

21
re



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**DIFERENCIAS PSICOLOGICAS ENTRE LOS GRUPOS
DIAGNOSTICOS DE DOLOR DE CABEZA CRONICO**

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MAURA GABRIELA TORRES MARTINEZ

MEXICO, D. F.

AGOSTO DE 1995



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.

DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS ENTRE LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS DE DOLOR DE CABEZA CRÓNICO

Maura Gabriela Torres Martínez

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

Asesora: Lic. Patricia Ma. de Lourdes Palacios Castañón

RESUMEN

Se compararon las características psicológicas medidas por una batería de instrumentos psicométricos de tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico: cefalea tensional (n=22), mixta (n=27) y migrañosa (n=32) entre sí como grupo diagnóstico y se comparó cada uno de estos con un grupo sin dolor de cabeza ni padecimientos orgánicos crónicos (grupo control n=20). Además se conformó con estos tres diagnósticos un grupo dolor de cabeza crónico, distribuyendo aleatoriamente los diagnósticos (n=20), y se comparó con el grupo control (n=20) también a través de los inventarios de Depresión de Beck, de Ideas Irracionales (IBT), de Temores, de Afirmatividad (aserción) y Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), así como los parámetros de dolor de cabeza.

Se determinó la relación entre los parámetros del dolor de cabeza y las características psicológicas medidas por cada inventario de cada grupo. También analizó el contenido específico de los reactivos de los inventarios de Beck, IBT, Temores y Aserción para los tres grupos diagnósticos.

La investigación se realizó dentro del enfoque integral y se empleó un diseño ex post facto con 81 sujetos mujeres y hombres que acudieron al servicio de la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec y que padecían dolor de cabeza crónico por más de 6 meses, así como un grupo control de 20 sujetos hombres y mujeres sin dolor de cabeza ni padecimientos crónicos.

Los resultados estadísticos indican que son pocas las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los diagnósticos y que las características psicológicas que han sido utilizadas para describir a los cefaléicos se encuentran en función de su comparación con sujetos que no padecen dolor ni otro padecimiento crónico. Se encontró que hay características psicológicas que guardan una relación importante respecto al dolor y se discuten las implicaciones que este tiene. Se establecieron comparaciones clínicas y cualitativas entre los grupos diagnósticos a fin de intentar establecer perfiles característicos, encontrándose rasgos distintivos entre los diagnósticos. Se analizan las implicaciones que los resultados, tanto de las características psicológicas por sí solas tienen y estas en su relación con el dolor, tienen para avanzar en la comprensión del origen, evolución y tratamiento del dolor de cabeza crónico por diagnóstico o como grupo homogéneo.

DEDICATORIAS

A MI PAPÁ,
por su gran amor por mí y porque gracias a él
he llegado hasta este momento. Siendo él el
sosten moral y amoroso de nuestra familia.
Te quiero.

A MI MAMÁ,
por la semilla de superación que sembró en mí
y la gran oportunidad de vida y desarrollo que
me dió.
Te quiero.

A VÍCTOR MANUEL,
por su amor, comprensión y colaboración en
este trabajo.
Ser uno sin dejar de ser dos.

A MIS HERMANAS,
Erika, Luvia, Noemi e Idalia, por los grandes
momentos compartidos.

A DANIEL Y ANA KAREN.
Las chispitas de felicidad.

A MIS AMIGAS,
Lorena, Diana, Paz, Graciela, Sonia, Yadira,
Irma, Lupita y Adriana, porque hemos recorrido
caminos con corazón.

A PATY,
por su gran ayuda y porque me enseñó a
encontrar caminos con corazón. Con todo mi
carifio y admiración.

AGRADECIMIENTOS

A LOS PROFESORES que contribuyeron a mi formación profesional,

Lic. Mario E. Rojas Rusell
Lic. Patricia Palacios Castañón
Lic. Alma Martínez
Lic. Eduardo Contreras
Lic. Alma Patricia Martínez
Lic. Manuela Alarcón Navarrete
Lic. Eliud Escobedo
Lic. Juana Bengoa
Lic. José Antonio Durán
Dra. Gladis Lopes

A PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN
por ser mi gran amiga, excelente profesora y por su invaluable ayuda en la realización de este trabajo.

A LOS MIEMBROS DEL H. JURADO

Lic. Eduardo Contreras Ramírez
Lic. Lidia Beltrán Ruiz
Lic. Bertha Ramos Del Río
Lic. Sergio Carlos Mandujano Vázquez

INDICE

Pp.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1

CAPITULO 1

EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR DE CABEZA

1

CAPITULO 2

ETIOLOGÍA DEL DOLOR DE CABEZA

6

2.1. Etiología de la cefalea tensional

6

2.2. Etiología de la migraña

9

CAPITULO 3

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR DE CABEZA

16

3.1. Clasificación del Comité Ad Hoc para el diagnóstico de la cefalea

16

3.2. Clasificación para el Proyecto de cefalea SUNYA

18

3.3. Nueva Clasificación Internacional del Dolor de Cabeza

19

3.4. Comentarios sobre las diversas categorías diagnósticas

27

CAPITULO 4

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL DOLOR DE CABEZA CRÓNICO

30

4.1. Tratamiento para el dolor de cabeza por contracción muscular o tensional

30

4.1.1. Retroalimentación Biológica

30

4.1.2. Relajación muscular	34
4.1.3. Terapia Cognitiva	34
4.2. Tratamiento para la migraña	36
4.2.1. Retroalimentación Biológica	36
4.2.2. Terapia Cognitiva y Relajación	37
4.2.3. Programa de Ejercicio Aeróbico	38
4.2.4. Observaciones de otros estudios	39
4.3. Conclusiones sobre los diversos tratamientos para el dolor de cabeza crónico	40

CAPITULO 5

LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS	42
5.1. Teorías sobre los trastornos psicósomáticos y la personalidad	44
5.2. Factores psicológicos etiológicos de los trastornos psicósomáticos	47

CAPITULO 6

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL SUFRIDOR DE DOLOR DE CABEZA CRÓNICO	49
6.1 Personalidad y dolor	49
6.2 Personalidad y dolor de cabeza crónico	52
6.3 Personalidad del migrañoso	57
6.4 Personalidad del sujeto con cefalea tensional	60
6.5. Estudios comparativos de los diferentes diagnósticos de dolor de cabeza crónico	62

CAPITULO 7

PERSPECTIVA PSICOBIOLOGICA	71
-----------------------------------	-----------

4. Comparación de cada grupo diagnóstico: cefalea tensional (Dx1), cefalea mixta (Dx2) y cefalea migrañosa (Dx3) con el grupo control.	136
4.1. Comparación entre el diagnóstico de cefalea tensional (Dx1) y el grupo control.	136
4.2. Comparación entre el diagnóstico de cefalea mixta (Dx2) y el grupo control.	137
4.3. Comparación entre el diagnóstico de cefalea migrañosa (Dx3) y el grupo control.	137
5. Comparación entre el grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control.	145
6. Correlación de las características psicológicas y los parámetros de dolor de cabeza	148
7. Análisis cualitativo de los instrumentos.	157
7.1 Inventario de Depresión de Beck	158
7.2. Inventario de Ideas Irracionales (IBT)	158
7.3 Inventario de Temores	158
7.4. Inventario de Afirmatividad (eserción)	159
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	169
1. Diferencias psicológicas entre los tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico	170
1.1. Comparación de cada grupo diagnóstico con el grupo control	171
1.2. Comparación de las características psicológicas de los sufridores de dolor de cabeza crónico y un grupo sin dolor de cabeza nipadecimientos crónicos.	179
2. Diferencias de los parámetros de dolor de cabeza entre los grupos diagnósticos	182
3. Relación entre el dolor y las características psicológicas de cada diagnóstico	184
3.1. Relación de las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza crónico y sus parámetros de dolor	192
4. Contenido cualitativo de depresión, temores, ideas irracionales y afirmatividad para cada grupo diagnóstico (tensionales, mixtos y migrañosos)	195
4.1. Inventario de Depresión de Beck	196
4.2. Inventario de Temores	197
4.3. Inventario de Ideas Irracionales (IBT)	199

PROPÓSITO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	78
Objetivos	80
Hipótesis	80
MÉTODO	81
1. Diseño	81
2. Sujetos	81
3. Material	83
4. Escenario y Personal	84
5. Variables	84
6. Definición de variables	85
7. Procedimiento	87
8. Análisis estadístico	89
RESULTADOS	
1. Características demográficas	93
2. Medianas y medias de cada instrumento psicológico y los parámetros de dolor por grupo diagnóstico	101
2.1. Índice de Depresión de Beck	101
2.2. Temores	104
2.3 IBT	104
2.4. Afirmatividad (aserción)	112
2.5 MMPI	115
2.6. Parámetros de dolor	121
3. Comparación de los grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico.	126
3.1. Comparación de los tres diagnósticos en cuanto a las características significativas	128

4.4. Inventario de Afirmitividad (aserción)	203
CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES	209
REFERENCIAS	242
ANEXOS	252

INTRODUCCION

El dolor es una de las experiencias humanas que en algunas ocasiones no corresponde a un proceso fisiopatológico comprobable. Cuando el dolor aparece como un síntoma de dicho proceso comprobado a través de exámenes clínico o de la observación médica tangible; su etiología, su evolución, resolución y consecuencias son atribuibles a dicho proceso. Su intensidad y el sufrimiento reportados por el paciente son medibles en base al proceso patológico subyacente. Sin embargo esto no siempre sucede así.

El paciente puede reportar en una consulta general una serie de malestares y dolor que no respondan a un proceso patológico orgánico demostrable. Cuando sucede esto, el desorden se suscribe a los llamados desórdenes psicofisiológicos; nombre genérico que se atribuye a aquellos que no corresponden a una patología física comprobable, pero que afectan la vida del paciente y cuya causa se explica por otra serie de variables, en especial las psicológicas.

Uno de los primeros diez desórdenes psicofisiológicos en México es el dolor de cabeza crónico, que se encuentra entre los principales problemas de salud mental (De la Fuente, J., Pucheo, C. y Medina, M., 1985).

