

14
251



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

CARRERA DE PSICOLOGIA

CARACTERIZACION CLINICA DE LOS
SINTOMAS DEL DOLOR DE CABEZA

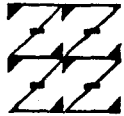
REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MA. GUADALUPE OCAMPO BAHENA

U N A M
ZARAGOZA



LO HUMANO
ES
DE NUESTRA REPUBLICA

ASESOR: LIC. MARIO E. ROJAS RUSSELL

OCTUBRE DE 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
I. METODO DE CLASIFICACION DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO.	7
II. MODELO PSICOBIOLÓGICO O DE SEVERIDAD.	19
III. PROBLEMA TEORICO CONCEPTUAL DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO.	25
IV. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.	31
<i>Localización Geográfica.</i>	31
<i>Características Generales de la Delegación Política de Iztapalapa.</i>	32
<i>Contaminación</i>	33
<i>Topografía</i>	33
<i>Clima</i>	33
<i>Producción</i>	34
<i>Comunicaciones y Transporte</i>	34
<i>Aspectos Socio-Demográficos</i>	35
<i>Salud</i>	38
V. ACTIVIDADES DESARROLLADAS.	40
A) Servicio Social	40
1. <i>Entrenamiento a Estudiantes en Atención Clínica</i>	40
2. <i>Atención Terapéutica Individual</i>	40
3. <i>Entrevistas</i>	40
4. <i>Evaluación Psicológica</i>	41
5. <i>Tratamiento</i>	41
6. <i>Seguimiento</i>	42
B) Investigación	43
Problema	43
Objetivos.	43
Hipótesis	44
METODO	44
<i>Sujetos</i>	44
<i>Criterios de Selección</i>	45
<i>Materiales</i>	46
<i>Escenario</i>	47
<i>Diseño</i>	47
Procedimiento	48

RESULTADOS	48
<i>Demográficos</i>	48
<i>Sintomas del Dolor de Cabeza.</i>	48
DISCUSION	57
REFERENCIAS	63
ANEXOS	71

CARACTERIZACION CLINICA DE LOS SINTOMAS
DEL DOLOR DE CABEZA

Ma. Guadalupe Ocampo Bahena

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
U.N.A.M

Asesor: Lic. Mario E. Rojas Russell

RESUMEN

Con el propósito de establecer las diferencias en el conjunto de síntomas de pacientes sufridores de dolor de cabeza crónico diagnosticados de acuerdo a la categorización propuesta por la International Headache Society (IHS) en 1988, se aplicó el Cuestionario de Síntomas de Dolor de Cabeza, diseñado por Epstein y Abel (1978), a 30 personas, 26 mujeres y 4 hombres, 15 con diagnóstico de cefalea tensional (grupo 1) y 15 con diagnóstico de migraña (grupo 2). Los resultados indicaron que los síntomas que habitualmente se supone que caracterizan tanto a la migraña, como a la cefalea mixta, y el empleo de medicamentos, no mostraron una diferencia significativa entre los grupos. En cambio, los síntomas de la cefalea tensional sí mostraron una diferencia significativa entre ellos. Por lo que se concluye que no existen síntomas cualitativamente diferentes para cada diagnóstico y que por lo tanto se mueven en un continuum de severidad, de acuerdo con el modelo psicobiológico (Bakal, 1982).

INTRODUCCION

El dolor de cabeza crónico constituye un trastorno cuya problemática de salud es cada día más común. "Se puede afirmar que alrededor de un 50-70% de las personas adultas han padecido alguna vez en su vida este trastorno y salvo 5-10 % puede tener como desencadenante algún trastorno orgánico básico." (Blanchard y Andrasik, 1985).

Por lo que en términos generales, el diagnóstico y el tratamiento del dolor de cabeza se ha dividido simplemente en agudo y crónico, el primero se presenta cuando la cefalea es por lesión o daño craneonefálico y el segundo generalmente se caracteriza por: 1) la ausencia de alguna causa orgánica que lo favorezca; 2) un período de evolución de por lo menos seis meses; 3) tendencia a ser continuo por largos períodos durante el día, con algunas fluctuaciones pero sin variaciones repentinas; 4) generalmente se relaciona con factores emocionales; 5) rara vez despierta durante el sueño, pero puede impedir que duerma o presentarse después del sueño; 6) en un 90% el dolor no responde al tratamiento farmacológico y hay mejor respuesta a la terapia psicológica (Schoenmaker y Curazao, 1987).

Los costos económicos y la magnitud del problema teórico-práctico del dolor de cabeza crónico no han sido evaluados en su justa dimensión, ya que si un sujeto presenta un cuadro de esta índole equivale a decir que los recursos médicos no han sido efectivos para resolver el problema agudo de base. "En su más esquemática expresión, el dolor crónico representa un fracaso y,

normalmente, un fracaso repetido, cuando menos por lo que respecta a las medidas y a los recursos convencionales." (Penzo, 1989).

"En la Unión Americana se invierten 60 millones de dólares por gastos de atención médica, incapacidades, hospitalización, medicamentos, compensaciones y disminución de la productividad por los días perdidos (Wallis, 1984). Por ejemplo Medina y Diamond (1980) encontraron en 200 pacientes, en una clínica de cefalea, que el 3% no trabajó durante todo el año debido a la cefalea, 63% perdió de 1 a 150 días de trabajo al año, 27% fue hospitalizado, 1% perdió su empleo y un 21% arriesgaría perderlo debido al ausentismo producido por el dolor. (Gershon, 1988).

En México son escasos los datos epidemiológicos al respecto, Campuzano (1987) reportó que el dolor crónico acompaña a un 75%-80% de los pacientes que acuden a la consulta médica general.

DeLozier y Gagnon (1975) encontraron que del total de consultas anuales en los Estados Unidos, 12,314,000 habían sufrido dolor de cabeza, lo que situaba a este problema dentro de los 14 más importantes cuando se solicita atención médica. Estos pacientes se distribuyen de la siguiente manera: el 29% hombres y 71% mujeres; con respecto a la edad, el 9.6% era menor de 15 años, el 12.8% entre de 16 a 24 años, el 30.5% de 25 a 44, el 31.6 % de 45 a 65 y el 15.6% mayor de 65 años. El 48.6% fue tratado por médicos generales mientras que el 25.9% por especialistas y el 19% por cirujanos. De estos casos, el 81.1% de los sujetos consideró a su dolor como "ligeramente serio" y el 18.9% como "serio" o "muy serio" .

En México, Rojas y Figueroa (1992) encontraron en una muestra de 180 sujetos que acudieron a consulta por dolor de cabeza, que 70% había solicitado atención en medicina general y el 42% había buscado más de un servicio (i.e., especialistas, psicoterapia, etc.). De esta misma muestra, el 28% de los sujetos consideró la intensidad de su dolor como moderada y el 30% como severa; y con respecto a la forma en que el dolor interfería con sus actividades diarias, el 28% lo consideró como un problema levemente inquietante, el 23% como moderado y el 30% como severo.

Pese a lo señalado anteriormente en México es escasa la información epidemiológica al respecto, se sabe que los desórdenes psicofisiológicos (entre ellos la cefalea) constituyen uno de los 9 problemas prioritarios de salud mental en el país (De la Fuente, Pucheu y Medina, 1985), lo que también es reportado en un 60% de los pacientes que se atendieron en la Clínica de Dolor del Hospital 20 de noviembre (Granados, 1987).

Sobre esta base, el estudio de las cefaleas crónicas ha recibido especial atención por parte de los psicólogos durante los últimos 25 años.

Sin embargo, parece ser que es a partir de las observaciones de Beecher (1946) sobre los requerimientos analgésicos de los soldados en el campo de batalla durante la segunda guerra mundial que la complejidad del fenómeno del dolor empieza a ser estudiada en forma sistemática. Desde la teoría de la compuerta de Melzack y Wall (1965) hasta el análisis sobre los determinantes sociales de la respuesta dolorosa (Schoenfeld, 1980) es evidente que el dolor

es un fenómeno psicofisiológico y como tal multifactorial (Penzo, 1989).

En un principio el interés de las investigaciones se centró en el desarrollo de estrategias de tratamiento no farmacológico, especialmente la relajación y la retroalimentación biológica. Sin embargo, a medida que esta línea fue evolucionando el estudio sobre el tema se ha diversificado hasta comprender aspectos como el análisis de la correlación entre el reporte del dolor y sus concomitantes fisiológicos (Martín y Mathews, 1978; Phillips, 1978; Phillips y Hunter, 1981a; 1981b) y psicológicos (Arena, Andrasik y Blanchard, 1985; Rappaport, McAnulty, Waggoner y Brantley, 1987), hasta importantes cuestionamientos sobre el diagnóstico y la clasificación de los dolores de cabeza (Martín, 1985; Phillips, 1978).

En esta última rama de investigación en la práctica clínica cotidiana la información particular sobre el dolor de cabeza se obtiene por medio de una entrevista en la que se revisa básicamente la historia y la descripción de la cefalea. No obstante es frecuente que en este punto se cometan diversas omisiones que pueden llevar a un planteamiento incompleto del diagnóstico y, desde luego, del tratamiento, tales como: problemas del entrevistador para acercarse a ciertas esferas de información o que el paciente no comprenda una pregunta y dé una respuesta equivocada al entrevistador (Arena, Blanchard, Andrasik, Dudek, 1982). Una alternativa sería aplicar una entrevista clínica estandarizada, confiable y de fácil aplicación (Epstein y Abel, 1977; Blanchard,

O'keefe, Neff, Jurish y Andrasik, 1981); por lo que en esta investigación se utilizó un cuestionario de síntomas de dolor de cabeza originalmente creado por Epstein y Abel en 1977 para conocer si las clasificaciones (migraña y cefalea tensional) de este trastorno tienen síntomas bien definidos o estos se mueven en un *continuum* como lo ha planteado los creadores del modelo de severidad (Bakal, 1982).

I. METODO DE CLASIFICACION DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Existen básicamente dos modelos para estudiar el dolor de cabeza crónico. El predominante, se utiliza más en el área médica. Establece la posibilidad de subdividir la cefalea crónica en categorías que aparecen en el sistema de clasificación del comité Ad Hoc y más recientemente en la "Internacional Headache Society", donde cada categoría corresponde a diferentes desórdenes con distinta etiología y sintomatología. Asimismo, cada una requiere diferente forma de tratamiento.

En 1962 el National Institute of Neurological Disease and Blindness convocó a un Comité cuyo objetivo era formalizar el diagnóstico de dolor de cabeza. Por lo tanto el comité, con base en un consenso clínico-neurológico, planteó un sistema de clasificación que consideró la fenomenología y la etiología del trastorno. De este modo, se establecieron 15 categorías distintas de cefalea. "Como propuesta de discusión, Diamond y Dalessio (1978) reducen estas categorías a tres grupos generales de dolor de cabeza: 1) por tracción e inflamación, 2) vascular y 3) por contracción muscular. El primer grupo se refiere a las cefaleas producidas por alguna alteración orgánica identificable. En el grupo de cefalea vascular, incluyeron a la migraña clásica, y a la migraña común; y dos variantes de migraña, la hemipléjica y la oftalmopléjica. Estas últimas dos variantes son poco frecuentes y se refieren a la presencia de síntomas neurológicos (parálisis de grado mínimo hemicuerpo, parálisis en músculo ocular, etc.). El dolor de cabeza vascular es unilateral, pulsátil y se localiza en

la región ocular. Este puede acompañarse de contracción pupilar y congestión nasal que afecta un lado de la cabeza los ataques ocurren con una frecuencia de uno a tres veces por mes y una duración de aproximadamente 45 minutos. Puede ocurrir algunas veces a la semana o al mes o empezar sorpresivamente y ser seguido por un largo período de remisión. La distinción que hace el comité entre migraña clásica y migraña común se basa en el supuesto de que sólo los ataques de migraña clásica son precedidos por una aura o fase prodrómica que involucra síntomas visuales (escotoma, fotofobia) o auditivos (zumbidos y fonofobia)" (Bakal, 1982).

Después Olesen (1978) sugirió una revisión a lo propuesto por el comité Ad Hoc para definir migraña, haciendo énfasis en la presencia de náuseas y/o vómitos y anorexia.

Blanchard y Andrasik (1985) establecen para las 15 categorías propuestas por el comité Ad Hoc, cuatro subclasificaciones que constituyen el conjunto de las cefaleas crónicas, y que son: 1) Cefalea tipo migrañoso; 2) Cefalea por contracción muscular; 3) Cefalea mixta y 4) Cefalea de los estados alucinatorios.

Con el propósito de establecer criterios más claros para el diagnóstico de dolor de cabeza crónico, la "International Headache Society" (IHS) en 1988 desarrolló la clasificación y los criterios del diagnóstico para el dolor de cabeza, la neuralgia craneal y el dolor facial.

