. Y Spence, N.(1976). Pain and illness Behaviour Questionnaire(IBQ), 2a. ed. Universidad de Adelaida.
- Pilowsky, I y Spence, N.(1976). Is illness behaviour related to chronicity in patients with intractable pain?, Pain, 2, 167-173.
- Pilowsky, I. Y Spence, N.(1976). Illness behaviour syndromes associated with intractable pain, Pain, 2, 61-71.
- Rappaport, N. B., McArnulty, D.(1987), Cluster analysis of Minnesota Multiphasic personality inventory(MMPI), profiles in chronic - Headache population, Journal of behavioral Medicine, 10, (1).
- Rojas, M., Figueroa, L.(1991), descripción clínica de la consulta por dolor de cabeza en la clínica de dolor del Hospital General de Ecatepec, E.N.E.P. Zaragoza, UNAM.(sin publicar).

- Romano, J., Turner, J.(1985), Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship ?, Psychology, Bull. 97,(1).
- Ramos, B.(1989), Comparación de índices de depresión entre dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor, Tesis de Licenciatura, E.N.E.P., Zaragoza, UNAM, México, D.F.
- Schoenfeld, W. N.(1980). El dolor: un reporte verbal. En: V. A. Cozlotla, V. M. Alcaraz, R. S. Schuster(eds), Modificación de la conducta: Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica. México, D. F., Trillas.
- Siegel, S.(1985). Estadística no paramétrica, México, D. F., Trillas.
- Sistema Estadístico "STATIX", Versión 2. 1. A(1974), Laboratorio de investigación e informática, S. A., E.N.E.P. Zaragoza, UNAM.
- Sternbach, R. A.(1974), Pain patients: Traits and treatment, Academic Press, New York.
- Sternbach, R. A.(1978), Psychology of pain, Raven Press, New York.
- Sternbach, R. A.(1984), Recent advances in psychologic pain therapy Adv. Pain research and therapy, 7, 251-255.
- Szasz, N.(1957), Pain and pleasure: A study of bodily feelings, Basic Book, New York.
- Thompson, J. K., Figueroa, I.(1983). Critical issues in the assessment of headache. En M. Hersen, R. M. Fiesler, Miller(eds). Progress in behavior modification, 15, Orlando Academic Press..
- Trimble, M. R.(1984), Neuropsiquiatría, México, D. F., Limusa.
- Wall, P. D.(1962), The origin of spinal cord slow potential, Journal Of psychology, 164, 508-526.
- Wall, P. D.(1979), On the relation of injury to pain, Pain, 6, 253-264.
- Wall, P. D.(1984). Mechanisms of acute and chronic pain, Advances in pain research and therapy, 6.
- Wolff, B. B.(1986). Behavioral measurement of human pain. En : R. A Sternbach (eds), The psychology of pain, Raven Press, new York.
- Wolpe, J. y Lang, P. J.(1969), Fear survey schedule. San Diego, cal: Educational and Industrial Testing Service.
- Zens, H.(1983), Social aspects of the management of headache patients, Perspectives in research on headache, Lewiaton, New York, Cd. Hogrefe.
- Ziegler, D. K., Hassanein, R. S.(1960), Characteristics of life headache histories in a non clinic population, Neurology, 27, 265.
- Ziegler, D. K.(1982), Headache syndromes suggested by statistical analysis of headache symptoms, Cephalalgia, 2: 125.