Diversos estudios muestran que el dolor de cabeza es uno de los principales motivos de consulta en los servicios médicos (Zenz, 1983; Blanchard, 1985 y Campuzano, 1987 cit. por Ramos, 1989) y que a pesar de que el dolor de cabeza crónico no cubre la definición de enfermedad y a su vez el sufridor de dolor de cabeza no cae en la definición social de enfermo (Zenz, 1983), es uno de los principales problemas que aquejan la vida social y familiar de estos individuos; impidiéndoles el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de éstas.

Por ello el dolor de cabeza crónico que no responde a una fisiopatología comprobable se ha convertido en una entidad clínica muy compleja en la que confluyen una serie de variables físicas, psicológicas y sociales y que ha sido abordado desde diversas líneas de investigación. Entre las más significativas y conocidas están aquellas que investigan la posible etiología del dolor de

cabeza (Spierings, 1988; Weatherhead, 1980); las que se han abocado a la clasificación y diagnóstico de las diversas entidades del dolor (Turkat, Y., Brantley, P., Orton, K. y Adams, H., 1981; Blanchard, E., OnKeefe, D., Neff, D., Jurish, S. y Andrasik, F., 1981 y Olesen, 1989); las que se refieren a los tratamientos, su efectividad para disminuirlo y las implicaciones que estos tienen (Blanchard, E. y Andrasik, F., 1985, 1990; Flitterling, J., Martin, J., Gramling, N., Cole, P. y Milan, M., 1988; Budzinsky, T., Stoyva, J., Adler, C., Mullaney, D. 1973); y finalmente aquellas que se han abocado a la indagación de las características psicológicas de los cefaléicos crónicos (Andrasik, F., Blanchard, E., Arena, J. Teders, S., Teevan, R. y Rodickock, L., 1982; Passchier, J., Helm-Hyllikema, A. y Ohebeke, J., 1984).

Dado que en la mayoría de los casos el dolor crónico no muestra evidencia de alteraciones orgánicas que sean la causa de éste, se ha considerado que su etiología es de naturaleza psicológica (Ranskin, 1982; Palacios y Rojas, 1986 y Ramos, 1989).

El dolor de cabeza crónico visto como un trastorno sin correlato orgánico y que corresponde más bien a ciertas características psicológicas del paciente ha sido uno de los problemas planteados desde los primeros modelos médicos de Hipócrates, en las primeras investigaciones de nuestro siglo como las de Wolff en 1930 y Alexander en 1950 (cits. por De la Fuente, 1981) hasta la actualidad en diversas investigaciones como las de Arena, J., Blanchard, F. y Andrasik, K. 1985; Blanchard, F. y Andrasik, K. 1985; Bakal 1982; Palacios, Figueroa y Rojas, 1987 y muchos más.

Debido a los síntomas que reportan los pacientes que padecen dolor de cabeza crónico, que no tiene una alteración orgánica que de respuesta a este, se han dividido generalmente en tres grupos. Los pacientes con dolor de cabeza migrañoso cuya intensidad es importante y puede llegar a ser incapacitante, con un periodo de evolución del dolor mayor, con o sin síntomas prodromiales, con la presencia de vómito, mareo y dolor descrito como punzante y/o palpitante; entre los síntomas más relevantes. Otro grupo lo conforman los sufridores de dolor de cabeza tensional que describen su dolor como presionante, sin vómito, con un periodo de evolución menor y duración mayor en horas, que no lo incapacita para realizar sus labores cotidianas pero que le ocasiona problemas para disfrutar de su vida familiar y/o social. Finalmente el grupo de los cefaléicos mixtos que presentan un mezcla de los síntomas de ambos grupos.

Con base en la aseveración de que la etiología de este tipo de desorden es de naturaleza psicológica, en algunas investigaciones se ha descrito a los migrañosos como ansiosos, inflexibles, compulsivos, inseguros, preocupados por el éxito, con falta de asertividad y control de sus impulsos además de agresivos (Alvarez, 1947; Friedman, Van Storch y Merrit, 1964 y Wolff, 1937 cit. por Arena et al. 1985). Los cefaléicos tensionales han sido descritos como preocupados, crónicamente tensos, hostiles, dependientes y psicosexualmente conflictuados (Kolb, 1963 cit. por Blanchard y Andrasik, 1985). Estas investigaciones han intentado dar un perfil o un conjunto de características que diferencien a estos sujetos de aquellos que no padecen dolor. Esto con diversos objetivos, sea para encontrar una etiología, predictores psicológicos a ciertos tratamientos, la manera de dirigir el tipo de tratamiento específico para cada individuo dependiendo de su diagnóstico y las características que lo definirían.

Sobre esta misma línea, Sterbach (1974, cit. por Dieter y Swerdlow, 1988) hipotetizó que estas diferencias entre los diagnósticos podrían estar más bien relacionadas a la "densidad del dolor", es decir, que las características psicológicas estarían directamente relacionadas a las características del dolor propias de cada diagnóstico.

Sin embargo hay otros autores como Arena et al. (1985) y Passchier et al. (1984) quienes indican que no hay diferencias claras entre los grupos diagnósticos, es decir, entre los migrañosos y tensionales. En estos estudios en ambos grupos de pacientes se encontraron características como rigidez y miedo a fallar, mostrándose como un grupo homogéneo diferente a los sujetos sin dolor.

Sobre la depresión en cada diagnóstico, que es una de las entidades clínicas más estudiadas bajo diversos enfoques y en diversas poblaciones; Rodríguez (1992) respecto a los sufridores de dolor de cabeza, encontró que no existían diferencias entre mixtos, migrañosos y tensionales en cuanto al índice de depresión de los tres grupos.

Aun más hay líneas de investigación como las de Bakal (1982) quien establece que no hay diferencias en cuanto a las características psicológicas de los sufridores del dolor de cabeza crónico y los no sufridores, estableciendo que los cefaléicos no son más neuróticos que aquellos que no padecen dolor de cabeza.

A pesar de estas evidencias, que no son conclusivas, se ha verificado la influencia de las características psicológicas en los tratamientos no farmacológicos del dolor de cabeza y el cambio de estas al finalizar el tratamiento en la mayoría de los sujetos y sean exhibido estos datos como prueba de que las características psicológicas tienen una influencia directa en la sintomatología y situación global del paciente (Budzynsky et al., 1973; Zenz, 1983; Holroyd, K., Penzien, D., Hursey, K., 1984; Blanchard et al. 1985 y Ramírez, 1985); así como el efecto de éstas en otras áreas como la etiología (Blanchard et al. 1985; Wolff y Tunis, 1953 cit. por Spierings, 1988).

Dada esta controversia y que no hay estudios conclusivos sobre las características psicológicas de los cefaléicos en una población mexicana, la presente investigación pretende, sino ser conclusiva, si aportar datos que indiquen si hay o no diferencias en las características psicológicas en tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico, cefalea tensional, mixta y migrañosa; las posibles diferencias entre cada uno de los diagnósticos al compararlos con un grupo sin dolor ni padecimientos crónico (grupo control) y establecer la relación entre las características psicológicas y los parámetros de dolor (frecuencia, duración, índice, intensidad y periodo de evolución) de cada grupo así como el contenido cualitativo de algunos de los instrumentos psicométricos utilizados para la evaluación psicológica de este tipo de pacientes.

La hipótesis que dirigió la presente investigación fue que existen diferencias respecto a las características psicológicas y los parámetros de dolor entre los diferentes diagnósticos de dolor de cabeza, así como también la relación significativa de las características psicológicas con los parámetros de dolor y la existencia de diferencias cualitativas en el contenido de algunos de los instrumentos psicológicos por grupo diagnóstico.

En un diseño ex post facto se compararon las características psicológicas de tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico, a saber, tensionales, mixtos y migrañosos entre sí y con un grupo control sin dolor ni padecimientos crónicos. De la misma manera se compararon las características de un grupo con dolor de cabeza crónico sin importar el diagnóstico y el grupo control. Se compararon también los parámetros del dolor entre los tres diagnósticos y se correlacionaron las características psicológicas de estos con sus respectivos parámetros de dolor (frecuencia, duración, intensidad, índice, periodo de evolución, etc.). Las características

psicológicas se midieron a través de cinco instrumentos psicológicos: Inventario de depresión de Beck (Beck y cols., 1961), Inventario de Ideas Irracionales (Jones, 1968), Inventario de Temores (Wolpe y Lang, 1969), Inventario de Afirmatividad (Grambill y Richell, 1975) e Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

Por otro lado se realizó también un análisis cualitativo de los reactivos de cuatro de los instrumentos basándose en sus frecuencias estadísticamente significativas.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el paquete SPSS (Statistical Package for Social Sciences, v. 3.1, 1991), mediante las pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, correlación de Kendall y χ^2 (chi cuadrada).

El presente trabajo está organizado en siete capítulos en los cuales se presentan diversos aspectos de la investigación del dolor de cabeza crónico, el primer capítulo hace referencia a la relevancia del dolor de cabeza y se presentan algunos datos epidemiológicos; en el segundo se hace referencia a los diversos planteamientos sobre las posibles causas del dolor y el tercero plantea las clasificaciones más comunes del dolor de cabeza crónico. En el cuarto se hace referencia a los tratamientos no farmacológicos; en el quinto se establecen las teorías que intentan explicar los trastornos psicósomáticos y su relación con la personalidad; el sexto hace referencia a diversos estudios que plantean las características psicológicas del sufridor de dolor de cabeza crónico y finalmente en el séptimo se plantean los principales conceptos de la perspectiva psicobiológica del dolor de cabeza crónico. Después se presenta la metodología bajo la que se realizó la presente investigación, seguido de los resultados, discusión y análisis de los resultados y finalmente las conclusiones y consideraciones finales.

CAPITULO 1

EPIDEMIOLOGIA DEL DOLOR DE CABEZA

Los desórdenes psicofisiológicos entre ellos, el dolor de cabeza crónico, ocupa el noveno lugar entre los principales problemas de salud mental, (De la Fuente, et al., 1985).

Waters en 1970 y 1974 realizó varias encuestas, encontrando que entre el 60% y el 73% de los varones, y entre el 77% y el 80% de las mujeres habían admitido padecer dolor de cabeza durante el año anterior al de la encuesta. Encontró que el 31% de los hombres y el 44% de las mujeres se quejaban de haber padecido como mínimo una cefalea grave durante el año anterior a la encuesta y el 48% de los hombres y el 65% de las mujeres presentaban una o más cefaleas al mes (Blanchard, et al., 1985). De ahí que se indicó que en Inglaterra 4 de 5 personas sufren de dolor de cabeza al menos una vez al año (Waters, 1970; Waters y O'Connor, 1971 y 1975, cit. por Zenz, 1983).