La clasificación de la IHS establece que la cefalea migrañosa debería, por definición, tener una duración de 4 a 72 horas y

presentar la mayoría de las siguientes características: intensidad moderada o severa; localización unilateral; calidad pulsátil que puede agravarse durante la actividad física normal y síntomas acompañantes como náuseas y/o vómitos y/o fotofobia y/o fonofobia.

Si se presenta aura en algunos ataques, ésta debe desarrollarse gradualmente durante por lo menos 5 minutos, tener una duración de 60 minutos por lo menos y ser totalmente reversible. Es probable que los síntomas del aura correspondan a trastornos visuales y/o auditivos característicos, parestesias y/o entumecimientos unilaterales, debilidad unilateral o trastornos del lenguaje. Por definición, la cefalea debería presentarse durante los 60 minutos después que desaparece el aura.

Según la IHS, la cefalea tensional es bilateral y suele ser sorda y persistente, con intensidad variable durante el día entre suave a moderada. A menudo se describe como una sensación de pesadez o presión, como una banda alrededor de la cabeza; puede comenzar en el cuello, hombros o en la porción occipital y no se intensifica con la actividad física. Las cefaleas pueden durar de 30 minutos a 7 días.

En los ataques más serios de cefalea tensional pueden presentarse fotofobia o fonofobia leve. Algunas veces, puede acompañarse de náuseas leves, pero esto es un síntoma de ansiedad más que un síntoma propio de la afección. El vómito no es característico de esta clasificación.

Dentro de la línea de investigación de este modelo sobre la prevalencia de los diagnósticos Blumenthal (1968), Dalsgaard-Nielsen (1965) y Refsum (1968) señalan que la prevalencia de cefalea migrañosa en la población general es de 3% a 12%. Sin embargo, en tres estudios epidemiológicos independientes que se realizaron en las Islas Británicas se reportó una prevalencia de migraña de 23% a 29% en mujeres y de 20% a 25% en hombres (Walters y O'Connor, 1971). En un estudio estadístico de 100 casos que se realizó en el Instituto de Neurología y Neurocirugía de México se reporta que el 51% de los casos correspondió a cefalea de tipo tensional y el 42% a cefalea vascular o migrañosa (Zermefio y Otero, 1974). Del mismo modo, Appenzellier (1973) y Granados (1987) señalaron que la cefalea tensional ocupa el 80% de las cefaleas que demandan atención en las clínicas de dolor en comparación con las cefaleas migrañosas que se presentan con una frecuencia de 15% a 20%.

Por otro lado, Rojas y Figueroa (1992), reportan que la migraña es el diagnóstico previo que más frecuentemente se asigna a ambos sexos, en una muestra de 180 sujetos mexicanos (33.3% de hombres y 32.4% de mujeres). Asimismo, se encontró que un porcentaje mínimo de pacientes (hombres=5%; mujeres=10.9%) tenían más de un diagnóstico.

Respecto a la causa y desarrollo de la migraña y de la cefalea tensional dentro del modelo de clasificación, existen dos líneas de investigación, la biológica y la psicológica.

Desde el punto de vista biológico, se sabe que aunque en la migraña pueden presentarse cambios vasculares, que son los mecanismos responsables de esta alteración, todavía existen controversias. Hay dos principales hipótesis respecto a las causas que originan la migraña: "1) se debe a un trastorno en la regulación vasomotora del Sistema Nervioso Central. Wolff propuso que siempre que se ve amenazado el abastecimiento de sangre al cerebro ocurre vasodilatación en la circulación cerebral. Si la vasodilatación cerebrovascular es suficientemente importante, las arterias extracraneales se dilatarán y liberarán cierto número de factores químicos que producen edema, así como disminución del umbral de dolor" (Aguirre, 1986). En 1938, Graham y Wolff sugirieron que el hipotálamo puede influir de manera importante en el control autónomo de los vasos periféricos, y postularon que la alteración central periódica de la actividad hipotalámica o un umbral lábil desempeña una función en la periodicidad del ataque de migraña; y 2) que se debe a un trastorno metabólico sistémico. En esta hipótesis, la mayoría de los datos acumulados se apoyan sobre factores bioquímicos circulantes "En un ataque, la liberación de serotonina plaquetaria durante la fase de dolor es la única alteración biológica relativamente específica" (Anthony y Lance, 1975). En 1981 Olesen afirmó que la disminución brusca de serotonina de la circulación, probablemente sea un factor trivial en la regulación del tono arterial, y esto sugiere que la liberación de serotonina por las plaquetas puede causar reacciones en otros sitios biológicos más importan-

tes, tales como el circuito neuronal serotoninérgico del tallo cerebral. Más aún, hay evidencias que sugieren que la manera como actúan los fármacos antimigrañosos es a través de la supresión de la velocidad de descarga de las neuronas serotoninérgicas que se localizan en el tallo cerebral. Estas observaciones han llevado a formular la hipótesis de que la migraña constituye un trastorno hereditario, en el cual "la modulación de la liberación de serotonina en la hendidura sináptica es defectuosa, lo que da como resultado que disminuya esporádicamente el nivel de serotonina; y en forma secundaria que se incremente la velocidad de descarga neuronal" (Raskin y Appenzeller, 1980). Asimismo, se puede deducir que " las alteraciones circulatorias que acompañan a los ataques migrañosos se deben a la participación del circuito serotoninérgico del tallo cerebral en la regulación central de la circulación cerebral (Reinhard, 1979).

Por otra parte, varios investigadores han especulado que la histamina y la bradiquinina, ambas potentes sustancias vasodilatadoras, pueden estar vinculadas además con la fisiopatología de la migraña (Dalessio, 1976; Pearce, 1984; Saxena, 1974).

Respecto a la cefalea tensional, Elliot en 1944, reportó que la contracción muscular prolongada es una fuente de dolor, lo cual se demuestra por el aumento de los potenciales de acción electromiográficos en los nódulos reumáticos. Según Hinsey (1928), el impulso doloroso se transmite desde las ramas terminales en el tejido adiposo y conectivo del músculo hasta las fibras nerviosas aferentes en la capa adventicia de los pequeños vasos.

Los estudios de Rodbard (1970) sobre dolor muscular, demostraron que los músculos durante la contracción liberan un catabolito capaz de producir dolor, mientras que la isquemia, la hipoxemia o la acidosis láctica no produce dolor. Con estos datos se llega a la conclusión de que la cefalea tensional parece ser una reacción de la musculatura de la cabeza y del cuello durante el estado de estrés y consiste en una contracción prolongada de los músculos esqueléticos en ausencia de cambios estructurales permanentes.

Se puede concluir con respecto a la línea de investigación biológica, que si bien produce dolor de cabeza, no es la única que lo desencadena, sin embargo, la comprensión de estos mecanismos ayuda a entender este padecimiento así como uno de los factores etiológicos de la migraña y la cefalea tensional.

En cuanto a los factores psicológicos es bien sabido que los factores emocionales contribuyen a la precipitación del dolor de cabeza. "Cada individuo posee un repertorio propio de experiencias pasadas, las cuales incluyen una forma personal de manejar la ansiedad para hacerla más tolerable; sin embargo, en situaciones de estrés emocional frecuentemente falla este sistema, y es entonces cuando la ansiedad se manifiesta abiertamente o se refleja en síntomas físicos, como puede ser la cefalea" (Martín, 1978).

La estructura de la personalidad del sufridor de migraña se describe como perfeccionista, rígida, obsesiva, compulsiva, ambiciosa, con preocupación excesiva por el éxito (personalidad tipo A) con resentimientos, no asertivo, inseguro y con inhabili-

dad para expresar sentimientos de agresión en forma constructiva. (Alvarez, 1947; Friedman, Van Storch y Merritt, 1964; y Wolff, 1937). Los estudios psicológicos de los pacientes con migraña indican que a muchos de ellos no se les permitió expresar sus emociones de enojo o rabia durante su infancia y que la única manera en que podían conseguir aprobación y afecto era por medio de la supresión de sus sentimientos verdaderos. Estas observaciones indican que los impulsos hostiles son el cimiento de los conflictos neuróticos de estos pacientes, por lo que canalizan así la hostilidad a través de la ambición por el éxito. (Kolb, 1963). Las situaciones en las que se prolonga el estrés, como en la pubertad, durante la menstruación, cuando se abandona el hogar y por el cúmulo de responsabilidades de trabajo, de matrimonio o de paternidad, pueden predisponer a estos individuos a padecer crisis migrañosas. (Friedman, 1976). En el caso de la cefalea tensional, tampoco se ha observado un tipo de personalidad específica, sin embargo, ciertos conflictos frecuentemente parecen expresarse a través del incremento de la tensión muscular, lo que produce como consecuencia, el dolor (Martin, Rome y Swenson, 1967). Aún cuando estos sufridores no muestren su ansiedad en forma abierta, habitualmente tienen una historia interpersonal conflictiva y tendencia a la negación como mecanismo de defensa. Los conflictos emocionales observados en estos pacientes pueden abarcar un continuo de situaciones que generalmente se asocia con angustia, frustración, dependencia y hostili-

dad. En ocasiones, la cefalea tensional puede tener ganancias secundarias. (Martin, 1978).

Desafortunadamente, la vasta mayoría de artículos publicados concernientes a la etiología psicológica son impresiones clínicas no sistemáticas, esto es, estos artículos no se han derivado empíricamente de tests psicológicos o de observaciones conductuales sistemáticas. Cuando estas características de personalidad se evalúan empíricamente, no siempre pueden sustentarse (Andrasik, Blanchard, Arena, Teders, Teevan y Rodichok, 1982; Arena, Blanchard y Andrasik, 1984; Kudrow y Sultkus, 1979; Sternbach, Dalessio, Kunzel y Bowman, 1980).

Con respecto al tratamiento, utilizado por los especialistas afines a este modelo, se han reportado más de 400 tratamientos durante la última década. Estas incluyen agentes farmacológicos, psicoterapia, biorretroalimentación, técnicas quirúrgicas, así como el uso de la homeopatía, la acupuntura y la fisioterapia. "De éstas, las más utilizadas son la farmacoterapia y recientemente, las técnicas de biorretroalimentación" (Aguirre, 1986. p. 35).

Como ya se mencionó antes este modelo emplea para cada clasificación diferente tratamiento, ya sea tanto farmacológico, psicológico o conductual.

"Dentro del grupo de agentes farmacológicos que se emplean para el tratamiento del dolor de cabeza, encontramos que la reserpina, la clonidina, la dehidroergotamina y la metilsergida son útiles para la migraña; mientras que para la cefalea por

contracción muscular, los fármacos que más se utilizan son los analgésicos (Nattero, 1984)."

Debido a las causas de la cefalea y a las posibles contraindicaciones y efectos secundarios causados por los fármacos, varios investigadores han estudiado las posibilidades terapéuticas de las técnicas conductuales, entre las que destacan la relajación y la biorretroalimentación. La primera utiliza diferentes formas de estrategia para entrenar al sujeto, desde la meditación trascendental y la retroalimentación de las ondas alfa hasta las más comunes, como el entrenamiento autogénico y la retroalimentación electromiográfica frontal y de la temperatura. En todas ellas, independientemente del procedimiento empleado, el mecanismo subyacente que conduce a la relajación parece ser el decremento en los niveles de actividad muscular (Haynes, 1975; Hutchins y Reinking, 1976), y de la actividad simpática (Williamson, 1981).

En cuanto a la retroalimentación biológica "se define como el empleo de instrumentos monitores, generalmente eléctricos, que detectan y amplifican los procesos fisiológicos internos, con el objeto de poner a disposición del sujeto esta información casi siempre fuera de su alcance, haciendo posible de este modo su control o modificación." (Carrobles y Godoy, 1987).

Con base en las características de estos dos tipos de cefalea, se han elegido técnicas específicas de biorretroalimentación (Beown, 1979). Budzynsky et al. (1973), fueron los primeros en aplicar la biorretroalimentación electromiográfica frontal

en pacientes con cefalea tensional ya que, esta se atribuye a la contracción sostenida de los músculos de la cabeza, el cuello y los hombros.

Del mismo modo, en el entrenamiento con retroalimentación biológica para los sujetos migrañosos, se han empleado tres modalidades de retroalimentación: 1) la temperatura de la mano o de los dedos (Johnson y Turin, 1975; Turin y Johnson, 1976), evitando así el dolor hiperhémico de rebote (Appenzeller, Davison y Marshall, 1983; y Sargent, Green y Walters, 1972); 2) la combinación con frases autogénicas o cualquier otra técnica de relajación y retroalimentación de la temperatura (Blanchard, Ahles y Sham, 1979; Sargent, Green y Walters, 1973); y 3) la respuesta vasomotora cefálica en la que se monitorea la actividad vasomotora de la arteria temporal externa (Blanchard et al., 1979; Feurtein y Adams, 1977; Williamson, 1981).