En 1977 Dupuy y cols. (cit. por Blanchard et al., 1985) revelaron que en los Estados Unidos el 13.7% de los hombres y el 27.8% de las mujeres presentaban cefaleas algunos días o cefaleas que les preocupaban poco.

En 1978 Brühler declara que en Alemania el 33% de la población sufre considerablemente de dolor de cabeza y que el 14% están severamente afectados por sus dolores de cabeza (Zenz, 1983). En 1979 Andrasik, Harold y Abell (cit. por Blanchard et al., 1985) en una población de universitarios no graduados, con una muestra de 11161 alumnos encontraron que el 31% de los varones y el 24.4% de las mujeres padecían como mínimo tres a cuatro cefaleas por semana. El 13% de los hombres y el 52.2% de las mujeres calificaban sus cefaleas muy dolorosas o extremadamente dolorosas.

Adams, Fuerstein y Fowler en 1980 (cit. por Zenz, 1983) estimaron que 42 millones de individuos sufrían de dolor de cabeza en los Estados Unidos.

Algunas encuestas realizadas en Inglaterra por Goldstein (1982, cit. por Spierings, 1988) han revelado que aproximadamente el 9% de hombres, 16% de mujeres y del 3% a 4% de los niños sufren de migraña.

De acuerdo a Blanchard et al. (1985) si se busca el porcentaje de población general que presenta el problema potencial de cefaleas las cifras se sitúan entre el 15% y el 30% en el caso de las mujeres y entre el 7.5% y el 15% en los hombres.

Respecto al dolor de cabeza como motivo de consulta menciona que el 74.3% de los hombres y el 88.6% de las mujeres admitían haber padecido un episodio de cefalea en los seis meses anteriores, y el 12.4% de los hombres y el 19.3% de las mujeres manifestaron haber padecido una cefalea grave de tipo migrañoso.

En 1978 Leviton encontró que el 1% y el 8% de las consultas están relacionadas con la cefalea e indica que "si se toman en cuenta todas las causas por las que el paciente puede consultar al médico, es evidente que la cefalea constituye un importante problema leve de salud. Aunque leve comparada con la enfermedad cardiovascular y el cáncer, ciertamente grave por lo que se refiere al número de visitas médicas que ocasiona." (Blanchard, 1985 p. 23).

De acuerdo Adams, Feuerstein y Fowler (1980, cit. por Zenz, 1983), los dolores de cabeza están entre las catorce principales razones que los pacientes dan en la consulta médica, y en 1973, la Fundación Nacional de la Migraña estimó que aproximadamente 12 millones de consultas en los Estados Unidos se deben a los síntomas de dolor de cabeza.

Leviton en 1978, encontró que el 67% de las mujeres presentaban una o dos cefaleas al mes y el 15.5% se quejaban de cefaleas que eran lo suficientemente graves para afectar sus actividades diarias. "Parece claro que la cefalea es un trastorno muy difundido que afecta del 10% al 30% de la población de una forma lo suficientemente grave para impedir un rendimiento óptimo", (Leviton, 1978, cit. por Blanchard, 1985 p. 23). Estos datos indican la problemática económica que representa el dolor de cabeza incapacitante o severo para los sufridores y su país.

Todos los datos anteriores representan las investigaciones que se han realizado en otros países, como Inglaterra y sobre todo en los Estados Unidos. En nuestro país no existen investigaciones poblacionales, sólo algunos reportes aislados de las diferentes unidades médicas pero que carecen de representatividad. Sin embargo tomando como base estos datos, con la salvedad de que son de otros años, de otros países y dado el incremento poblacional, son una aproximación para pensar que en nuestro país quizás entre el 10% y el 15% de la población que acude a consulta padece dolor de cabeza.

En nuestro país, Campuzano (1987, cit. por Ramos, 1989) señaló que el dolor crónico es reportado por un 75% a 80% de los pacientes que acuden a la consulta médica general. En la misma línea, el dolor de cabeza es también reportado en un 60% de los pacientes como un desorden psicofisiológico en la Clínica del Dolor del Hospital General y del Hospital 20 de Noviembre (Granados, 1987).

De acuerdo al Reporte Mensual de Productividad de 1991 del Hospital General de Ecatepec "José María Rodríguez", el dolor de cabeza ocupa el segundo lugar como motivo de consulta después de los partos normales. Esto es un dato importante ya que en esta población se llevó a

cabo la investigación presente y revela la importancia de la investigación de los diversos aspectos que confluyen en este fenómeno y del tratamiento para la población sufriendora de dolor de cabeza crónico.

Por otra parte, respecto a los diferentes diagnósticos del dolor de cabeza, en un estudio estadístico de 100 casos, realizado en el Instituto de Neurología de México se reportó que el 51% de los casos correspondían a cefaleas de tipo tensional y el 42% a cefaleas vasculares o migrañosas (Zermeño y Otero, 1974).

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

De acuerdo a Blau (1983, cit. por Ramos, 1989) de las categorías más frecuentes de cefaleas crónicas, el 90% son de tipo migrañoso, tensional o por contracción muscular y mixtas.

Aunque, por otro lado, de acuerdo con Zenz (1983), los sufriendores de dolor de cabeza no cubren la definición de salud de la OMS, no se sienten dentro de ella, ni son considerados como enfermos, aunque los sufriendores de dolor de cabeza no son capaces de disfrutar su tiempo libre y hacer su trabajo normalmente. Muchos de los sufriendores no pueden trabajar durante el dolor de cabeza y su calidad de vida se ve disminuida tanto conyugal, familiar, como laboralmente. Aun más, los médicos difícilmente reconocen que el dolor de cabeza, en la mayoría de las ocasiones, carece de una causa orgánica y es tomado como un síntoma acompañante de otros síndromes como la hipertensión, la obesidad, la epilepsia, la rinitis, la sinusitis, ect. y la aproximación farmacológica no es la más conveniente en todos los casos ni resuelve la problemática en muchos otros.

De acuerdo a Bischoff y Zenz (1983, cit. por Zenz, 1983), el patrón de los síntomas de dolor de cabeza, especialmente el tensional, no cubre la categorización para verlo como una enfermedad, y las razones son que:

- a) los síntomas aparecen rápidamente y también desaparecen relativamente rápido,
- b) la ayuda médica no es buscada ni tampoco tiene efecto,
- c) nunca están seriamente enfermos los sufriendores de dolor de cabeza de acuerdo al significado social que esto tiene y
- d) las mujeres, en particular reportan experimentar más dolor de que los hombres y no son diagnosticadas por causas biológicas.

Mientras que la clasificación social del individuo como enfermo (Zenz, 1983), es:

- 1) el individuo no es responsable de su estado presente,

- 2) el individuo esta libre de sus responsabilidades usuales y no puede cuidarse a si mismo,
- 3) el individuo debe esperar para recuperarse,
- 4) el individuo busca ayuda médica.

El sufridor de dolor de cabeza no tiene una conducta de acuerdo a estos requerimientos. El sufridor de dolor de cabeza crónico continúa con sus responsabilidades y continúa cuidándose a si mismo, no se encuentra en estado pasivo esperando a recuperarse; cuando los episodios de dolor son incapacitantes la pasividad es pasajera y sobretodo la población que busca ayuda médica es poca en relación a la que realmente padece el dolor. Aún más los sufridores de dolor de cabeza tensional buscan ayuda más que en los migrañosos, ya que los migrañosos frecuentemente tienen una historia de tratamiento farmacológicos indicados o automedicados inefectivos más comúnmente que los tensionales. Esto no significa que los tensionales no sean en gran medida también adictos usuarios de todo tipo de analgésicos y remedios caseros.

Otro problema por el que el dolor de cabeza crónico no sea considerado como enfermedad es que en la mayoría de los casos no responde a causas orgánicas, lo que en muchas ocasiones desconcierta a los sufridores atribuyendo su dolor a lo que ellos han llamado "tensión y nervios" o en el extremo de los casos a agentes externos "mágicos" fuera del control del sufridor. "Los pacientes con un dolor llamado psicogénico, verdaderamente se comporta diferente de los pacientes con un dolor de base orgánica. Los reportes de los pacientes son más difusos, algunas áreas de dolor no corresponden con la distribución segmental de las rutas de dolor, las drogas tienen menos o ningún efecto y el descanso no elimina el dolor" (Bond, 1980, cit. por Zenz, 1983 p. 59). Esto no solo desconcierta al sufridor, sino también al médico quien es el que tiene con más frecuencia contacto con el sufridor.

Respecto a otras características de los sufridores de dolor de cabeza, Friedman (1979) muestra que el paciente típico con dolor de cabeza tensional es una mujer casada entre 18 y 34 años de edad, ama de casa o trabajador de nivel medio que reporta que este tipo de dolor comenzó cuando tenía entre 15 y 24 años de edad y cuyos antecedentes familiares pueden o no estar presentes; y que las mujeres son los sufridores más frecuentes tanto de cefalea tensional (78%) y de migraña (70%), y la edad de inicio para ambos tipos es menor que los 25 años en más del 50% de los casos y que ni el sexo ni la edad son un factor que ayude para el diagnóstico diferencial.

Después de mencionar estos puntos es importante adoptar la postura de que la investigación de los trastornos psicofisiológicos, en poblaciones de nuestro país, como el dolor de cabeza que no presenta evidencia orgánica, es relevante tanto por su alta incidencia, como por el inadecuado manejo médico y farmacológico que se da a estos pacientes. La mayoría de estos tienen una historia de tratamientos inefectivos con una serie de secuelas orgánicas por los fármacos

que se autoadministran o les son suministrados. Por ello, la intervención del psicólogo es importante no solo con tratamientos conductuales que ayuden al paciente a controlar su dolor, sino incluso con programas que apoyen los tratamientos farmacológicos, en los casos que se requiera.

Por otra parte, la intervención del psicólogo no sólo se aboca al tratamiento también tiene mucho que aportar para la construcción de modelos conceptuales que permitan dar una explicación más integral del dolor de cabeza y sus causas. La etiología del dolor de cabeza es un campo ampliamente explorado por la fisiología, pero se toma en cuenta muy poco las condiciones psicológicas del individuo y su medio. En el siguiente capítulo se mencionan los conceptos más ampliamente aceptados sobre la etiología del dolor de cabeza.