En otros estudios, se han comparado técnicas de relajación progresiva, de entrenamiento autogénico, de retroalimentación biológica de la temperatura y de una combinación de estos dos últimos. En general, los resultados muestran la efectividad de estos procedimientos, que oscila entre un 65% y un 85%, sin que haya diferencias significativas entre ellos (Tellaeche, 1986); sin embargo, también en este caso, se observó que los grupos que recibían tratamiento combinado mostraban cambios benéficos en forma más rápida (Son y Silver, 1973; Cohen, McArthur y Rickles, 1980; Credidos, 1982; Fahrion, 1977; Silver, Blanchard, Williamson y Theobald, 1979).

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

II. MODELO PSICOBIOLOGICO O DE SEVERIDAD.

El modelo de severidad surge como una propuesta ante la falta de una amplia aceptación del esquema de clasificación del Comité *Ad Hoc*, ya que las dos categorías predominantes en este esquema (migraña y cefalea tensional), han mostrado ser insuficientes para establecer diagnósticos diferenciales a partir de los síntomas reportados por los pacientes (Martin y Mathews, 1978; Philips, 1978). Del mismo modo, se han demostrado más semejanzas que diferencias en los indicadores fisiopatológicos de estas dos categorías de dolor (Pearce y Morley, 1981; Philips, 1978).

El modelo de severidad fue propuesto inicialmente por Ziegler (Ziegler, Hassanein, Hassanein, 1972) y "tiene como su defensor más destacado a Donald Bakal" (Blanchard y Andrasik, 1985).

Este modelo, considera el dolor de cabeza crónico como un trastorno central único cuyas diferencias son más de carácter cuantitativo que cualitativo. Es decir, la diferencia en los dolores de cabeza radica en su intensidad, su frecuencia y el número de síntomas acompañantes en función de cada individuo más que en su topografía, su probable etiología o los posibles síntomas diferenciales. Lo que trae como consecuencia que los tratamientos no sean diferentes. "Es decir, su diferencia radica más en la severidad de los síntomas y en el período de evolución que en los síntomas mismos" (Palacios y Rojas, 1986). Por lo que, "el modelo médico no explica, totalmente al dolor de cabeza que

es debido a factores psicobiológicos. Los médicos son entrenados extensivamente en diagnosticar por eso, se entiende que puedan tener dificultad en aceptar la noción de los síntomas en un *continuum*. Para ellos esto implica que todos los dolores de cabeza son similares" (Bakal, 1982; 78).

Bakal sugiere que el dolor de cabeza no es el mismo, sino que existen diferencias entre los individuos en términos de las características de la cefalea que ellos tienen. También los mismos individuos frecuentemente experimentan diferentes síntomas que se mueven en un *continuum* a través y a veces durante los ataques. Así, un dolor de cabeza poco frecuente (v.g. 1/semana), con una intensidad leve y que se describe como sensación de opresión en la región frontal, se ubicaría en el extremo izquierdo del *continuum*; en cambio, una cefalea frecuente, muy intensa, que se localiza en una mitad de la cabeza y se acompaña de náuseas y vómitos se ubica en el extremo opuesto del mismo. Es decir, el dolor de cabeza de baja intensidad se caracteriza por pocos síntomas asociados; conforme se incrementa la intensidad la cantidad de rasgos asociados incrementa también. Por lo que, la Cefalea Tensional está en un extremo y en el otro, la migraña como se observa en la Figura 1.

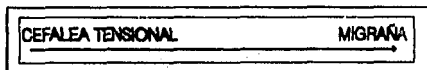


Figura 1. Modelo de continuidad de Donald Bakal.

El error ha sido asumir que las diferencias observadas en la sintomatología inter e intrapaciente indican la existencia de trastornos distintos que exigen, a su vez un tipo de tratamiento también distinto.

Al mismo tiempo el punto de vista del modelo de severidad o psicobiológico demanda una perspectiva holista y un cuadro conceptual previo para integrar varios aspectos de investigación de dolor de cabeza dentro de un único tipo. "Los sufridores de dolor de cabeza crónico y sus síntomas necesitan ser entendidos desde una nueva perspectiva que integre varios aspectos de las funciones vitales dentro de un solo cuadro...como resultado de una compleja transacción entre ambiente, psicología, fisiología, genética y variables bioquímicas." (Bakal, 1985; p. 3). Entendiendo transacción como una clase de interjuego que existe entre varios componentes del modelo; implicando además esta palabra, la relación entre los componentes psicológicos y fisiológicos con los demás componentes en forma bidireccional es decir, no solamente hacen que los eventos psicológicos influyan en los fisiológicos sino que también, estos últimos influyen sobre los primeros.

Dicho lo anterior, Ziegler (1985) planteó que ambos tipos de trastorno (Migraña y Cefalea Tensional) tienen mecanismos etiopatogénicos diversos, una gran heterogeneidad en las características sintomatológicas y puede ser precipitado por una variedad de estímulos.

El énfasis del punto de vista psicobiológico no son los acontecimientos pasados de los individuos ya sea genético o psicobiológico, sino lo que le sucede a los sufridores durante o a través de sus ataques de dolor. El pasado puede ser importante para entender el desarrollo del desorden, pero este, tiene poco significado para entender la condición que mantiene el desorden.

El componente llamado predisposición psicobiológica es más adecuado que la predisposición genética, ya que la predisposición psicobiológica es una entidad dinámica responsable de el incremento de la intensidad y cronicidad de los sufridores de este trastorno. Durante un ataque particular, la predisposición es responsable de la iniciación de los cambios bioquímicos involucrados en la experiencia de dolor. En otras palabras, los ataques de dolor de cabeza, son precipitados por eventos conocidos (estrés, ansiedad, depresión, comida, menstruación, etc.), aunque existen ataques que ocurren espontáneamente.

"Se sabe que los factores genéticos contribuyen a la ocurrencia inicial de este proceso psicobiológico, pero el desorden empieza cuando hay más variables importantes que determinan la cronicidad; estas son conductuales y conciernen a la inhabilidad o habilidad de los sufridores de dolor de cabeza para afrontar cada ataque sucesivo" (Bakal, 1982).

Es decir, cuando el desorden incrementa su severidad; más y más sistemas fisiológicos empiezan a participar y todos reflejan cierto tipo de autonomía de eventos del ambiente que pudieron

haber precipitado el desorden como ocurre ocasionalmente con los sufridores de este trastorno.

Este punto de vista es consistente con la visión cognitivo-conductual del dolor, que sostiene que el dolor es una experiencia multifactorial que envuelve eventos cognitivos, conductuales y fisiológicos." (Genest y Turk, 1979).

"El dolor es una experiencia perceptual cuya cualidad e intensidad es influenciada por la historia del individuo, por el significado que él atribuye a la situación que produce el dolor. En el momento creemos que todos estos factores juegan un rol, en determinar el actual patrón de impulso nervioso que asciende del cuerpo al cerebro y viaja dentro de este último. En esta dirección, el dolor se convierte en una función del individuo entero, incluyendo sus pensamientos presentes y sus miedos, así como sus esperanzas para el futuro." (Melzack, 1973).

Parece ser que hay múltiples sistemas fisiológicos y bioquímicos que dependen por entero del sistema nervioso, y contribuyen a la susceptibilidad del dolor de cabeza. No obstante lo complicado del problema, hay un rudimentario conocimiento de algunos sistemas implicados y esto apoya soporte para algunas hipótesis; por ejemplo: una alta actividad musculoesquelética contribuye a la susceptibilidad de los sufridores para padecer este trastorno. Al igual que algunos síntomas se asocian con vasoconstricción craneal durante la fase previa al dolor (pródromos) y vasodilatación craneal en la fase de dolor propiamente dicho. No existen fuertes evidencias de que los diagnosticados como sufridores de

dolor de cabeza por contracción muscular o cefalea tensional exhiban características fisiológicas cualitativamente diferentes a las que se observan en los que padecen migraña. Por el contrario, parece que las diferencias fisiológicas son cuantitativas, es decir, el sistema fisiológico abarca más elementos y se complica cuando incrementa la severidad del dolor de cabeza.

III. PROBLEMA TEORICO CONCEPTUAL DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO.

Los costos económicos y la magnitud del dolor de cabeza crónico en México constituyen un problema que no ha sido evaluado en su justa dimensión, pero más allá de la trascendencia y los costos que pueda tener la amplia difusión del problema, también existen retos de índole conceptual y práctico. En otras palabras este trastorno revela no sólo la insuficiencia de los medios médicos tanto terapéuticos como preventivos sino también de recursos conceptuales para explicar este fenómeno, como la etiología, su desarrollo, y los agentes mantenedores de este trastorno.

En este sentido se han planteado dos modelos que entienden al fenómeno encrucijado en dos campos de conocimiento: la fisiología y la psicología compartiendo profundas afinidades. La posible disyuntiva se concreta en definir claramente lo que compete a cada una y, a partir de aquí, cómo se establece la participación interdisciplinaria.

"Las anomalías e incongruencias dentro de un modelo (el biomédico en este caso) obliga a replantear las cosas o a reestructurar los conocimientos y a reorganizar las teorías" (Penzo, 1989; p.14).

Dado lo anterior se han venido desarrollando una diversidad de manifestaciones y trabajos no sistematizados desde la década de los sesentas.

Que va desde la creación del Comité *Ad Hoc* en 1962 por el National Institute of Neurological Disease and Blindness para

formalizar el diagnóstico de dolor de cabeza, las investigaciones de Ziegler y Bakal entre los setentas y los ochentas para sustentar el modelo psicobiológico ante la falta de una amplia aceptación del modelo propuesto por el Comité *Ad Hoc*, hasta los estudios más recientes que evalúan los dos modelos anteriores y algunos que llegan a proponer otro modelo (Takeshima y Takahashi, 1988).

Estos estudios se han venido realizando porque existe una dificultad para especificar la frecuencia, la duración, la intensidad, los síntomas acompañantes, las causas, la topografía y las sensaciones, que son necesarias y suficientes para el diagnóstico de la cefalea tensional y la migraña; y las más recientes investigaciones que evalúan además las fallas metodológicas de los trabajos anteriores (Rasmussen, Jensen, y Olesen, 1991a; Solomon, Lipton, 1991; Takeshima, y Takahashi, 1988; Kröner, 1983; Bakal, Kaganov y Demjen, 1983; Ferrari, Odink, Frölich, Portielje y Bruyn, 1990; Langemark, Olesen, Poulsen y Bech 1991; Philips, 1978; Featherstone, 1985; Schlute, 1983; Rasmussen, Jensen, Olesen, 1991b)

"Los médicos frecuentemente prefieren el sistema diagnóstico operacional ya que los provee de algunos conocimientos del origen y el desarrollo de los diferentes desórdenes del dolor de cabeza. Sin embargo, un resultado que aún falta con respecto a la clasificación es: si los diferentes síntomas no indican indicativos de diferencias cualitativas del trastorno entonces ¿qué evidencias existen de los diferentes síntomas? Algunos sufridores experimen-

tan dolor unilateral, mientras que otros no, otros son similares en términos de la intensidad subjetiva de la experiencia de su dolor pero tienen síntomas marcadamente diferentes. Por ejemplo, la distinción entre la migraña y el dolor de cabeza en racimo puede existir principalmente en el nivel de los síntomas y no en el etiológico. Esto es ambas categorías aparentemente parece tratarse de dos desórdenes distintos, pero ambas pueden estar bajo el control de un proceso psicobiológico similar" (Bakal, 1982; p. 79).

Sobre esta base, Ziegler (1985) planteó dos preguntas, que han servido para una cantidad sustancial de investigaciones sobre el tema, la primera es ¿si las crisis individuales pueden ser identificadas? y la segunda ¿En qué grado los sufridores de dolor de cabeza pueden ser identificados como entes enfermos, particularmente de las dos más frecuentes diagnósticos, migraña y cefalea tensional?.

Featherstone (1985) resume las evidencias que soportan al dolor de cabeza en un *continuum* como sigue:

- 1) La Migraña y la Cefalea Tensional correlacionan más con severidad que con patrones de dolor de cabeza específicos, ya que existen muchos síntomas que se extienden a los dos.
- 2) Los estudios de EMG y respuesta vasomotora demostraron algunas similitudes entre la migraña y la cefalea tensional. La única diferencia es la presencia de la dilatación arterial durante la fase de dolor migrañoso.

3) Las diferencias de personalidad entre pacientes con los dos trastornos no han sido demostradas consistentemente y las observadas, en el mejor de los casos son de poca importancia.

4) Pocas diferencias documentadas en el tratamiento efectivo se han demostrado consistentemente para los dos tipos de alteración; aspirina y amitriptilina pueden ser empleadas en ambos tipos de desorden. Solamente compuestos con ergotamina han sido más efectivos en migraña.

5) La técnica de retroalimentación biológica y la relajación muscular son igualmente efectivas en pacientes con ambas alteraciones.

Sin embargo, Schlote (1983) plantea que el modelo de severidad puede ser considerado con valor heurístico, pero es inadecuado como propuesta diagnóstico, porque el término "severidad" nunca ha sido claramente operacionalizado.

La autora menciona que las prácticas de diagnóstico empleadas corrientemente revelan por lo menos cinco problemas, los cuales pueden haber limitado las conclusiones de los investigadores:

1) La etiqueta "cefalea tensional" tiene diferentes significados (Ziegler, 1978), algunos la usan en el sentido de contracción muscular como es definido por el Comité *Ad Hoc*. Otros como cuando los individuos sienten tensión y algunos no encuentran diferencia entre este diagnóstico y dolor de cabeza por conversión, entre otros.

2) El diagnóstico de cefalea tensional frecuentemente descansa en una evaluación de un experto, donde el criterio diagnóstico no se especifica en detalle (e.g. Bakal y Kaganov, 1979; Cohen, Rickles y McArthur, 1978; Fichtler y Zimmermann, 1973; Holroyd y Andrasik, 1978; Hutchings y Reinking, 1976; Martin y Mathews, 1978). Frecuentemente la clasificación se basa en gran medida en la exclusión de la migraña (Van Boxtol y Van der Ven, 1978; Philips y Hunter, 1981).

3) Raramente se establece la confiabilidad del procedimiento diagnóstico que se usa en un estudio particular. Los procedimientos para diagnosticar por lo general usan un reporte de retrospectiva verbal o cuestionarios.

4) Los criterios diagnósticos pueden derivarse lógicamente de la definición Comité *Ad Hoc*, pero, algunas veces no están contenidos, por ejemplo, la frecuencia del dolor de cabeza de más de tres veces por semana (Holroyd y Andrasik, 1978); ataque lento de cefalea (Hopf, 1980); tensión muscular del cuello (Cochrane, Schlutter, Golden y Blumg, 1980; Kudrow y Sutkus, 1979).

5) Los investigadores frecuentemente no determinan si los pacientes experimentan más que un tipo de dolor de cabeza y quienes lo experimentan si influye en los reportes de otros tipos de este trastorno.

Debe parecer que la perspectiva del modelo de severidad constituye una apertura radical del conocimiento del dolor de cabeza *per se*. Pero esto no es cierto, de hecho, gran parte del soporte empírico psicológico, fisiológico y datos de los síntomas

de este modelo se basa frecuentemente en argumentos de la posición teórica del modelo tradicional.

"El modelo psicobiológico no demanda que los médicos abandonen su acercamiento al diagnóstico de este padecimiento. Un trabajo que conjunte al modelo médico y al psicobiológico en términos de la evaluación de los pacientes puede ser exitoso, si se sustituye la palabra diagnóstico por la palabra descripción. La clasificación es después de todo un acercamiento apropiado cuando el desorden esta en disputa por el control de alguna condición biológica. Dado que el trastorno envuelve todos los aspectos de la función humana es por lo mismo razonable que se adopte un acercamiento que permita la descripción de todos los componentes del síndrome de dolor de cabeza. Usando la clasificación "cefalea tensional" y "migraña" descriptivamente, más que de una forma diagnóstico tiene la ventaja de facilitar información del concepto de la dinámica de interjuego que ocurre en el proceso psicobiológico del dolor de cabeza." (Bakal, 1983; p.80).

IV. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-ZARAGOZA), está ubicada en la Colonia Ejército de Oriente que pertenece a la Delegación Iztapalapa.

Localización Geográfica.

La Delegación Iztapalapa, colinda con avenidas, calles y ejes viales al norte con la Delegación Iztacalco y el municipio de Netzahualcoyotl Estado de México. Al este limita con el municipio de La Paz e Iztapaluca Estado de México, principalmente con la carretera federal México-Puebla.

Al sur colinda con las Delegaciones Tlahuac y Xochimilco el parteaguas de la Sierra Santa Catarina así como canales y calles de la zona urbana. Al oeste limita con las Delegaciones Coyoacan y Benito Juárez en las avenidas Canal Nacional, Ermita Iztapalapa y Plutarco Elías Calles.

Altitud:

Mínimo 2235 metros sobre el nivel del mar

Máxima 2750 metros sobre el nivel del mar

Superficie: 112.87 Km²

Representa el 7.52% del área total del Distrito Federal (D.F) y esta constituido por 11,330 manzanas distribuidas en 311 Areas Geoestadísticas.

Características Generales de la Delegación Política de Iztapalapa.

El uso principal del suelo en Iztapalapa es decididamente urbana.

La Delegación desde la década de los sesentas ha aumentado la densidad de su población a un ritmo creciente quedándose sin poblarse las estribaciones de la sierra de Santa Catarina y el cerro de la Estrella. Situándose como la Delegación más densamente poblada del D.F.

Tiene zonas altamente pobladas como las que se encuentran en las colonias Santa María Aztahuacan, San Sebastián Tecocoxtitlan o Santa Martha Acatitla. Las colonias de nueva creación carecen de algunos elementales servicios: agua, drenaje y luz.

El equipamiento administrativo está representado en las instalaciones del Cerro de la Estrella.

La Delegación no cuenta con suficientes áreas deportivas, ni centros culturales o sociales.

La industria se distribuye en tres zonas que son:

- a) la zona noreste al cerro de la Estrella
- b) al noroeste del antiguo pueblo de Iztapalapa
- c) al sureste del cerro de la Estrella

Cuenta con panteones como el civil de Iztapalapa y el San Lorenzo Tezonco. Dos reclusorios, el de Oriente y el de Santa Martha Acatitla. Las áreas verdes se encuentran en el Cerro de la Estrella y en la Sierra de Santa Catarina, constituidas por bosques cultivados de eucaliptos y matorrales de tipo xerófilo.

éste último prospera en los volcanes de la Sierra de Santa Catarina.

Contaminación

La principal fuente contaminante de la Delegación, de acuerdo con datos de los Programas Delegacionales de Mejoramiento Ecológico, son los vehículos automotores y otras fuentes fijas (industrias), los principales contaminantes atmosféricos son monóxido de carbono (SO₂) y ozono (O₃).

Las partículas suspendidas se constituyen de polvo proveniente del antiguo Lago de Texcoco y materia fecal depositada en calles y jardines de zona desprovista de drenaje y alcantarillado.

Topografía

La Delegación Iztapalapa se localiza sobre terrenos que en el pasado formaron parte del Lago de Texcoco a una altitud promedio de 2235 metros sobre el nivel del mar. Hace varios siglos se desarrolló una depresión tectónica que dio por resultados dos fallos que se agruparon en dos alineamientos volcánicos.

Clima

En la parte norte de la Delegación, el clima semiseco templado con régimen de lluvias en verano, con precipitación total anual menos a los 600 mm, y con lluvia invernal menor al 5% del total anual. Hacia la porción sur de la Delegación se presenta un clima templado subhúmedo con lluvias en verano, la cantidad de precipitación es de invernal es menor del 5% del

total anual. La temperatura media anual de la Delegación es de 16°c con abundancia de lluvias en los meses de Julio y agosto .

máxima: 35° c

mínima: 9° c

Producción

Las principales actividades de la Delegación Iztapalapa, la ocupan las del sector manufacturero que obtienen un ingreso de \$4,620,143 con una inversión de \$2,078,903.7 millones de viejos pesos y ganancias de \$3,011,975.

El segundo grupo lo constituye el sector comercio por el número de personal que los atiende y el último sitio lo ocupan las actividades financieras y las actividades de la minería con tres unidades de trabajo.

Existe en la Delegación Iztapalapa sólo un ejido con 378 ejidatarios, como principal actividad del sector agrario, el cultivo del maíz.

En las actuales estadísticas no se da cuenta de la existencia de una ganadería en forma o de una apicultura o porcicultura.

Comunicaciones y Transporte

La estructura de la Delegación Iztapalapa está constituida por vías controladas de acceso, así como vías radiales. Cuenta con los llamados ejes viales.

Referente al metro, en el sentido Norte-Sur están previstas la continuación de las líneas que correrán paralelas a la calzada de la Viga a José Rojo Gómez. En el sentido Oriente-Poniente, las

que irán por la Calzada de Ermita Iztapalapa y la de México-Tulyehualco.

El transporte público da servicio en el 70% del área delegacional con 67 rutas de autotransporte cubierto por los urbano de pasajeros conocidos comúnmente como rutas 100, y también prestan este servicios taxis colectivos y autobuses suburbanos.

Del mismo modo, la Delegación cuenta con los servicios de correos y telégrafos y teléfono, aunque en éste último, la expansión de líneas no ha cubierto la vasta demanda de la población.

Aspectos Soció-Demográficos

La Delegación Iztapalapa, es la Delegación con mayor densidad de la población y la de más alto crecimiento en todo el país. La ausencia de oportunidades para miles de mexicanos, el deseo de desarrollarse con mejores condiciones que le hagan acreedor a una vida digna que puedan satisfacer sus oportunidades tanto materiales como espirituales, hace a un gran número de mexicanos emigrar a la gran ciudad en busca de mejores oportunidades que la provincia no ofrece.

La Delegación Iztapalapa es la que recibe al mayor número de personas que proceden de provincia, personas que en su mayoría no cuenta con una formación adecuada para poder competir por un trabajo remunerado.

El gran número de personas que existen en la Delegación, hace prácticamente imposible cumplir con que la ciudadanía necesita, además de la falta de planeación de la ciudad.

La población con la que contó la Delegación en la década de los sesentas fue de 254355 con una densidad de 20443.66 por km², para los setentas la población creció a 522095 con una densidad de 4728.26 por km², para la década los 80's la población fue de 1262354 con una densidad de población de 11967.71, para 1990 la población ascendió a 1490981 con una densidad de población 13502.82 por km².

El crecimiento de la población y el económico de la ciudad ha marcado el desequilibrio social de la población, incrementando la concentración del ingreso y abierto la brecha entre los sectores de la población. Cifras oficiales lo confirman, 2% de la población percibe ingresos anuales de 300 millones de viejos pesos, el 10% de la población concentra el 40% de los ingresos, 75% está dentro de los rangos de la pobreza, 20% obtiene menos de un salario mínimo y un 1% no percibe remuneración.

La concentración de recursos en la ciudad se refleja directamente en la calidad de vida. De acuerdo el diagnóstico gubernamental, la situación alimentaria de la zona metropolitana de la ciudad de México (ZMCM) muestra claros síntomas de deterioro, 60% requiere de subsidios diversos, en salud, se calcula que 5 millones de personas no cuentan con los servicios de seguridad social, 806 mil personas no tienen los servicios básicos en la ciudad, concentrado principalmente en los municipios conurbados.

Los contrastes sociales tienen su expresión geográfica. A diferencia de las metrópolis Europeas y de Estados Unidos, donde hay segregación racial, en la ZMCM el fenómeno de segregación se

puede medir en términos de calidad de vida, la dotación de servicios y los niveles de ingreso varían sensiblemente entre el Distrito Federal y la zona conurbada. Un ejemplo: la dotación de agua, de la capital es de 270 litros por habitantes, pero en algunas partes de los municipios de la zona oriente apenas se alcanzan 10 litros de agua diario.

Como efecto de la política económica que ha puesto en marcha el gobierno para fomentar la inversión privada a la ciudad, con intención de convertirla en uno de los principales centros de comercio, finanzas, turismo y exportación. Se ha acelerado un proceso de expulsión de los sectores populares hacia la periferia quienes ante los altos costos derivados de la especulación del suelo se ven obligados a emigrar de la zona centro de la metrópoli. Se calcula que en los últimos años han sido expulsados 500 mil habitantes del D.F.

La delegación Iztapala es la que recibe a los que emigran de la zona centro y de las zonas rurales del país. La delegación tiene graves deficiencias para poder abastecer de agua potable a su población. Actualmente se estima que un 25% del área urbanizada carece de este elemental servicio afectándose directamente a 77 500 familias, junto con esta deficiencia la delegación enfrenta la carencia de drenaje que en esta zona se agrava por ser una de las delegaciones más bajas del Distrito Federal y donde las aguas emergen y muchas veces se construyen asentamientos humanos sin drenaje. Actualmente se estima que la carencia de este servicio afecta a medio millón de personas aproximadamente.

AGUA POTABLE	75%
DRENAJE Y ALCANTARILLADO	70%
ENERGIA ELECTRICA	90%
ALUMBRADO PUBLICO	70%
PAVIMENTACION Y TRANSPORTE	50%

Tabla 1 Cobertura de los servicios públicos en la Delegación Iztapalapa.

Salud

La carencia de una infraestructura para prevenir la enfermedad y promover la salud es notorio en toda la República Mexicana. La realidad del Distrito Federal a pesar de ser de las mejores en el país, no deja de ser contrastante.