CAPITULO 2

ETIOLOGIA DEL DOLOR DE CABEZA

Establecer la etiología del dolor de cabeza es uno de los tópicos más difíciles en la investigación del dolor, ya que hay una gran controversia respecto a los hallazgos experimentales y la postura tradicional de cada tipo de dolor de cabeza. El dolor de cabeza por contracción muscular o tensional ha recibido este nombre porque ha sido visto como el resultado de una contracción muscular sostenida de los músculos del cuello y la cabeza, mientras que la migraña es vista como el resultado de los cambios complejos que toman lugar en la vasculatura craneana. Sin embargo, no siempre estos mecanismos están presentes en los sufridores aunque la sintomatología que describen pertenece a una u otra de las categorías de diagnóstico donde supuestamente subyacen estos mecanismos.

Sin embargo, se ha aceptado ampliamente que los mecanismos primarios de los tipos más comunes de dolor de cabeza son de naturaleza psicológica (Ranskin, 1982).

2.1 Etiología de la cefalea tensional.

El dolor de cabeza por contracción muscular es visto como el resultado de la contracción sostenida de los músculos de la cara, la nuca y el cuello, (Ramírez, 1985). Estas contracciones pueden producirse como consecuencia de estresores de tipo psicológico, (Blanchard et al., 1985) o como reacción a las tensiones de la vida diaria. Los términos como cefalea tensional, psicogénica y nerviosa hacen referencia a las cefaleas de este grupo (Comite Ad Hoc, 1961 cit. por Blanchard et al., 1985).

Existen datos contrapuestos sobre la existencia de un nivel de actividad superior en los músculos cervicales en estado de reposo y cuando sienten dolor los pacientes con cefalea tensional, respecto a los sujetos control sin dolor. Haber, J. Kuczmierczyk, A. y Adams, H., 1985 hace una recopilación de estos, a saber:

SUPUESTOS	INVESTIGADOR (citados por Haber et al., 1985)
Hay una relación entre la tensión muscular elevada y el dolor de cabeza.	Budzinsky, Stoyva y Adler , 1970 Wolff, 1963
No hay relación entre la tensión muscular elevada y el dolor de cabeza	Epstein y Abel, 1977.
Existen diferencias en los niveles basales de la actividad electromiográfica durante los estados sin dolor de cabeza, entre los cefaléicos y los control	Vanghn y Haynes, 1977 Phillips, 1978
No existen diferencias en los niveles basales de la actividad electromiográfica durante los estados sin dolor de cabeza, entre los cefaléicos y los control	Tunis y Wolff, 1954 Bakal y Kaganov, 1977
Hay diferencias en los niveles electromiográficos de la actividad muscular cuando se reporta dolor de cabeza y cuando no hay dolor	Haynes et al. 1975
No hay diferencias en los niveles electromiográficos de la actividad muscular cuando se reporta dolor de cabeza y cuando no hay dolor	Bakal et al. 1975. Phillips, 1977

De ahí que el papel que tiene la actividad muscular elevada como el mecanismo primario del dolor de cabeza por contracción muscular es cuestionable y no hay estudios conclusivos sobre el papel que juega la contracción muscular en el dolor de cabeza tensional y si es o no una condición necesaria para que se presente el dolor.

La postura tradicional de que el dolor de cabeza tensional se origina por la contracción sostenida de los músculos es aun más contradictoria cuando Blanchard et al. (1985) comparando las medidas de los pacientes con cefalea tensional con los de cefalea migrañosa encontró que en la mayoría de los casos se observan niveles de actividad muscular frontal superiores en los migrañosos que en los que habían sido diagnosticados con cefalea tensional.

Bakal (1982) menciona otros dos estudios que contradicen la etiología tradicional de la cefalea tensional el de Páznik-Patewicz que realizó en 1976 y el de Phillips en 1978, encontrando que los pacientes migrañosos manifestaron una actividad electromiográfica mayor que la de los pacientes por contracción muscular bajo las condiciones experimentales; ello lo llevó a la conclusión de que los espasmos musculares eran probablemente una consecuencia de ambos tipos de dolor de cabeza y no tenía ningún significado etiológico para el entendimiento de alguno de ellos.

Por su parte Phillips encontró que los pacientes migrañosos mostraban niveles electromiográficos frontales más altos, seguidos de los pacientes con sintomatología mixta, después los pacientes por contracción muscular y finalmente los controles sin dolor de cabeza.

Esto podría ser explicable con el modelo opcional de Ramírez (1985) que indica que si la tensión muscular ha sido frecuentemente asociada con el dolor de cabeza tensional, la hipótesis alternativa de explicación sería que el incremento en la tensión muscular es un efecto del dolor de cabeza más que una causa. Esto es apoyado por otros autores citados por este como son Haynes, Cuevas y Gannon, 1982; Philips y Hunter, 1982. La actividad muscular anormal podría ser una respuesta fisiológica al dolor sufrido por el paciente. Además eventualmente, contribuiría al dolor con la tensión muscular que se vuelve patológicamente más alta, asumiendo que la actividad electromiográfica de los músculos se incrementará independientemente del dolor.

Philips y Hunter (1978 y 1981 cit. por Haber et al., 1985) han notado que el dolor de cabeza por contracción muscular es una categoría heterógena donde sólo algunos individuos mostraron una actividad muscular elevada durante los estados de dolor y sin dolor, y por lo tanto sugiere que los sujetos deberían ser divididos en dos subgrupos; en uno aquéllos que presentan sólo un dolor psicogénico (la queja de dolor en ausencia de hallazgos físicos adecuados). El otro grupo sería aquel que presenta una contracción muscular real y cuantificable. Aunque estrictamente hablando, de acuerdo a Basmajian (1976, cit. por Bakal, 1982), no es conveniente comparar a los pacientes en términos de los niveles de microvoltios obtenidos de un músculo en particular porque la lectura de los microvoltios están influenciados por las variables de otros miopotenciales de los músculos en la vecindad inmediata de los electrodos.

Los mecanismos exactos que originan uno u otro tipo de dolor se desconocen, la tirantez voluntaria en los músculos inducida mentalmente o físicamente es importante así como los mecanismos puramente psicógenos (Olesen, 1989). Esta diferenciación es importante para Haber et al. (1985) para la asignación del tratamiento para cada grupo diagnóstico. Esta diferenciación ya había sido postulada por Friedman (1979), quien indicó que los mecanismos de dolor de cabeza tensional pueden ser divididos en dos componentes principales: psicológicos y fisiológicos. Los componentes psicológicos a menudo inducen a las dos principales disfunciones fisiológicas que causan el dolor de cabeza, la contracción sostenida de los músculos esqueléticos de la cabeza, el cuello, los hombros y la nuca y la isquemia relativa en los músculos involucrados. Aunque, también, sólo se pueden presentar los psicológicos sin un cambio fisiológico comprobable.

Por otra parte, cuando se examinan en forma individual los datos de cada sujeto a fin de hallar una relación entre las medidas de intensidad del dolor de cabeza y los niveles electromiográficos frontales, sólo en algunos pacientes se encuentran relaciones positivas significativas (Epstein y Abel, 1977; Hart y Chichanski, 1975 cit. por Blanchard et al., 1985).

Otros estudios (Philips, 1978; Bakal y Kaganov, 1977; cit. por Bakal, 1982) observaron que los niveles electromiográficos correlacionan pobremente con la intensidad del dolor durante un ataque.

Andrasik y Holroyd (1980, cit. por Blanchard et al., 1985) realizaron un estudio donde a pesar de los cambios en los niveles del electromiograma frontal, manteniendolo constante, disminuirlo o aumentarlo, todos los grupos tratados mostraron descensos importantes en las medidas de la intensidad de la cefalea en relación con los sujetos del grupo control, no mostrando diferencias entre sí.

"Parece obvio que no existe una relación lineal entre el nivel de la tensión de los músculos de la nuca o de la frente y las medidas de intensidad del dolor de cabeza. Aunque parece claro que la reducción en un nivel de actividad electromiográfica no es necesaria ni suficiente para la reducción del dolor, tal reducción parece tener un carácter facilitador" (Blanchard et al., 1985 p. 51).

2.2 Etiología de la migraña.

Dentro del modelo tradicional médico, la migraña es vista como un desorden vascular. Se hipotetiza que los cambios vasculares se dan dentro del cráneo (intracraneales) y fuera del cráneo (extracraneales). El ataque es precedido por un estado de disminución arteriolar o vasoconstricción. Este estado define el predolor de cabeza o fase prodromal del ataque y es seguido por la fase dolorosa, que se cree se desarrolla como una respuesta a la vasodilatación de la arterias extracraneales y los vasos más bajos en la región temporal de la cabeza, destacando la relación entre el dolor y ciertas variables ambientales como disparadoras (Bakal, 1982 y Comite Ad Hoc, 1961 cit. por Blanchard et al., 1985).

El mecanismo del ataque es pobremente entendido. El fluido sanguíneo cerebral regional continúa normal o está quizás levemente incrementado durante un ataque. Los cambios en la composición sanguínea y la función de la plaquetas, iniciada endógenamente o por influencias ambientales podrían jugar un papel disparador. El proceso patofisiológico del ataque se presume que ocurre en el cerebro vía del trigémino-vascular y otros sistemas que interactúan con la vasculatura intra y extracraneana y los espacios perivasculares (Olesen, 1989).

Se han expuesto dos hipótesis importantes como la causa de la migraña (Ranskin, 1982) que son:

- 1. Un desorden en el sistema nervioso central de regulación vasomotora y**

2. Un desorden metabólico sistémico.

Esta última ya que algunos datos apuntan a posibles factores bioquímicos circulantes.

Siempre se ha supuesto que el dolor de cabeza migrañoso esta relacionado a cambios vasculares en la cabeza. Estos cambios vasculares fueron, generalmente, vistos como relacionados a la circulación del cerebro. Sin embargo no todos los investigadores de los procesos migrañosos concuerdan con las hipótesis tradicionales y al mismo tiempo han hecho aportaciones relevantes a la compleja etiología de este tipo de dolor de cabeza. Spierings (1988) realizó una recopilación de los principales estudios y sus postulados que a continuación se enumeran:

1. Graham y Wolff en 1938 demostraron que es en particular la circulación no cerebral de la cabeza la que esta involucrada en la patogénesis del dolor migrañoso.