CONTUSION DEL MIEMBRO INFERIOR	10.6%
EPILEPSIA	4.5%
TRASTORNOS NEUROTICOS	3.5%
HERIDA EN SITIOS NO ESPECIFICADOS	1.9%
INFECCION INTESTINAL	1.6%
LITIASIS RENAL Y URETRAL	1.6%
ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	1.3%
PSICOSIS DEBIDO A DROGAS	1.3%
HIPERTENSION ESENCIAL	1.3%
SINTOMAS GENERALES	1.9%
LAS DEMAS	70.4%

Tabla 2. Morbilidad general y diagnósticos más frecuentes en la Delegación Iztapalapa.

En materia de salud, el investigador Silvano Espíndola del Instituto Autónomo de México (ITAM) indica que existen alrededor de cinco millones de habitantes que no tienen acceso a servicios de salud por vía de la seguridad social, paralelamente la infraestructura existente en la ciudad no está distribuida en función de las necesidades de la población. En cuatro delegaciones (G. A. Madero, Azcapotzalco, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc.), se concentra el 34.7% de la población y cuenta con la infraestructura de servicios acorde con las necesidades de sus habitantes. En tanto jurisdicciones como Iztapalapa, Tlalpan, Tlahuac y Milpa Alta muestran un claro déficit en los servicios de salud.

Un diagnóstico de salud en la ZMCM, que considera la mortalidad por estrato ocupacional los profesionistas, técnicos y funcionarios, la mortalidad es de 3.9 por cada mil habitantes, en tanto que en los desempleados esta se eleva a 8.12%.

Respecto de las causas por defunción, la muerte por cirrosis hepática es más alta en los obreros y campesinos que en los profesionistas y técnicos. Similar situación ocurre con los homicidios, accidentes, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas en los que van de tres a uno entre obreros y profesionistas. Los problemas de salud de la delegación Iztapalapa —con una población del 18.1% del total de la ciudad y con una deficiencia de 50% de servicios en salud— se distribuyen como lo muestra la Tabla 2.

V. ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

A) Servicio Social

1. *Entrenamiento a Estudiantes en Atención Clínica:* Entrenamiento a los alumnos del Programa de Psicología de la Salud, en la atención a pacientes con Dolor de Cabeza Crónico, desde la conducción de entrevistas, hasta la realización de evaluaciones psicológicas, tratamiento y seguimiento.

2. *Atención Terapéutica Individual:* Se dió atención terapéutica a las personas que acudían a consulta por dolor de cabeza crónico que asistían con este fin a la UMAI Zaragoza. Este trabajo consistió en la realización de entrevistas, el empleo de diferentes instrumentos psicológicos de evaluación y el tratamiento del dolor de cabeza con procedimientos psicológicos. En los casos en los que era posible, se realizaban sesiones de seguimiento a los 3, 6 meses y 1 año de concluido el tratamiento.

3. *Entrevistas:* Se entrevistó a 30 sufridores de dolor de cabeza crónico, con el auxilio de una entrevista estructurada para conocer las distintas dimensiones clínicas del trastorno (período de evolución, frecuencia, duración, intensidad, topografía, análisis funcional del dolor, empleo de medicamentos, etc.) y el estado físico del paciente.

Una descripción global de los datos de dolor de cabeza de estos pacientes muestran un promedio 4.36 episodios de dolor a la semana, en un rango de uno a 9 dolores a la semana; un promedio en la duración de 77.63 horas a la semana en un rango de 1 a 320 horas como máximo; y un promedio en intensidad de 3 con un mínimo

de 1 y un máximo de 5. También se evaluaron a 10 personas con probable diagnóstico de hipertensión arterial, auxiliados con el formato de recepción y registro de presión arterial. Estas actividades formaban parte del protocolo del proyecto de investigación *Manejo de la hipertensión esencial leve con técnica para el control del estrés* que actualmente se realiza en el Programa de Psicología de la Salud. Asimismo, se participó en la captura de sujetos hipertensos para esta investigación, midiendo la presión arterial a 123 sujetos que asistieron a consulta odontológica a la UMAI Zaragoza.

4. *Evaluación Psicológica:* En esta actividad se aplicó una batería de pruebas (Historia Clínica y los inventarios de Temores, Depresión de Beck, Asertividad, Ideas Irracionales y el MMPI) a 15 pacientes con Dolor de Cabeza Crónico.

5. *Tratamiento:* Se atendió a 8 sufridores de Dolor de Cabeza Crónico. Todos fueron adiestrados en el Automonitoreo de su trastorno, en algunos casos se ofreció Entrenamiento Asertivo (EA), Reestructuración Cognitiva (RC) y/o Relajación tanto autógena como progresiva y Retroalimentación Biológica (RAB). Un resumen de los resultados muestra que de estos pacientes uno (CMO) que recibió EA, RC y RAB concluyó su tratamiento exitosamente con una disminución del 80% en la frecuencia y en la duración, y un 33% en la intensidad del dolor cabeza. Además obtuvo una mayor percepción de autoeficacia en la solución de problemas, en la toma de decisiones y una mayor autoestima como lo muestra la mejoría del 66.66% en el Inventario de Depresión de

Beck, del 33.78% en el Inventario Asertividad, 50% en la idea irracional (IBT) número 2 y 25% en la número 6 que fueron las ideas donde calificó más alto.

Los otros dos (TB) y (PD) cuyos tratamientos consistieron en EA, RC y Relajación progresiva, lo concluyeron satisfactoriamente, con una disminución del 33% y 88% en la frecuencia, de un 40.6% y 94.73% en la duración y 66.66% y 0% en la intensidad del dolor de cabeza, respectivamente. En ambos casos se apreció un cambio favorable en la autoeficacia, en la solución de problemas, en la toma de decisiones y en la autoestima como lo muestran, respectivamente, disminuciones del 84.37% y 66.66% en el Inventario de Depresión de Beck; incrementos del 35.67% y el 32.76% en el Inventario de Asertividad, decrementos del 28.57% y el 33.33% en el IBT2 y 33.33% y 25% en el IBT6.

Se presentaron cinco deserciones: tres por falta de tiempo y recursos económicos para asistir a terapia y dos por la desaparición de síntomas durante la evaluación o el tratamiento.

6. *Seguimiento:* se citó a tres pacientes de Dolor de Cabeza Crónico tres meses después de terminado el tratamiento, se les pidió que automonitorearan su dolor durante este lapso, para observar posibles cambios en la mejoría obtenida. Uno de ellos no se presentó, en otro se encontraron pocos cambios en sus resultados (presentó dos períodos poco intensos de dolor de cabeza en tres meses no afectando su autoeficacia); y en el último se encontró una reaparición de sus síntomas de dolor de cabeza (una semana con cefalea intensa) por problemas familiares; ante esto

se reforzaron las habilidades desarrolladas en el tratamiento, y se logró conseguir un mejor estado de bienestar tanto físico como afectivo.

B) Investigación

Con base en lo expuesto en los capítulos previos, como parte de las actividades del servicio social se instrumentó un proyecto para investigar acerca de la caracterización clínica de los síntomas del dolor de cabeza crónico en una muestra de los pacientes que se atendieron durante el transcurso del Servicio Social.

Problema.

1. ¿Existen síntomas que caracterizan a las diferentes clasificaciones del dolor de cabeza?
2. si los hay, ¿cuáles son?

Objetivos.

Objetivo General:

Identificar, de acuerdo con los resultados del cuestionario de síntomas del dolor de cabeza, cuál de las dos concepciones (clasificaciones de cefaleas o modelo de severidad) explica mejor el dolor de cabeza.

Objetivos particulares:

1. Evaluar si existen diferentes clasificaciones de cefalea o si el dolor de cabeza existe en un *continuum*.

2. Observar si existen síntomas característicos de una clasificación.

Hipótesis.

Ho: No existen categorías discretas como diagnóstico de los sufridores de dolor de cabeza.

Ha: El dolor de cabeza crónico se clasifica en categorías discretas

Variable Independiente: clasificación del dolor de Cabeza crónico de acuerdo al IHS

Variable Dependiente: Síntomas reportados del Dolor de Cabeza.

METODO

Sujetos

Participaron 30 sujetos de ambos sexos con Dolor de Cabeza Crónico, entre las edades de 15 y 60 años, seleccionados mediante un muestreo no aleatorio intencional, de la UMAI Zaragoza. Los pacientes fueron asignados a uno de dos grupos, de 15 sujetos cada uno, con base en el diagnóstico diferencial del dolor de cabeza. El Grupo 1 estuvo formado por pacientes con diagnóstico de Cefalea Tensional y el Grupo 2 por sufridores con diagnóstico de Cefalea Migratoria.

Participaron para clasificar a los sufridores de dolor de cabeza, cinco psicólogos y un médico, entrenados en diagnosticar de acuerdo al IHS.

Criterios de Selección

La selección de los sujetos se hizo mediante un muestro no aleatorio intencional (i.e. se emplearon un criterio y un esfuerzo deliberados para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra (Kerlinger, 1985; p.92)

Los criterios de inclusión fueron:

-Antecedentes del dolor de cabeza de por lo menos seis meses de evolución

-Rango de edad entre 15 y 60 años

-Escolaridad: mínimo saber leer y escribir y/o sin problemas de comprensión importantes.

Los criterios de exclusión fueron:

-sufridores de cefalea mixta.

-presentaran alguna de las siguientes patologías:

*Antecedentes psiquiátricos de tipo psicótico o esquizofrénico

*anemia clínica o de laboratorio

*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)

*Consumo indiscriminado de carne de cerdo o antecedentes personales o familiares de teniasis por *taenia solium*

*Patología sinusal (frontal, maxilar o etmoidal)

- *Consumo indiscriminado de alcohol
- *Otitis, mastoiditis e inflamación del conducto auditivo externo
- *Anomalías anatómicas o traumatismo de la nariz
- *Patologías oftálmicas (irritación o inflamación conjuntivales, defectos de refracción como astigmatismo, etc.)
- *Padecimientos de la columna cervical, traumatismo inflamatorio de vías respiratorias altas
- *Antecedentes inmediatos de padecimientos de naturaleza tóxica o alérgica
- Pacientes en los cuales los siguientes estudios revelan alguna alteración:
 - *Fondo de ojo
 - *Biometría hemática
 - *Química sanguínea

Materiales

Cuestionario de Síntomas de Dolor de Cabeza originalmente desarrollado por Epstein y Abel (1977), que obtiene sistemáticamente 21 autoreportes de síntomas (frecuencia, duración, intensidad, síntomas acompañantes, causa y topografía) como una adición en el diagnóstico y tratamiento de migraña y cefalea tensional. Evalúa cuatro factores, el primero incluye los reactivos 4, 6, 8, 18 y 19 de **cefalea tensional**; el segundo los ítems 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17 y 20 de **migraña**; el tercero 1, 2 y 3 de **cefalea mixta** y el cuarto los reactivos 14, 15 y 16 del uso de medicamen-

tos. Cada ítem es puntuado entre 1 (nunca) y 5 (siempre) (v. anexo 1).

Cuestionario de Dolor de Cabeza elaborado por Rojas (1989), que contempla las siguientes áreas: datos generales, motivo de consulta antecedentes personales y familiares de la cefalea, especificaciones del dolor de cabeza (dimensiones del dolor, topografía del dolor, etc.), análisis funcional del dolor y tratamientos actuales contra el dolor (v. anexo 2).

Escenario

La recepciones de los sujetos se llevaron acabo en el cubículo del programa Psicología de la Salud en la planta alta del anexo a la UMAI Zaragoza (E.N.E.P. Zaragoza) con dimensiones de aproximadamente 3 metros cuadrados el cual contaba con un escritorio y dos sillas.

Diseño

Se empleó un diseño de tipo *Ex Post Facto* debido a que "No se tiene control directo sobre la variable independiente, porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias directas sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes" (Kerlinger, 1975; p. 268).

Procedimiento

Se aplicó el Cuestionario de Síntomas de Dolor de Cabeza en una sesión de 10 a 15 minutos; Con base en la recepción, la evaluación médica neurológica y el cuestionario de dolor de cabeza (Rojas, 1989), se decidió el diagnóstico del paciente, de acuerdo con la International Headache Society (IHS)

RESULTADOS

Demográficos. La Tabla 3 muestra las características demográficas de la muestra. Se puede observar que el promedio de edad de los 30 sujetos fue de 32 años con un rango entre los 15 y los 59. En cuanto a la variable sexo, el 86% (N=26) de los pacientes fueron mujeres y el 14% (n=4) hombres. Las personas con diagnóstico de cefalea tensional (grupo 1) tuvieron un período de evolución promedio de 9.6 años con un rango entre 1 y 35; y los migrañosos mostraron una media de 15.4 años en el período de evolución y un rango entre 2 y 42 años (Tabla 3). A pesar de la notoria diferencia entre las medias de esta variable la prueba *t* no mostró diferencias significativas.

Síntomas del Dolor de Cabeza.