Graham y Wolff estudiaron la amplitud de las pulsaciones de las arterias craneales no cerebrales durante la migraña antes y después de la administración de la ergotamina. La ergotamina es un potente y específico medicamento para abortar los dolores de cabeza migrañosos. Los resultados de los experimentos demostraron que la administración de ergotamina es seguida de una disminución en la intensidad del dolor paralela a una reducción en la amplitud de las pulsaciones de las arterias estudiadas. La relación de tiempo cercana entre los dos efectos, sugirieron que el dolor de cabeza migrañoso es causado por la dilatación de las arterias craneales no cerebrales y que la ergotamina disminuye la intensidad mediante la constricción de estas arterias.

Sin embargo, estos investigadores, también se dieron cuenta de que la dilatación de los vasos sanguíneos no es suficiente para causar el dolor frecuente e intolerable de la migraña. Encontraron que la dilatación artificial de las arterias no cerebrales craneales es dolorosa pero no a la intensidad de la migraña. Por lo tanto se cree que hay una disminución en el umbral doloroso.

2. Wolff y Tunis en 1953, subsecuentemente observaron que el umbral del dolor está disminuido en el sitio del dolor durante la migraña comparado con el intervalo sin dolor de cabeza.

3. Chapman et al. en 1960, atribuyeron esta disminución en el umbral del dolor a la acumulación en el tejido afectado de una sustancia inicialmente referida como "materia del dolor de cabeza" y más tarde llamada "neuroquina". Encontraron que esta sustancia inundaban la piel en el sitio del dolor y demostraron que su actividad está relacionada con la intensidad de este; también demostraron que después de la administración de la ergotamina la actividad de la neuroquina disminuye agudamente y al mismo tiempo hay una disminución en la intensidad del dolor.

4. Markowitz et al. en 1988, mencionó que Wolff no fue capaz de establecer la naturaleza exacta de la neuroquina y sugirió que no es una sustancia sino la combinación de varias. Es probable que sea una combinación de bradiquina, un producto derivado de las proteínas del plasma y la sustancia P; la liberación química de estas sustancias por las fibras nerviosas sensoriales primarias favorecen la percepción del dolor. Recientemente se ha demostrado que la ergotamina también inhibe la inflamación debido a la extravasación (sólida de líquidos) de las fibras nerviosas sensoriales primarias .

Chapman et al., en 1960, supone que esto podría bien explicar la observación de Wolff hecha muchas décadas antes, quien observó que la ergotamina disminuye la actividad de la neuroquina que invadió la piel durante la migraña.

Respecto a la migraña clásica, el dolor de cabeza es precedido por síntomas neurológicos focales transitorios conocidos como síntomas de aura. Spierings (1988) mencionó que menudo estos síntomas de aura son visuales en su naturaleza y se presentan en su forma más característica como estocoma centellante, el cual sucede en un periodo de 20 minutos. Sin embargo, los síntomas de aura de la migraña pueden también ser somatosensoriales y entonces consisten de una sensación de "alfileres y agujas". Estos "alfileres y agujas" frecuentemente comienzan en los dedos de una mano y gradualmente se extienden hacia arriba en el brazo y finalmente también involucra el lado ipsilateral de la cara en particular el arco de la boca y/o nariz. Entre los estudios mencionados por este autor están:

1 Marcussen y Wolff en 1950, sugirieron que el mecanismo subyacente de los síntomas del aura consisten de una contracción transitoria de los vasos sanguíneos cerebrales que dan como resultado una hipoxia cerebral. Evaluaron esta hipótesis haciendo inhalar al paciente dióxido de carbono, un vasodilatador cerebral durante el desarrollo del aura. Encontraron que después de la inhalación del dióxido de carbono los síntomas desaparecen y regresaban a su intensidad inicial una vez que la inhalación del gas era descontinuada. Esto les sirvió de apoyo a su concepto de que el aura migrañosa es causada por un proceso que involucra la hipoxia cerebral inducida por vasoconstricción.

La formulación de Wolff ha sido la más ampliamente aceptada respecto a la patogénesis del ataque de migraña.

En este concepto él relacionó la vasoconstricción y la hipoxia cerebral del aura migrañosa a la dilatación de los vasos sanguíneos no cerebrales craneales como procesos del dolor de cabeza migrañoso. Asumió que la vasodilatación seguida de la vasoconstricción es como una hiperemia (acumulación de sangre en una parte u órgano) reactiva inducida por la hipoxia cerebral y que la hiperemia reactiva no solo involucra la circulación cerebral sino también la circulación craneal no cerebral. La dilatación de los vasos sanguíneos en la circulación craneal no cerebral en

combinación con la disminución localizada en el umbral del dolor se consideró que dan inicio al dolor de cabeza migrañoso.

Otro avance importante en el entendimiento de la migraña se ha llevado a cabo a través del desarrollo de las técnicas que utilizan el xenón para el estudio del fluido sanguíneo cerebral. Usando esta técnica se encontró que el fluido cerebral sanguíneo está disminuido durante el aura migrañosa y se incrementa durante el dolor de cabeza.

2. Olsen et al., en 1981 y Lauritzen et al., en 1983 encontraron que la disminución del aura migrañosa se encontraba generalizada y bilateral a pesar del carácter focal y lateralizado de los síntomas. Sin embargo, la investigación más reciente ha revelado que el decremento generalizado es la etapa final en una serie de cambios. Estos cambios consisten de un incremento de corta duración en el fluido sanguíneo cerebral en el área occipital, seguido por una disminución y dispersión gradual de esta disminución hacia el polo frontal. La disminución se calculó en aproximadamente 25%, el cual no es generalmente considerado como lo suficiente para causar la disfunción neuronal por hipoxia y por lo tanto fue referido como oligemia (deficiencia de la cantidad total de sangre).

3. Léao en 1944 mencionó que respecto a la tasa de dispersión que promueve la oligemia, se calculó que es aproximadamente 2 milímetros por minuto el cual está dentro de la tasa de propagación del fenómeno neurofisiológico conocido como "depresión dispersa". La depresión dispersa la describió, como una onda de inhibición de la actividad neurológica cortical "espontánea" que viaja sobre la corteza cerebral en un rango de 2 a 5 milímetros por minuto y es precedido por una fase de corta duración de excitación neuronal.

4. La combinación específica de la depresión dispersa de la activación e inhibición de la actividad neuronal así como su tasa específica de propagación hecha por Milner postulada en 1958 indica que los síntomas del aura de la migraña son causados por estos fenómenos neurofisiológicos más que por la vasoconstricción inducida por la hipoxia cerebral. El fluido cerebral sanguíneo y los cambios de depresión dispersa acompañantes han sido descritos como un incremento de corta duración en el flujo sanguíneo seguido por una disminución de larga duración de aproximadamente 25% se compara con los cambios del flujo sanguíneo cerebral encontrados en la oligemia dispersa de la migraña.

5. Gardner-Medwin en 1981, encontró que al inhalar dióxido de carbono, también este afecta la propagación de la depresión dispersa, esto ofrece una explicación opcional a las observaciones de Wolff.

A partir de esta recopilación de estudios Spierings (1988) al intentar incorporar la depresión dispersa en los conceptos de Wolff como mecanismo subyacente de la aura migrañosa se encuentra con dos dificultades:

A. No hay evidencia de que la depresión dispersa realmente puede ser precipitada por la hipoxia cerebral, ya que comienza con una fase de excitación que probablemente necesita de un estímulo excitatorio para ser iniciada.

B. No hay evidencia de que la depresión dispersa pueda originar la vasodilatación cerebral, por el contrario se ha encontrado que la depresión dispersa es seguida por una disminución de larga duración en el fluido sanguíneo cerebral.

Una forma de incorporar el fenómeno de la depresión dispersa en el concepto de Wolff sería modificándolo. Wolff consideró que el aura de la migraña es la causa del dolor de cabeza, pero su sugerencia sería incompatible con el dolor de cabeza sin aura. Por ello Spierings (1988) sugiere que sería conveniente poner en paralelo a cada uno de los procesos, uno respecto al otro y conectarlos a un factor x, el cual él refiere como "el proceso de migraña". Para ello Spierings sugiere el siguiente diagrama:

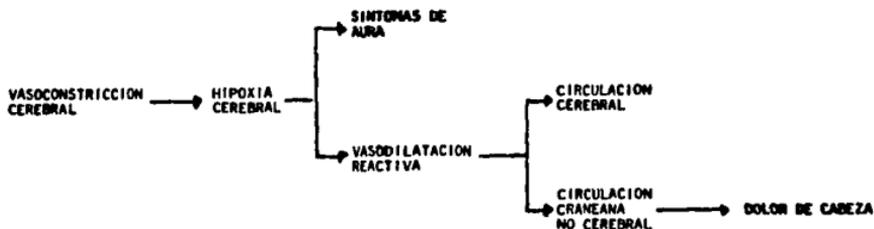


FIG. B REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL CONCEPTO VASODILATACION- HIPOXIA CEREBRAL - VASOCONSTRICCIÓN DE WOLFF DE LA PATOGENESIS DEL ATAQUE DE MIGRARA. (SPIERINGS, 1988 p. 656)

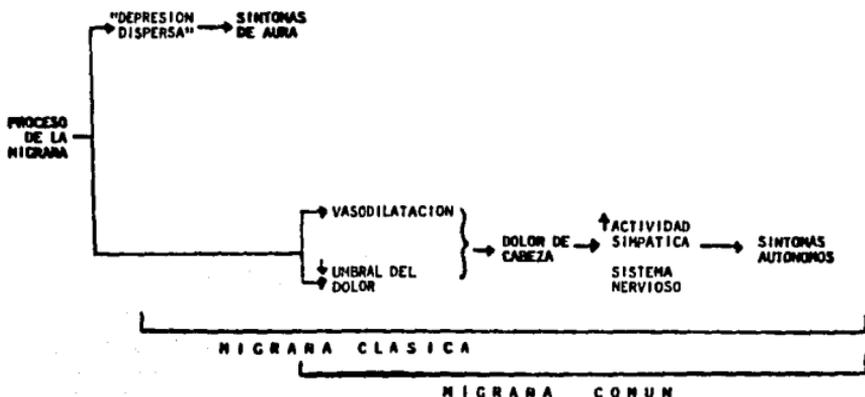


FIG. C UNA MODIFICACION DEL CONCEPTO DE WOLFF SOBRE LA PATOGENESIS DEL ATAQUE DE MIGRANA QUE INCLUYE LA "DEPRESION DISPERSA" COMO MECANISMO SUBYACENTE DEL AURA MIGRAROSA. NOTE QUE EN ESTE CONCEPTO LOS MECANISMOS PATOGENICOS DEL AURA MIGRAROSA Y EL DOLOR DE CABEZA SON CONSIDERADOS COMO PARALELOS MAS QUE COMO PROCESOS SECUENCIALES. (SPIERINGS, 1988 p. 658)

En esta modificación del concepto de Wolff, los síntomas de aura son causados por la depresión dispersa y el dolor de cabeza, (como es sugerido por Wolff), por una combinación de la dilatación de los vasos sanguíneos no cerebrales craneales y una disminución en el umbral del dolor. Este concepto modificado, en la opinión del autor, explica mejor la ocurrencia simultánea de los síntomas del aura y el dolor de cabeza, como en algunas veces se han encontrado en la migraña clásica, la ocurrencia del dolor de cabeza sin aura, es decir, la migraña común y en los síntomas transitorios presentes durante la migraña. Spierings supone que el proceso involucra ciertamente al sistema nervioso central pero no necesariamente se origina ahí.