Para establecer las diferencias en la sintomatología entre los dos grupos diagnósticos se compararon los puntajes de los diferentes factores que evalúan los reactivos del Cuestionario de Dolor de Cabeza con el Análisis de Varianza en una dirección de Kruskal-Wallis.

	Cefalea Tensional	Migraña
N	15	15
Sexo		
Fem.	15	11
Masc.	0	4
Edad (años)		
Media	30.86	33.53
Mínimo	16	15
Máximo	44	59
d.s.	8.07	14.83
Periodo de Evol. (años)		
Media	9.66	15.4
Mínimo	1	2
Máximo	35	42
d.s.	9.95	14.10

Tabla 3. Distribución de los sujetos por Grupo, Sexo, Edad y Periodo de Evolución

De esta forma, en los reactivos que evalúan los síntomas de cefalea tensional, se observó una diferencia significativa entre los grupos ($H=6.40$; $p=0.02$). Mientras que no ocurrió lo mismo en los reactivos que evaluaban los síntomas de migraña, de cefalea mixta y el uso de medicamentos ($H=1.60$, $p < 0.3$; $H=0.22$, $p < 0.70$ y $H=0.22$, $p < 0.70$, respectivamente) (Tabla 4). Las Figuras 2 a 5 muestran las sumas de las respuestas a los reactivos que evaluaban los cuatro factores para ambos grupos diagnósticos.

Síntomas en ambos grupos	H
Cefalea tensional	6.40 *
Migraña	1.60
Cefalea Mixta	0.22
Medicamentos	0.22
H=Kruskal-Wallis	
*p < 0.05	

Tabla 4. Factores del cuestionario de síntomas del dolor de cabeza.

Tabla 5. Frecuencias de las respuestas por reactivo del Cuestionario de Síntomas del Dolor de Cabeza (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Algunas veces; 4=Casi siempre; 5=Siempre).

Ítem	Descripción	Frecuencia				
		1	2	3	4	5
CEFALEA MIXTA						
1	Me despierto con dolor de cabeza.					
	Cefalea Tensional	0	1	9	4	1
	Migraña	1	4	6	4	0
2	Mi dolor de cabeza desaparece en menos de 24 horas.					
	Cefalea Tensional	1	0	6	5	3
	Migraña	1	0	4	3	7
3	Padezco episodios repentinos de dolor de cabeza.					
	Cefalea Tensional	2	1	7	3	2
	Migraña	1	6	4	2	2
CEFALEA TENSIONAL						
4	El dolor de cabeza es más intenso al final de un día de trabajo.					
	Cefalea Tensional	2	2	7	2	2
	Migraña	4	4	2	3	2

It em	Descripción	Frecuencia				
		1	2	3	4	5
6	Mi dolor de cabeza es como una tensión o una presión externa que actuara sobre mi cabeza (como una cinta o un sombrero muy apretado).					
	Cefalea Tensional	2	1	3	7	2
	Migraña	6	3	1	1	4
8	Mi dolor comienza en el cuello, hombros o detrás de la cabeza (nuca o cerebro).					
	Cefalea Tensional	4	1	4	3	3
	Migraña	7	2	4	0	2
18	Mi dolor de cabeza aparece durante períodos de tensión.					
	Cefalea Tensional	0	0	3	4	8
	Migraña	1	3	3	3	5
19	El dolor de cabeza es constante o aparece prácticamente siempre.					
	Cefalea Tensional	0	0	2	5	8
	Migraña	4	4	0	3	4
MIGRAÑA						
5	El dolor lo siento como latidos muy fuertes en la cabeza					
	Cefalea Tensional	1	1	2	6	5
	Migraña	5	1	3	2	4
7	Mi dolor comienza en un lado de la cabeza.					
	Cefalea Tensional	4	1	3	3	4
	Migraña	1	0	3	3	8
9	Durante el dolor de cabeza no tolero la luz y el ruido.					
	Cefalea Tensional	3	1	6	2	3
	Migraña	1	1	5	1	6
10	Antes del dolor de cabeza siempre tengo trastornos visuales como aparición de estréllas, manchas negras, visión doble y/o trastornos auditivos como zumbidos, que me avisan que voy a tener dolor de cabeza.					
	Cefalea Tensional	5	4	2	3	1
	Migraña	5	1	2	2	5
11	Durante el dolor de cabeza me siento irritable.					
	Cefalea Tensional	0	0	3	6	6
	Migraña	2	0	4	2	7

Item	Descripción	Frecuencia				
		1	2	3	4	5
12	Cuando me duele la cabeza también tengo náuseas y vómito.	8	0	4	2	1
	Cefalea Tensional	2	1	5	2	5
13	Migraña					
	El dolor de cabeza empeora si hago esfuerzo, toso o levanto algún objeto pesado.	1	2	5	4	3
17	Cefalea Tensional	5	1	2	0	7
	Migraña					
20	Mi dolor de cabeza aparece durante períodos de relajación.	6	3	4	2	0
	Cefalea Tensional	5	1	6	2	1
21	Migraña					
	Mi dolor de cabeza es tan intenso que cuando aparece no me permite hacer nada.	1	3	6	3	2
21	Cefalea Tensional	3	1	2	4	5
	Migraña					
21	Durante el dolor de cabeza mis sienes se hinchan y se vuelven sensibles y dolorosas.	4	0	1	6	4
	Cefalea Tensional	4	0	3	2	6
21	Migraña					
MEDICAMENTOS						
14	El dolor de cabeza disminuye si consigo relajar los músculos del cuello.	4	3	5	2	1
	Cefalea Tensional	5	1	4	2	3
15	Migraña					
	La aspirina, mejoral y medicamentos similares me alivian el dolor de cabeza.	3	1	6	5	0
16	Cefalea Tensional	5	1	7	1	1
	Migraña					
16	Me han recetado un medicamento para evitar las crisis del dolor.	4	1	2	4	4
	Cefalea Tensional	4	0	3	3	5
16	Migraña					

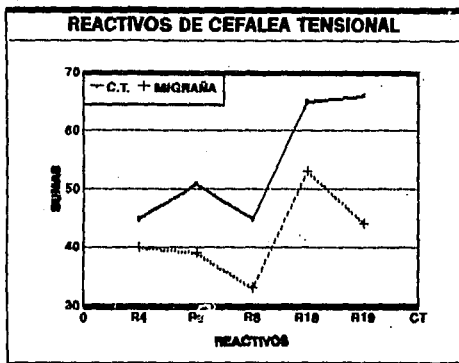


Figura 2. Distribución de las respuestas por grupo diagnóstico a los reactivos del factor Dolor de Cabeza Tensional.

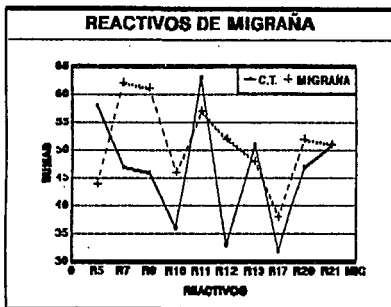


Figura 3. Distribución de las respuestas por grupo diagnóstico a los reactivos del factor Migraña.

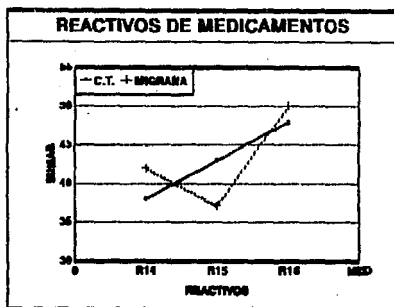


Figura 4. Distribución de las respuestas por grupo diagnóstico a los reactivos del factor medicamentos.

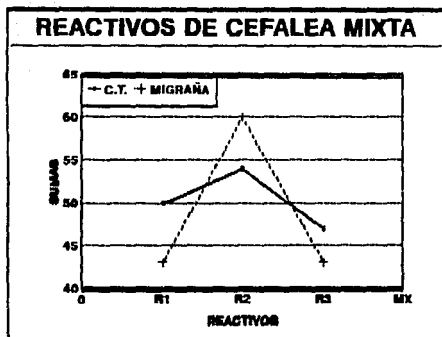


Figura 5. Distribución de las respuestas por grupo diagnóstico a los reactivos del factor Dolor de Cabeza Mixto.

DISCUSION

El propósito del presente trabajo consistió en establecer la existencia de las diferentes sintomatologías que caracterizan a las clasificaciones del dolor de cabeza crónico de acuerdo al International Headache Society (1988).

En términos generales, los resultados encontrados no permiten aceptar la hipótesis que establece la existencia de síntomas específicos para cada categoría. Por el contrario, parecen corroborar el modelo de severidad propuesto por Bakal (1982). Asimismo, los datos aquí encontrados son afines a los reportados en otros estudios (Bakal y Kaganov, 1977, 1979; Featherstone, 1985; Kaganov, Bakal y Dunn, 1981; Takeshima y Takahashi, 1988; Waters, 1974; Ziegler, 1972; Ferrari y Odin, 1990, entre otros) pues, concluyen que los sujetos sufriendores de cefalea, exhiben características individuales únicas, existiendo su trastorno en un *continuum*.

Sin embargo, existen síntomas que los sufriendores de Cefalea Tensional reconocieron como característicos de su padecimiento: 1) dolor de cabeza que aparece durante periodos de tensión y 2) dolor que es constante o aparece prácticamente siempre. Con respecto a este punto se puede decir que los pacientes que padecen este trastorno identifican a sus problemas como desencadenantes de su padecimiento y al reconocer la frecuencia de este, reafirman la tesis de Bakal que las diferencias son cuantitativas, no cualitativas.

Por lo que, los presentes resultados difieren de los hallazgos de Arena, Blanchard, Andrasik y Dudek (1982), ya que en el análisis factorial que realizaron del Cuestionario de Síntomas de Dolor de Cabeza apoya la existencia de dos categorías globales de cefalea comúnmente aceptadas vascular/migraña y contracción muscular/cefalea tensional.

Sin embargo, los resultados encontrados aquí señalan que los sufridores de los dos diagnósticos puntuaron homogéneamente en los reactivos que caracterizan tanto los síntomas de migraña, cefalea mixta y medicamentos; pudiendo inferir, acerca de la afirmación de Bakal (1983), que los sufridores de dolor de cabeza crónico al paso del tiempo presentan una mezcla de síntomas que cambian su desorden original.

El que estos resultados reafirmen el modelo psicobiológico tiene implicaciones importantes en la evaluación y el tratamiento del dolor de cabeza crónico, ya que este modelo demanda un cambio conceptual y práctico en el acercamiento a este trastorno. Conceptual porque se observa a la cefalea de cada sujeto como única, de acuerdo al interjuego de variables (tanto físicas como psicológicas) entre el individuo y su medio ambiente. Práctico, porque sugiere un enfoque alternativo al del diagnóstico específico por uno basado en descriptores del padecimiento. Cuando se etiqueta a un paciente con una clasificación resulta más difícil que conceptualice su desorden con características únicas por su personalidad y el medio ambiente que lo rodea y como consecuencia se le niega la posibilidad de ser parte activa en el mejoramiento.

de su salud. (Bakal, 1983). Asimismo, la etiqueta puede implicar una rigidez en el manejo clínico del paciente, en la medida en la que el médico asume directamente características específicas e invariables en el padecimiento.

Lo anterior repercute además en el tratamiento médico y psicológico. En el ámbito médico, el más usado es el farmacológico, el cual dependerá del diagnóstico, pero, las drogas no pueden regular un desorden psicobiológico y único no solamente en términos de configuración de síntomas en los sufridores, sino también en términos de los pensamientos y los sentimientos que acompañan al trastorno en ellos (Bakal, 1982).

El tratamiento psicológico tendría que modificarse de acuerdo al planteamiento de este modelo ya que se adaptaría una determinada estrategia con base en el dolor de cabeza de cada individuo.

Por otra parte, los alcances de este trabajo se pueden plantear en el ámbito de la salud y sobre todo en el psicológico, ya que siendo este padecimiento tratado generalmente por médicos, estos no llegan a reconocer totalmente la importancia de una evaluación precisa para un buen tratamiento. Psicológico porque obliga a replantear el concepto de individuo como ser único aunque inmerso en una sociedad.

En cuanto a las limitaciones en esta investigación es importante enfatizar lo complejo del estudio de los síntomas de dolor de cabeza crónico, ya que es una área evidentemente subjetiva. Dado que el trabajo sólo se basó en datos proporcionados

por los sufridores en el momento de la aplicación del cuestionario esto pudo haber favorecido una inclinación hacia los más recientes y/o los ataques más severos de su trastorno. Además, la frecuente coexistencia de diferentes formas de cefaleas podría haber ocasionado que los pacientes no hubieran podido definir claramente los diferentes tipos de dolor cuando respondieron el cuestionario.

Un hecho que también llama la atención en este estudio fue el no haber incluido el diagnóstico de cefalea mixta. Dado que por definición esta categoría incluye síntomas tanto de migraña como de cefalea tensional es posible que de haberlo hecho, esto hubiera dado luz para conocer cuál de los dos diagnósticos le es más afín. Sin embargo, también hubiera dificultado hacer una definición precisa en los diagnósticos ya mencionados, ya que el principal objetivo en esta investigación fue saber si las dos clasificaciones presuntamente extremas podían por sí solas agrupar los síntomas del dolor de cabeza crónico.

Por otro lado, los resultados pudieron haber sido influenciados por los diagnosticados como migrañosos porque la mayoría de ellos padecía migraña sin aura. Existe dificultad en delinear la distinción entre los ataques de migraña sin aura y cefalea tensional como lo muestra un estudio de la frecuencia comparativa realizada en pacientes japoneses (Ziegler, 1985). De hecho, las características más prevalentes de migraña sin aura son su localización unilateral, dolor pulsátil y un dolor de moderado a severo, asociado con náuseas, fotofobia y/o fonofobia; estas

características ocurren en un alto porcentaje en pacientes con cefalea tensional (IHS, 1988). Por lo que los criterios del IHS deben ser sensitivos (identificar correctamente la migraña) y específicos (excluir correctamente la no migraña). Alta sensibilidad puede resultar una pérdida de especificidad, algunos pacientes que pueden haber sido diagnosticados como sufridores de cefalea tensional pueden también ser clasificados como migraña sin aura.

En suma, si bien es cierto que esta investigación no permite concluir totalmente cuál de los dos modelos explica mejor el dolor de cabeza crónico, si deja claro que la evaluación que usualmente se utiliza (reporte verbal o aplicación de un cuestionario de acuerdo al IHS), no es suficiente para acercarse al problema.

Por otra parte aunque se cuidó con detalle que la clasificación dada a los sufridores fuera precisa, es posible que los diagnósticos *a priori* hubieran estado equivocados.

Finalmente, este trabajo abre líneas para futuras investigaciones que pueden salvar las limitaciones de este trabajo e incluir otras variables que enriquecerán el tema del dolor de cabeza crónico. Por ejemplo, emplear una muestra más grande y una prueba o paramétrica como es el análisis factorial; incluir las variables de frecuencia, duración, intensidad y período de evolución medidas objetivamente (monitoreo) para observar las modificaciones cuantitativas en el tiempo, abarcar otros diagnósticos (por ejemplo, cefalea mixta, cefalea en racimo, etc.),

realizar una distinción entre migraña con aura y migraña sin aura para observar si existen diferencias entre cefalea tensional y migraña sin aura, etc.

Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, el estudio también permite apreciar la complejidad que entraña el fenómeno del dolor de cabeza crónico y la necesidad de seguir avanzando en su estudio con el doble propósito de comprenderlo mejor y desarrollar estrategias más eficaces que permitan manejarlo y prevenirlo.

REFERENCIAS

- Ad hoc committee on the classification of headache (1962). Classification of headache. Journal of the American Medicine Association, 2, 717-718.
- Aguirre, R. (1986). Aspectos biopsicológicos del dolor de cabeza vascular y tensional. Salud Mental, 2, 32-35.
- Alvarez, W.C. (1947). The migraineous personality and constitution, A study of 500 case. American Journal Medicine Science, 213, 1-8.
- Anthony, M. y Lance J. W. (1975). The role of Serotonine in Migraine. En: Pearce, J. (Ed). Modern Topics in Migraine. (pp.107-123). Londres: W Heinemann.
- Appenzeller, O., Davison, K., y Marshall, J. (1983). Reflex vasomotor abnormalities in the hands of migrainous subjects. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 26, 447-450.
- Andrasik, F., Blanchard, E.B., Arena, J.G., Teders, S.J., Teevan, R.C. y Rodichok, L.D. (1982). Psychological functioning in headache sufferers. Psychosomatic Medicine, 44, 171-182.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1984). The rol of affect in the etiology of chronic headache. Journal Psychosomatic Res. 28, 79-86.
- Arena, J.G., Andrasik, F. y Blanchard, E. B. (1985). The role of personality in the etiology of chronic headache. Headacha, 25, 296-301.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B., Andrasik, F. and Dudek, B.C. (1982) The headache Symptom Questionnaire: Discriminant Classificatory Ability and Headache Syndromes Suggested by a Factor Analysis. Journal of Behavioral Assessment, 4(1), 55- 69
- Bakal, D. (1982). The psychobiology of chronic headache. New York: Springer.
- Bakal, D.A. y Kaganov, J.A. (1979). Symptom characteristics of chronic and nonchronic headache sufferers. Headache, 12, 185.
- Bakal, D., Kaganov, J. y Demjen, S. (1983). Headache assessment from a severity perspective. En Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. Perspectives in Research on headache, (pp.45-55). Lewinton, New York:c.d. Hogrefe.

- Barrie, M.A., Fox, W.R., Weatherall, M., and Wilkinson, M.I.P. (1968) Analysis of symptoms of patients with headache and their response to treatment with ergotamine derivatives. Quarterly Journal of Medicine, 146, 319-336
- Beecher, H.A. (1946). Pain in men wounded in battle. Annals of Surgery, 123, 96-105.
- Bischoff, C. y Traue, H.C. (1983). Miogenic headache. En Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. (Eds.) Perspectives in Research on Headache, (pp.66-114). Lewinton, New York: C.D. Hogrefe.
- Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1985) Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanchard, E.B., Andrasik, F. y Arena, J.G. (1984). Personality and chronic headache. En Maher, B.A. y Maher W.B. (ed.). Progress in experimental personality research. (Pp. 303-364). New York: Academic Press.
- Blanchard, E.B., O'Keefe, D., Neff, D.F., Jurish, S. y Andrasik, F. (1981). Interdisciplinary agreement in the diagnosis of headache types. Journal of Behavioral Assessment, 3, 5-9.
- Brown, B. (1979). Clinical uses of EMG biofeedback relaxation. En: Bantam Books (Ed.), Stress and the art of biofeedback. New York: Spectrum publications Inc.
- Budzynsky, T., Stoyva, J. y Adler, C. (1970). Feedback induced relaxation: application to tension headache. J Behav Ther Exp Psychol, 1, 205-211.
- Campuzano, D. (1987). El dolor, una reacción de defensa. Gaceta UNAM, julio 27.
- Cochrane Schlutter, L., Golden, C.J. y Blume, H.G. (1980). A comparison of treatments for prefrontal muscle contraction headache. British Journal of Medical Psychology, 53, 47.
- Cohen, M.J., McArthur, D.L. y Rickles W.H. (1980). Comparison of four biofeedback treatments for migraine headache: Physiological and headache variable. Psychosom Med, 5, 463-480.
- Cohen, M.J., Rickles, W.H. y McArthur, D.L. (1978). Evidence for physiological response stereotypy in migraine headache. Psychosomatic Medicine, 40, 344.
- Credidios, S. (1982). Comparative effectiveness of patterned biofeedback vs. meditation training on EMG and skin temperature changes. Behavior Research & Therapy, 20, 233-241.

- Dalessio, D.J. (1976). Disorders of Immune mechanisms and headache. En: Appenzeller, O. (Ed.), Pathogenesis and treatment of headache, New York: Spectrum Publications, Inc.
- De la Fuente J.R., Pucheu, C. y Medina, M.E. (1985). La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar de prospectivo. En: A. Velázquez Arellano (Comp.), La Salud en México y la investigación clínica: Desafíos y oportunidades para el año 2,000. México D.F.: UNAM.
- De Lozier, J.E. y Gagnon, R.O. (1975). National ambulatory medical care survey: 1973 summary, United States (HEX Publication No. HRA 76-1772) Washington, U.S. Government Printing Office.
- Dermitt, S. y Friedman, R. (1987). Stress and headache: A critical review. Stress Medicine, 3, 285-292.
- Diamond, S., y Dalessio, D.J. (1978). The practicing physicians approach to headache. (2a. ed.), Baltimore: Williams & Wilkins.
- Donald, J. y Dalessio, M.D. (1985). Is there a difference between classic and common migraine?. Arch Neurol, 42, 53-57.
- Elliot, F.A. (1944). Tender muscles in sciatica: Electromiographic studies. The Lancet, 1, 47-49.
- Epstein, L.H. y Abel, G.G. (1977). An analysis of biofeedback training effects for tension headache patients. Behavior Therapy, 8, 34-47.
- Fichtler, H. y Zimmermann, R. (1973). Changes in reported pain from tension headache. Perceptual and Motor Skills, 36, 712.
- Fahion, S. (1977). Autogenic biofeedback for migraine. Mayo Clinic Proceedings, 52, 776-784.
- Featherstone, H.J. (1985). Migraine and muscle contraction headache: A continuum. Headache, 25.
- Ferrari, M.D., Odink, J., Frölinch, M., Portielje, J.E.A. y Bruyn, G.W. (1990). Methionine-Enkephalin in migraine and tension headache, differences between classic migraine, common migraine and tension headache and changes during attacks. Headache, 30, 160-164.
- Friedman, A.P. (1976). Migraine. En: Appenzer, O. (Ed.), Pathogenesis and treatment of headache, New York: Spectrum Publications.

- Friedman, A.P. y Brenner, C. (1950). Psychological mechanisms in chronic headache. Assoc Res Nerv Ment, 19.
- Friedman, A. P., von Storch, T. J. C., & Merritt, H.H. (1964) Migraine and Tension Headache: A Clinical Study of two thousand cases. Neurology, 14, 773-780. Cit. en: Bakal, D. (1982). The psychobiology of chronic headache. New York: Springer.
- Gershon, S. (1986). Chronic pain: Hypothesized mechanism and rationale for treatment. Neuropsychobiology, 15, 22-27.
- Graham, J.R. y Wolff H.G. (1938). Mechanism of migraine headache and action of ergotannine tartrato. Archives of Neurology and Psychiatry, 39, 737,763.
- Graham, J.R. y Wolff, H.G. (1938). Mechanism of migraine headache and action of ergotannine tartrato. Archives of Neurology and Psychiatry, 39, 737-763.
- Granados, D.A. (1987). Depresión en pacientes con dolor crónico benigno. Tesis en maestría. Facultad de Medicina, UNAM.
- Haynes, S.N., Griffin, P., Mooney, D. y Parise, M. (1975). Electromyographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment for muscle-contraction headache. Behavior Therapy, 6, 672-678.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988). Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. Cephalalgia, 8 (7), 1-96
- Hinsey, J. C. (1928). Observations on the innervation of the blood vessels in skeletal muscle. Journal of Comparative Neurology, 47, 23-65.
- Holroyd, K.A. y Andrasik, E. (1978). Coping and the self-control of chronic headache. Journal Consulting Clinical Psychiatry, 46, 1036-1045.
- Hopf, H.C. (1980). Differential diagnose des Kopfschmerzer. Thetapiewoche, 30, 374.
- Hunter, M., & Phillips, C. (1981). The experience of headache -an assessment of the qualities of tension headache pain. Pain, 10, 209-219 Cit. en: Bakal, D. (1982) The psychobiology of chronic headache. New York: Springer.
- Hutchings, D.F. y Reinking, R.H. (1976). Tension headache. What form of therapy is most effective?. Biofeedback and Self-Regulation, 1, 183.

- Hutchings, D. y Reinking, R. (1976). What form of therapy is most effective?. Biofeedback and Self-Regulation, 1, 183-190.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. (1990). Iztapalapa: Cuaderno de información básica delegacional. Departamento del Distrito Federal.
- Johnson, W.G. y Turin, A. (1975). Biofeedback treatment of migraine headache: A systematic case study. Behavior Therapy, 6, 394-397.
- Kerlinger F. (1985). Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México: Interamericana.
- Kolb, L.C. (1963). Psychiatric aspects of the treatment of headache. Neurology, 13.
- Kröner, B. (1983). The empirical vality of clinical headache classification. En Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. Perspectives in Research on Headache. (pp.56-65), Lewinton, New York:C.D, Hogrefe.
- Kudrow, L. y Sutkus, B.J. (1979). MMPI pattern specificity in primary headache disorders. Headache, 19, 18-24.
- Langemark, M., Olesen, J., Poulsen, D.L. y Bech, P. (1991). Clinical characterization of patients with chronic tension headache. Headache, 28, 590-596
- Martin, M. (1978). Psychogenic factors in headache. En: Friedman, A. (Ed.). Headache and related pain syndromes. The Medical Clinics of North America, 62 559-570.
- Martin, P.R.(1987). Classification of headache: The need for a radical revision. Cephalalgia, 5, 1-4.
- Martin, P.R. y Mathews, A. M. (1978). Tension headache: Psychophysiological investigation and treatment. Journal of Psychosomatic Research, 22, 389-399.
- Martin, J.J., Rome, H.F., Swenson, W.H. (1967). Muscle-contraction headache: A psychiatric review. Res Clin Stud Headache, 1.
- Melzak, R. y Wall, P.D.(1973). Pain mechanisms: A new theory. Science, 150, 971-979.
- Mitchel, K.R. y Mitchel, D.M. (1971). Migraine: An exploratory treatment of migraine with behavior therapy techniques. British Journal of Psychiatry, 17, 533-534.