En resumen, establecer la etiología del dolor de cabeza migrañoso, que involucra procesos vasculares complejos, es difícil. Hasta el momento, ningún modelo es satisfactorio para explicar cómo se originan los síntomas prodromales y el por qué de sus características, así como el dolor que le sobreviene. De la misma manera, la migraña común, es decir, sin aura representa otro problema aun sin resolver.

Aunque los mecanismos que originan uno u otro tipo de dolor no están claros, se lleva a cabo un diagnóstico que intenta diferenciar uno del otro, con diversos propósitos y bajo una supuesta etiología.

CAPITULO 3

CLASIFICACION DEL DOLOR DE CABEZA

La clasificación del dolor de cabeza es en la actualidad uno de los tópicos más discutidos en algunos estudios sobre la materia. Aunque, por otro parte para algunas entidades médicas no representa mucha dificultad y es por demás rutinario. El uniformar criterios sobre el diagnóstico y clasificación es difícil, existen estudios que apoyan una u otra postura. Sin embargo, aunque este no es el objetivo del presente estudio, en este apartado se mencionan algunas de las clasificaciones más usadas.

3.1 Clasificación del Comité Ad Hoc para el diagnóstico de la cefalea.

En 1962, se constituyó el Comité Ad Hoc para la "Clasificación de las cefaleas", constituido por neurólogos, en el National Institute of Neurological Diseases and Blindness. Este Comité Ad Hoc dividió las cefaleas en quince categorías basándose en la fenomenología y la etiología del trastorno, de las cuales cuatro categorías o subclasificaciones constituyen el conjunto de las cefaleas crónicas (Blanchard et al., 1985), a saber:

1. Cefalea vascular del tipo migrañoso.

Ataques recurrentes de cefalea de intensidad, frecuencia y duración muy variables. Estos ataques suelen ser de localización unilateral y se asocian a anorexia y en ocasiones a náuseas y vómitos; en algunos casos se hallan precedidos o asociados a trastornos considerables de tipo sensitivo y motor, así como a cambios de humor, encontrándose con frecuencia en miembros próximos de una misma familia.

a) **Migraña Clásica.** Cefalea vascular con pródromos de tipo visual transitorio, claramente definidos, y otros pródromos sensitivos, motores o de ambos tipos.

b) **Migraña común.** Cefalea vascular sin pródromos claros y de localización unilateral menos frecuentes que la migraña clásica y que la migraña de racimos. Son sinónimos de las cefaleas de este grupo: migraña atípica o cefalea con náuseas.

c) **Migraña en racimos.** Cefalea vascular predominantemente unilateral y de localización constante, asociada con frecuencia a rubor, sudoración, rinorrea e hipersecreción lagrimal; su duración es breve y generalmente se produce en forma de racimos de episodios, seguidos de largas remisiones.

2.Cefalea por contracción muscular sostenida.

Dolor o sensación de tensión, presión o constricción, de intensidad, frecuencia y duración muy variables, en ocasiones de duración prolongada y de localización suboccipital frecuente. Se asocia a contracción sostenida de la musculatura esquelética con ausencia de cambios estructurales permanentes.

3.Cefalea combinada.

Del tipo vascular y por contracción muscular, en un mismo ataque coexisten de forma prominente. La combinación de una cefalea vascular de tipo migrañoso y una cefalea por contracción muscular sostenida.

4.Cefalea de los estados de alucinación, conversión o hipocondríacos.

Estas categorías fueron confirmadas por el equipo internacional de la World Federation of Neurology's Research Group on Migraine and Headache en 1969 (Blanchard, et al., 1985). Cabe aclarar que no hay criterios temporales de días u de horas para hacer el diagnóstico.

Aunque se mencionan los cambios en el carácter ante la presencia del dolor, es decir, la influencia psicológica que este tiene, esto no le da a estas características de exclusividad que identifique a un tipo de otro.

3.2 Clasificación para el Proyecto de Cefalea, SUNYA

Para llevar a cabo el proyecto de Cefalea SUNYA en Blanchard et al. (1985) tomaron en cuenta los siguientes criterios diagnósticos:

1. Cefalea migrañosa.

Al menos un episodio al mes y presencia de tres de los síntomas siguientes:

- a) aparición de la cefalea usualmente unilateral,
- b) cefalea normalmente acompañada por náuseas y vómitos,
- c) cefalea usualmente descrita como palpitante o pulsante,
- d) fotofobia durante la cefalea,
- e) uno o más familiares de primer grado diagnosticados como migrañosos,
- f) diagnóstico independiente de migraña (por un médico distinto),
- g) cefalea usualmente precedida por alteraciones visuales, hemiparestesias, hemiparesias transitorias o dificultad perceptible para articular palabras.

2. Cefalea tensional.

Ocurrencia de tres episodios de cefalea por semana como mínimo y presencia de dos de los síntomas siguientes:

- a) cefalea usualmente descrita como bilateral y que se inicia en las regiones occipital, suboccipital o parte posterior del cuello,
- b) cefalea usualmente descrita como sensación de opresión externa y/o como casco o turbante,
- c) cefalea usualmente descrita como dolor sordo permanente,
- d) diagnóstico independiente de cefalea por contracción muscular.

3. Cefalea combinada: migrañosa/tensional.

Presencia de dos síntomas siguientes:

- a) él/la afectado(a) identifica claramente que posee ambos tipos de cefalea y
- b) se observa que cumple los criterios antes mencionados para cada tipo de cefalea.

Para llevar a cabo el diagnóstico es importante tomar en cuenta que el trastorno no sea menor de tres meses y que ninguna característica se haya modificado en tres meses; que el trastorno no

haya comenzado después de un traumatismo o pérdida del conocimiento. Es importante confirmar que no hay una patología orgánica comprobable a través de los estudios de gabinete y laboratorio.

Es importante notar que estos criterios diagnósticos tomaron como base al Comité Ad Hoc incluyendo los criterios de tiempo.

3.3 Nueva Clasificación Internacional del Dolor de Cabeza.

Esta clasificación surge con la inquietud de tomar en cuenta otros aspectos que las clasificaciones anteriores no han hecho. De acuerdo a Olesen (1989), el dolor de cabeza puede cambiar no solo cuantitativamente, sino también cualitativamente; un paciente puede tener una o más formas de dolor de cabeza no solo en un periodo de dolor, sino incluso a lo largo de su vida. En este sistema el paciente recibe un diagnóstico para cada forma distinta de dolor de cabeza y se reconoce que no es posible clasificar todos los episodios de dolor de cabeza en todos los pacientes y que a su vez estos no pueden recordarlos suficientemente bien, la idea es clasificar la forma más importante o quizá una o dos. El aspecto cuantitativo debe también ser tomado en cuenta. De ahí que este sistema sugiera que cada diagnóstico debe ser seguido por un número estimado de días de dolor de cabeza por año, de acuerdo a su forma particular. Las reglas generales para el diagnóstico de acuerdo a este sistema son:

1. Si el paciente tiene más de un desorden de dolor de cabeza todos deben ser diagnosticados en el orden de importancia indicado por el paciente.
2. Al hacer un diagnóstico, todos los síntomas del conjunto de criterios diagnósticos deben ser cumplidos.
3. Después de cada diagnóstico agregar el número estimado de número de días con dolor de cabeza por años, entre paréntesis.
4. El criterio diagnóstico dado en un nivel de uno o dos dígitos deben estar generalmente compuesto por las subformas, pero las excepciones y/o más criterios específicos son enlistados debajo de las subformas.

5. Los pacientes quienes por primera vez desarrollan una forma de dolor de cabeza en una relación temporal cercana al inicio de uno de los desórdenes enlistados en los grupos 5-11 (ver Olesen, '1989) son codificados en estos grupos usando los cuatro dígitos para especificar el dolor de cabeza.
6. Codificar el grado (número de dígitos).
7. Si un tipo de dolor de cabeza cubre el criterio diagnóstico para las diferentes categorías del dolor de cabeza, codificar la primera categoría en la clasificación para la cual cumple los criterios.
8. Aunque un paciente tenga una forma de dolor de cabeza que cumple con los criterios diagnóstico de ese conjunto pueden ocurrir episodios que no lo satisfagan completamente. Esto puede deberse al tratamiento, a la falta de habilidad para recordar los síntomas exactamente y otros factores. Se debe pedir al paciente que describa un ataque típico sin tratamiento o un ataque con tratamiento no exitoso e indagar que no ha habido suficientes de estos ataques para establecer el diagnóstico. Entonces, se estiman los días por año con este tipo de dolor de cabeza, agregando también los ataques con tratamiento y los ataques menos típicos.
9. Un obstáculo mayor para un diagnóstico exacto es la confiabilidad sobre la historia del paciente para determinar si se cumple con los criterios; en los casos menos claros es recomendable pedir al paciente que lleve a cabo un monitoreo diario de las características de un ataque prospectivamente usando un dolor de cabeza antes de que el diagnóstico sea hecho.
10. Si un cuarto dígito es usado en asociación con un diagnóstico de dos niveles, insertar cero como el tercer dígito.

CLASIFICACION

1. Migraña
 - 1.1 Migraña sin aura
 - 1.2 Migraña con aura
 - 1.2.1 Migraña con aura típica

- 1.2.2 Migraña con aura prolongada
- 1.2.3 Migraña hemipléjica familiar
- 1.2.4 Migraña basilar
- 1.2.5 Aura migrañosa sin dolor de cabeza
- 1.2.6 Migraña con inicio agudo de aura
- 1.3 Migraña oftalmopléjica
- 1.4 Migraña retinal
- 1.5 Síndromes periódicos en la infancia que podrían ser precursores a la migraña o asociados con ésta.
 - 1.5.1 Vértigo paroxismal benigno
 - 1.5.2 Hemiplegia alternativa de la niñez
- 1.6 Complicaciones de la migraña
 - 1.6.1 Estado migrañoso
 - 1.6.2 Infarto migrañoso
- 1.7 Desorden migrañoso que no cubre los criterios de arriba
- 2. Dolor de cabeza tipo tensional
 - 2.1 Dolor de cabeza tipo tensional episódico
 - 2.1.1 Dolor de cabeza tipo tensional episódico asociado con el desorden de los músculos pericraneales.
 - 2.1.2 Dolor de cabeza tipo tensional episódico no asociado con el desorden de los músculos pericraneales
 - 2.2 Dolor de cabeza tipo tensional crónico
 - 2.2.1 Dolor de cabeza tipo tensional crónico asociado con el desorden de los músculos pericraneales
 - 2.2.2 Dolor de cabeza tipo tensional no asociado con el desorden de los músculos pericraneales
 - 2.3 Dolor de cabeza tipo tensional que no cubre los criterios anteriores

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. Migraña

Como los términos de migraña común y migraña clásica se han confundido, se ha optado por remplazarlos por migraña sin aura y migraña con aura. El aura es el complejo de síntomas

neurológicos focales los cuales inician o acompañan un ataque. Los síntomas premonitorios ocurren horas, o un día, o dos antes de un ataque de migraña (con aura o sin aura). Estos usualmente consisten de hiperactividad, hipoactividad, depresión, deseo de comidas especiales, bostezos repetidos y síntomas atípicos especiales. El término pródomos ha sido usado con diferentes significados, la mayoría son sinónimos de aura; no deberían ser usados ni tampoco términos ambiguos como "síntomas de alarma".

1.1 Migraña sin aura

Términos usados previamente: Migraña común, hemicranea simple.

Descripción: Ideopático, desorden de dolor de cabeza recurrente que se manifiesta en ataques que duran de 4 a 72 horas. Las características típicas del dolor son la localización unilateral, la cualidad púlsatil, intensidad moderada o severa, agravación por la actividad física rutinaria y asociada con náuseas, fotofobia y fonofobia.

Criterios diagnósticos:

A. Al menos cinco ataques que cubran los incisos B-D

B. Ataques de dolor de cabeza de 4 a 72 horas, (no tratados o tratados inexitosamente)

C. Dolor de cabeza que al menos tiene dos de las siguientes características:

1. localización unilateral

2. cualidad de púlsatil

3. intensidad severa o moderada (inhibe o prohíbe actividades diarias)

4. agravación por subir escaleras o actividad física similar rutinaria.

D. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes:

1. náusea y/o vómito

2. fotofobia y fonofobia

E. Al menos uno de los siguientes:

1. Historia de exámenes físicos y neurológicos que no sugieren uno de los desórdenes enlistados en los grupos 5-11

2. Historia de exámenes neurológicos y/o físicos que sugieren tal desorden, pero que es determinado por investigaciones apropiadas.

3. Tal desorden se presenta, pero los ataques de migraña no ocurren la primera vez en relación temporal cercana al desorden.

Comentarios: La separación de migraña sin aura del dolor de cabeza tipo tensional episódico podría ser difícil. De ahí que por lo menos se requieran cinco ataques. Los pacientes raramente buscan a un médico antes de que ellos hayan tenido muchos ataques, y este requerimiento por lo tanto excluye muy pocos de los cuales debían ser codificados en el 1.7.

1.2 Migraña con aura

Términos previamente usados: migraña clásica, oftálmica, hemiparastésica, hemipléjica o migraña afásica o migraña acompañada, migraña complicada.

Descripción: Idiopática, desorden recurrente que se manifiesta con ataques de síntomas neurológicos inequívocamente localizables a corteza cerebral o flujo sanguíneo, usualmente se desarrolla gradualmente en 5 a 20 minutos y usualmente dura menos de 60 minutos. Dolor de cabeza, náuseas y la fotofobia usualmente seguido de síntomas de aura neurológica directamente o después de un intervalo libre de menos de una hora. El dolor de cabeza usualmente dura de 4 a 72 horas, pero podría estar completamente ausente (1.2.5).

Criterios Diagnósticos:

A. Al menos dos ataques que cubran B

B. Al menos tres de las siguientes cuatro características:

1. uno o más síntomas de aura reversible completos indicando disfunción de la irrigación del cerebro y/o cortical cerebral focal
2. al menos un síntoma de aura que desarrolle gradualmente durante más de 4 minutos o dos o más síntomas que ocurren en sucesión
3. ningún síntoma de aura que dure más de 60 minutos. Si más de un síntoma de aura se presenta la duración aceptada es incrementada proporcionalmente
4. el dolor de cabeza sigue de la aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos (podría comenzar antes o simultáneamente con el aura).

C. Al menos una de las siguientes:

1. Historia de exámenes físicos y neurológicos que no sugieren uno de los desórdenes enlistados en los grupos 5-11

2. Historia de exámenes físicos y/o neurológicos que sugieren tal desorden, pero que es determinado por las investigaciones apropiadas.
3. Tal desorden se presenta, pero los ataques de migraña no ocurren la primera vez en relación temporal cercana al desorden.

Coexistencia de migraña y dolor de cabeza tensional.

El dolor de cabeza tipo tensional y la migraña frecuentemente coexisten en el mismo paciente. El diagnóstico que previamente se había usado era el de "dolor de cabeza combinado", pero nunca ha sido definido, (Olesen, 1989). Estos pacientes para Olesen (1989) representan una variante del continuo de aquéllos que tienen pura migraña con respecto a aquéllos que tienen migraña y cantidades moderadas de dolor de cabeza tipo tensional, de la misma manera de aquéllos que tienen un dolor de cabeza puramente tensional con respecto a aquéllos que tienen tensional y cantidades moderadas de migraña. El concepto de combinada por lo tanto es arbitrario y ha sido juzgado como imposible de cubrir un conjunto de criterios diferenciales para darle una categoría diagnóstica definida. Los pacientes en este caso deberían ser diagnosticados como puramente migrañosos o tensionales aun cuando se presenten las dos formas. Por tanto es de importancia dar el número de días estimados por año del dolor de cabeza, para dar una relativa importancia a cualquiera de las dos condiciones.

2. Dolor de cabeza tipo tensional

Términos previamente usados: dolor de cabeza tensional, dolor de cabeza por contracción muscular, dolor de cabeza psicomigénico, dolor de cabeza por estrés, dolor de cabeza ordinario, dolor de cabeza esencial, dolor de cabeza ideopático y dolor de cabeza psicogénico.

El subgrupo de dolor de cabeza tensional en una forma episódica y una forma crónica es introducido porque los pacientes con dolores de cabeza diarios o casi diarios constituyen un gran grupo en las prácticas hospitalarias. Su tratamiento y quizá también sus mecanismos patogénicos varían considerablemente. Hay una gran disputa respecto a la importancia de la contracción muscular pero faltan estudios conclusivos.

2.2 Dolor de cabeza crónico de tipo tensional.

(se utilizan los números de la clasificación original)

Término previamente usado: dolor de cabeza diario o crónico.

Descripción: el dolor de cabeza se presenta por lo menos 15 días en un mes durante al menos 6 meses. El dolor de cabeza es usualmente presionante, tirante en su cualidad, con una severidad moderada o mediana, bilateral y no se empeora con la actividad física rutinaria. Pueden ocurrir las náuseas o la fotofobia.

Criterios diagnósticos.

A. Frecuencia promedio del dolor de cabeza de 15 días al mes (180 días por año) por 6 meses llenando los criterios del B al D).

B. Al menos dos de las siguientes características del dolor:

1. cualidad presionante o tirantez
2. severidad mediana o moderada (podría inhibir pero no prohíbe las actividades diarias)
3. localización bilateral
4. no se agrava por subir las escaleras o con una actividad física rutinaria similar.

C. Ambos de los siguientes:

1. No hay vómito
2. No más de uno de los siguientes: Náusea, fotofobia o fonofobia.

D. Al menos uno de los siguientes:

1. Historia de exámenes físicos y/o neurológicos que no sugieren uno de los desórdenes enlistados en los grupos 5-11.

2. Historia de exámenes físicos y/o neurológicos que sugieren tal desorden, bajo las investigaciones pertinentes.

3. Tal desorden se presenta pero el dolor de cabeza tipo tensional no ocurre por primera vez en relación temporal cercana al desorden.

2.2.1 Dolor de cabeza crónico tipo tensional asociado con el desorden de los músculos pericraneales.

Término previamente usado: dolor de cabeza por contracción muscular crónico.

Descripción: Dolor de cabeza tipo crónico asociado con los niveles incrementados de tirantez y la electromiografía de los músculos pericraneales.

Criterios diagnósticos:

A. Criterios completos para el 2.2

B. Al menos uno de los siguientes:

1. tirantez incrementada de los músculos pericraneales demostrada por la palpación manual o mediante el uso del algómetro de presión.
2. Nivel electromiográfico incrementado de los músculos pericraneales en reposo o durante exámenes fisiológicos.

2.2.2 Dolor de cabeza crónico tipo tensional no asociado con el desorden de los músculos pericraneales.

Términos previamente usados: dolor de cabeza idiopático crónico, dolor de cabeza crónico psicógeno.

Descripción: dolor de cabeza tipo tensional con niveles normales de tirantez y electromiográficos de los músculos pericraneales.

Criterios diagnósticos:

A. Llena los criterios para el 2.2

B. Tirantez no incrementada de los músculos pericraneales. Si fue estudiado el electromiograma de los músculos pericraneales muestran niveles normales de actividad.