- Nattero, G. (1984). Headache Therapy. En Benedetti cols.(Ed.). Advances in Pain Research and Therapy, New York: Raven Press.
- Olesen, J. (1978). Some clinical features of the acute migraine attack. An analysis of 750 patients. Headache, 18, 268-271.
- Olesen, J. (1981). Effect of serotonin on regional cerebral blood flow in man. Cephalalgia, 1, 7-10.
- Palacios, P. y Rojas, M.E.(1986). Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico. Proyecto de Investigación. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M., México D.F.
- Pearce, S. y Morley, S. (1981). An experimental investigation of pain production in headache patients. British Journal Clinical Psychological, 20, 275-281.
- Pearce, J.M.S. (1984). Migraine. A cerebral disorder. The Lancet, 1, 86-89.
- Penzo, W. (1989) El dolor crónico, Aspectos Psicológicos. Barcelona: Martínez Roca.
- Philips, C. (1978). Tension headache: theoretical problems. Behaviour, Research and Therapy, 16, 249-261.
- Philips, C. y Hunter, M. (1981a). The treatment of tension headache. II. EMG "normality" and relaxation. Behaviour Research and Therapy, 19, 499-501-
- Philips, C. y Hunter, M. (1981b). The treatment of tension headache. I. Muscular abnormality and biofeedback. Behavior, Research and Therapy, 19, 485-498.
- Rappaport, N.B., McAnulty, D.P., Waggoner, C.D. y Brantley, P.J. (1987). Cluster analysis of minnesota multiphasic personality inventory (MMPI). Profiles in a chronic headache population. Journal of Behavioral Medicine, 10, 49-60.
- Raskin, N.H. y Appenzeller, O.(1980). Headache. En Saunders, W.B. Major Problems in Internal Medicine. Philadelphia:Saunder.
- Rasmussen, B.K., Jensen R.M. y Olesen, J. (1991a). A population-based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. Cephalalgia, 11, 129-134.
- Rasmussen, B. k., Jensen, R.M., Olesen J.M.D. (1991b) Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. Headache, 31(5), 290-295.

- Reinhard, J.F. y Liebmann, J.E. y Scholsberg, A.J. (1979). Serotonin neurons project to small blood vessels in the brain. Science, 206, 85-87.
- Rodbards, S. (1970). Pain associated with muscle contraction. Headache, 10, 105-115.
- Rojas-Russell, M.E. (1989). Cuestionario de Dolor de Cabeza. E.N.E.P. Zaragoza-Fac Psicología, U.N.A.M.
- Rojas M.E. y Figueroa, C. (1992). Descripción clínica de la consulta por dolor de cabeza en la clínica del dolor del hospital general de Ecatepec. Proyecto de Investigación. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M., México D.F.
- Sargent, J., Green, E. y Walters, E. (1972). The use of autogenic training in pilot study of migraine and tension headache. Headache, 12, 120-125.
- Sargent, J.D., Walters, E.D. y Green, E. (1973). Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headache. Psychosomatic Medicine, 35, 129-135.
- Saxena, P.R. y De Vlaam-Scheuter G.M. (1974). Role of some biogenic substances in migraine and relevant mechanisms in anti-migraine action of ergotamine studies in an experimental model for migraine. Headache, 13, 142-172.
- Schoenfeld, W.N. (1980). El dolor. Un reporte verbal. En: V.A. Colotla, V.M. Alcaraz, R.S. Schuster (Eds.). Modificación de conducta: Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica: México D.F.: Trillas.
- Schoenmaker, J.N. y Curazao, W. (1987). Evaluación psicológica del alivio del dolor. En: Beks, J.W. El manejo del dolor. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Schlote, B.M. (1983). Diagnostic procedures for the diagnosis of myogenic headache. En: Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. Perspectives in Research on Headache. (Pp. 91-102). New York: C.D. Hogrefe.
- Siegel, S. (1988). Estadística no paramétrica. México: Trillas.
- Silver, B., Blanchard, E.B., Williamson, D.A. y Theobald, D.E. (1979). Temperature biofeedback and relaxation training in the treatment of migraine headache: One year Follow-up. Biofeedback and Self Regulation, 4, 359-366.
- Solomon S., y Lipton, R.B. (1991) Criteria for the diagnosis of Migraine in clinical Practice. Headache, 31(6), 384-387.

- Solomon, S., Guglielmi, K. y Smith, Ch.R. (1988). Common migraine: Criteria for diagnosis. Headache, 28, 124-129.
- Son, D.A. Silver, B.V. (1973). Temperature biofeedback in the treatment of migraine headache: controlled evaluation. Arch Gen Psychiatry, 35, 581-588.
- Spierings, L.H. (1988). Recent advances in the understanding of migraine. Headache, 28, 655-658.
- Sternbach, R.A., Dalessio, D.J., Kunzel, M. y Bowman, G.E. (1980). MMPI patterns in common headache disorders. Headache, 20, 311-315.
- Takeshima, T. and Takahashi K. (1988) The Relationship between Muscle Contraction Headache and Migraine: A Multivariate Analysis Study. Headache, 28(4), 272-277.
- Tellaache, C.A. (1986). Aspectos biopsicológicos del dolor de cabeza vascular y tensional. Salud Mental, 2, 32-37.
- Turin, A. y Johnson, W.G. (1976). Biofeedback therapy for migraine headache. Archives of General Psychiatry, 33, 517-519.
- Wallis, C. (1984). Unlocking pain's secrets . Time, 123, 58-66.
- Williamson, D.A. (1981). Behavioral treatment of migraine and muscle-contraction headache: Outcome and theoretical explanations. En: M. Hersen, R.M., Eisler y Miller, P.M. (Eds.). Progress in behavior modification, 11. Orlando: Academic Press.
- Wolff, H.G. (1937). Personality features and reactions of subject with migraine. Archives of Neurological Psychiatry, 37, 895-918.
- Ziegler, D.K. (1978). Tension headache. Medical Clinics of North American, 62, 495-501.
- Ziegler, D.K. (1979). Headache syndromes: Problems of definition Psychosomatics, 20, 443-446.
- Ziegler D.K. (1985) The Headache symptom. How many entities? Archives of Neurology, 42, 273-274.
- Ziegler D. K., Hassanein, R., and Hassanein, K. (1972). Headache syndromes suggested by factor analysis of symptom variables in a headache prone population. Journal of Chronic Diseases, 25, 353-363.

A N E X O S

I. CUESTIONARIO DE SINTOMAS DE DOLOR DE CABEZA

II. CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

CUESTIONARIO DE SINTOMAS DE DOLOR DE CABEZA

Nombre: _____ Edad: _____ P.Evol.: _____

Instrucciones: A continuación usted encontrará una serie de enunciados que describen algunas características del dolor de cabeza. Por favor tache para cada una de las afirmaciones, qué tan frecuentemente se presentan en usted estas características. Utilice la escala que se encuentra abajo de cada descripción.

1. Me despierto con dolor de cabeza.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

2. Mi dolor de cabeza desaparece en menos de 24 horas.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

3. Padezco episodios repentinos de dolor de cabeza.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

4. El dolor de cabeza es más intenso al final de un día de trabajo.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

5. El dolor lo siento como latidos muy fuertes en la cabeza.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

6. Mi dolor de cabeza es como una tensión o una presión externa que actúa sobre mi cabeza (como una cinta o un sombrero muy apretado).

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

7. Mi dolor comienza en un lado de la cabeza.

SIEMPRE

CASI SIEMPRE

ALGUNAS VECES

RARAMENTE

NUNCA

8. Mi dolor de cabeza comienza en el cuello, hombros o detrás de la cabeza (nuca o cerebro)

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

9. Durante el dolor de cabeza no tolero la luz y el ruido.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

10. Antes del dolor de cabeza siempre tengo trastornos visuales como aparición de estrellas, manchas negras, visión doble y/o trastornos auditivos como zumbidos, que me avisan que voy a tener dolor de cabeza.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

11. Durante el dolor de cabeza me siento irritable.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

12. Cuando me duele la cabeza también tengo náuseas y vómito.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

13. El dolor de cabeza empeora si hago esfuerzos, toso o levanto algún objeto pesado.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

14. El dolor de cabeza disminuye si consigo relajar los músculos del cuello.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

15. La aspirina, mejaloral y medicamentos similares me alivian el dolor de cabeza.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

16. Me han recetado un medicamento para evitar la crisis del dolor.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

17. Mi dolor de cabeza aparece durante periodos de relajación.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

18. Mi dolor de cabeza aparece durante periodos de tensión.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

19. El dolor de cabeza es constante o aparece prácticamente siempre.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

20. Mi dolor de cabeza es tan intenso que cuando aparece no me permite hacer nada, es incapacitante.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

21. Durante el dolor de cabeza mis sienes se hinchan y se vuelven sensibles y dolorosas.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
---------	--------------	---------------	-----------	-------

Dx: _____

Aplicador: _____

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

Cita:
Asignado a:

I. DATOS GENERALES.

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: (1) masculino (2) femenino
Edo. civil: (1) soltero (2) casado (3) u. libre (4) divorciado
(5) separado (6) divorciado (7) viudo
Ocupación: _____ Escolaridad: _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

A) Descripción general del problema: _____

B) ¿Por quién o cómo fue referido? _____
C) ¿Ha consultado antes a alguien por este problema? (si) (no)
¿A quién o dónde? _____
Diagnóstico(s) previos: _____
Tratamientos recibidos: _____
Resultados: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

A) Historia de la cefalea.

1. Período de evolución: _____
2. ¿Desde cuando considera al dolor de cabeza como un problema?
¿porqué? _____
3. Traumatismos (si) (no) ¿Cuándo? _____
Topografía: _____
Consecuencias (inmediatas y mediatas): _____

4. Patologías concomitantes:

Hipertensión Anemia Probl. visuales Amibiasis Sinusitis
Parasitosis Infecciones ginecológicas

Problemas neurológicos diversos: _____

Otras: _____

Método anticonceptivo: _____

B: Antecedentes Familiares: (si) (no)

Padre Madre Hermano(a)s Abuelo(a)s (mat) (pat)

Período de evolución: _____ Dx: _____

IV. ESPECIFICACIONES DEL DOLOR DE CABEZA.

Frecuencia: /semana /mes

Duración promedio de cada episodio:

Intensidad promedio de cada episodio: (1) dolor muy leve (2)
dolor moderado (3) severo (4) muy severo
(5) dolor incapacitante

¿Cómo inicia usualmente el dolor? (1) repentinamente (2)
gradualmente (3) nunca se le quita (4) indistintamente

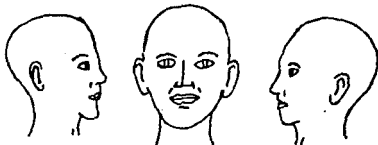
¿Qué aumenta el dolor? _____

¿Qué lo disminuye? _____

¿Qué lo desaparece? _____

¿Hay alguna hora o momento del día en el que habitualmente le duela la cabeza? (no) (si) ¿Cuándo? _____

Topografía (si el paciente reporta irradiación del dolor, señalarlo con una flecha)



Descripción del dolor.

Punzante o punzadas Pulsátil Pesadez Ardor Tirantez
Sensación de presión Como si fuera a explotar
Otra: _____

Prodromos (síntomas que invariablemente preceden al dolor):
(presentes) (ausentes)

Trastornos visuales (especifique):

Trastornos auditivos (especifique):

Tics oculares

Cambios inexplicables en el estado de ánimo

Sensaciones somáticas (especifique):

Otros: _____

V. ANALISIS FUNCIONAL DEL DOLOR

Eventos	Antes	Durante	Después
Situacionales			
Físicos/ fisiológicos			
Conductuales			
Afectivos			
Cognoscitivos			

VI. TRATAMIENTOS ACTUALES CONTRA EL DOLOR

1. Analgésicos (narcóticos) (no narcóticos):

2. Sedantes:

3. Miorelajantes:

4. Vitaminas:

5. Vasoconstrictores:

6. Acupuntura:

7. Otros:

Resultados:

Atribución del dolor: 1. "No se" 2. "Nervios" 3. "problemas"

4. Preocupaciones 5. Menstruación 6. Enfermedades 7. Herencia

8. Tener algo en la cabeza (especifique): _____

Otra(s): _____

Severidad del problema: 1. No es un problema 2. Levemente inquietante 3. Moderado 4. Severo 5. Incapacitante

Observaciones:

Entrevistador:

Elaborado por Mario E. Rojas Russell
ENEP Zaragoza. Fac. Psicología, junio 1989.