2.3 Dolor de cabeza tipo tensional que no llena los criterios de arriba.

Descripción: dolor de cabeza que se cree una forma de dolor de cabeza tipo tensional, pero que no llena criterios diagnósticos para cualquiera de las formas de dolor de cabeza de tipo tensional.

Criterios diagnósticos:

A. Llena solo uno de los criterios para cada forma de dolor de cabeza de tipo tensional.

B. No llena los criterios para la migraña sin aura.

3.4 Comentarios sobre las diversas categorías diagnósticas.

Cada una de las categorías diagnósticas presentan limitaciones y aportaciones al conocimiento del dolor de cabeza y en algunos casos para el tratamiento de cada tipo. A pesar de que existen estas categorías solo el 10% de los pacientes diagnosticados de dolor de cabeza son debido a causas orgánicas, el restante 90% no son diagnosticados de acuerdo a un sistema estandarizado de categorías. La mayoría de ellos son diagnosticados como sufridores de dolor de cabeza tensional y una porción más pequeña como sufridores de migraña .

De la misma manera un gran número de médicos utilizan el término "dolor de cabeza psicogénico" y lo usan en sus diagnósticos, como sinónimo de cualquier dolor de cabeza sin causa orgánica comprobable y se asume que el dolor de cabeza frecuentemente representa un sentimiento de incomodidad más que un síndrome (Zenz, 1983).

Hay una tendencia a utilizar la cefalea tensional como sinónimo de cefalea por contracción muscular. Aunque hay estudios que demuestran que no hay una relación directa entre el dolor y la contracción muscular sostenida de los músculos del cuello, la cabeza y la cara. Sólo el estudio de Olesen (1989) aclara esta diferencia para asignar una u otra categoría diagnóstica, aunque en otros sistemas esta diferenciación se hace dándole el nombre de cefalea psicogénica para los casos donde no hay evidencia de contracción muscular.

Albany (cit. por Blanchard et al., 1985) presenta dos conclusiones para llevar a cabo el diagnóstico:

1) se observa alguna tendencia o rasgo diferencial en la respuesta de los pacientes con cefalea de tipo migrañoso y de tipo tensional, y al mismo tiempo se observa un gran solapamiento de síntomas en ambos tipos de pacientes,

2) es claro que en la cefalea migrañosa o combinada no existen síntomas patognómicos.

Para esto Albany recomienda realizar una historia clínica detallada y sopesar los datos. Mientras que Olesen (1989) recomienda diagnosticar, no una cefalea combinada, que para él solo es parte del continuo crónico del dolor de cabeza, sino diagnosticar una de las dos formas de dolor de acuerdo a la importancia que tiene para cada paciente una u otra forma.

De acuerdo a esto no solo hay dificultad para diagnosticar la cefalea tensional o por contracción muscular basada en su supuesta etiología por contracción muscular; sino también en la cefalea combinada o mixta. Respecto a ésta última, en la Clasificación de Olesen (1989) no se le da una categoría como tal sino que se inclina a verla dentro del "continuo de dolor de cabeza por severidad" de Bakal (1982), siendo la cefalea mixta solo una forma cuantitativamente diferente en este continuo donde la migraña y la cefalea tensional son los extremos.

La postura de Bakal (1982) propone que sería preferible considerar que todas las personas que padecen de dolor de cabeza crónico constituyen un mismo grupo en que las diferencias son más bien de carácter cuantitativo que cualitativo, considerando que no existen categorías diferenciales tajantes de cefaleas, sino más bien una única cefalea crónica, la cual varía de intensidad y frecuencia, así como de ciertos síntomas predominantes que no niegan la posibilidad de que se presenten otros, en función de cada individuo. Bakal y sus colaboradores aportan datos donde demuestran la existencia de un gran solapamiento de síntomas en cada una de las categorías tradicionales del Comité Ad Hoc para el diagnóstico de la cefalea.

Sin embargo, la importancia del diagnóstico o de un diagnóstico adecuado depende del enfoque con el que se da la explicación al dolor de cabeza y las posibles alternativas de tratamiento de acuerdo a este. Para Blanchard et al. (1985), aunque no niegan que el modelo de "cefalea única" o "modelo de intensidad", lo rechazan ya que por sus datos y su experiencia han observado una tasa de éxito en el tratamiento que varía según el grupo diagnóstico de cefalea, así como las variables que indican el éxito terapéutico que son distintas en los diversos grupos de cefalea e indica que se pueden hacer predicciones más ajustadas si los pacientes se subdividen de acuerdo al tipo de cefalea que padecen que si estos son considerados en forma global.

Respecto al comentario de Olesen (1989) de que el paciente difícilmente recuerda adecuadamente el episodio de dolor de cabeza y sus características y que el diagnóstico sería dudoso por el autorreporte subjetivo del paciente; Turkat et al. (1981), en un estudio investigó la validez del autorreporte y su concordancia con los criterios de la Clasificación Ad Hoc, con la que habían sido diagnosticados los pacientes. Encontraron que existe una buena posibilidad de que los diagnósticos sean válidos basados en autorreporte subjetivo de las características del dolor de cabeza. Estos autores no dejan de lado la necesidad de utilizar autorreportes conductuales,

automonitoreo del dolor de cabeza y sus síntomas, medidas psicofisiológicas y el uso de una lista de chequeo por síntoma para verificar el diagnóstico y llevar estas medidas tanto en los episodios de dolor como en aquéllos sin dolor. El uso de los índices psicofisiológicos, cognitivos y motores tanto en los estados de dolor como en aquéllos sin éste, incrementaría la validez del diagnóstico.

En un estudio realizado por Blanchard et al. (1981) el grado de acuerdo en el diagnóstico independiente del dolor de cabeza por un neurólogo y por un psicólogo clínico fue de 86.4%. En este estudio se da la importancia al diagnóstico para el tratamiento que se va a dar y la importancia que para la investigación tiene. Para conducir una buena investigación se deben tener grupos relativamente homogéneos. La importancia de este estudio radica en que en los criterios del Comité Ad Hoc se da un acuerdo razonable sobre el diagnóstico por miembros de diferentes disciplinas.

Resumiendo, parece que el sistema más completo es el utilizado por Olesen (1989). Sin embargo el propósito de este estudio no es tomar una postura respecto al valor que una u otra clasificación tienen, sino únicamente dar a conocer las diferentes categorías y criterios con los que se lleva a cabo el diagnóstico. Así como no verifica la eficacia de las implicaciones sobre los diversos tratamientos, sin embargo se consideró importante mencionarlos para conocimiento del lector. De la misma manera y bajo la misma postura se presentan en el siguiente capítulo los tratamientos psicológicos y conductuales más importantes para el dolor de cabeza crónico.

CAPITULO 4

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS PARA EL DOLOR DE CABEZA CRONICO

En un inicio, la base del tratamiento para cualquier forma de dolor de cabeza estaba basado en la supuesta etiología correspondiente al tipo de dolor y sus características, por ejemplo el dolor de cabeza por contracción muscular requería de relajación muscular para disminuir la tensión muscular y por ende dar alivio al dolor. Sin embargo, en la actualidad, así como se discute la veracidad de los supuestos etiológicos, se pone en duda la justificación para uno u otro tipo de tratamiento. Una de las evidencias es que distintos tratamientos dan resultados en la disminución del dolor en diversos diagnósticos.

En los pacientes con dolor de cabeza se presentan algunas características importantes que afectan el tratamiento, estos pacientes demandan más exámenes físicos y se resisten a la ayuda psicológica, por ello la tendencia a abandonar la terapia es alta y muchos de ellos no están interesados en una evaluación psicológica y en el tratamiento de su queja por métodos psicológicos (Packard, 1979, cit. por Zenz, 1983). Estos pacientes continúan con la cognición de que su padecimiento es una enfermedad física y para algunos sin ninguna conexión con sus eventos psicológicos. A pesar de que algunos identifican algunas emociones y/o sentimiento, así como eventos psicológicos que pueden disparar su dolor o empeorarlo o desaparecerlo, dicha relación no esta clara y los analgésicos comunes no alivian el dolor.

4.1 Tratamiento para el dolor de cabeza por contracción muscular o tensional.

4.1.1 Retroalimentación Biológica

Una de las formas de tratamiento para el dolor de cabeza tensional ha sido la retroalimentación biológica basada en la disminución de los niveles electromiográficos de los músculos frontales o del cuello, porque al parecer se dirige directamente a la raíz del problema, que es la tensión muscular incrementada en las áreas donde el dolor se localiza (Borgeat, F., Elie, R. y Laurouche, L.M., 1985). Numerosos estudios han comprobado la eficacia en la disminución del dolor a través del uso de esta técnica encontrando que su efecto de la disminución del dolor de cabeza y de la tensión muscular se mantiene en seguimientos de 3 a 10 meses (Carrobles J., Cardona A. y Santacreu, J., 1981).

Uno de los primeros estudios fue el de Budzynski et al. (1973) quien demostró que los niveles electromiográficos eran más altos en los pacientes con dolor de cabeza tensional que los sujetos sin dolor. Por ello la causa inmediata del dolor fue asociada con una contracción muscular sostenida del cuero cabelludo y los músculos del cuello.

La hipótesis inicial de Budzynski era que si los pacientes se les enseñaba a relajar estos músculos, el dolor se aliviaría; comprobó que con la técnica de retroalimentación electromiográfica había una generalización de la relajación a otros músculos, especialmente en la cabeza y el área del cuello y por ello el entrenamiento era efectivo en la reducción de la frecuencia y severidad de los dolores de cabeza.

En este estudio los pacientes aprendieron a disminuir sus niveles electromiográficos frontales de un 50% a 70% en tres o seis sesiones de 20 minutos. Conforme estos pacientes mejoraban en su entrenamiento, desarrollaban la conciencia de los niveles de tensión maladaptativos (que se suponía provocaban el dolor), seguido de la habilidad para eliminar la tensión y por tanto los dolores leves y moderados. Algunos pacientes aplicaron este aprendizaje a situaciones diarias con un cambio en el estilo de vida.

Hay algunas observaciones interesantes en este estudio, como:

1. El automonitoreo ocasiona una disminución de los parámetros del dolor, lo que podría ser tomado como un placebo o como una respuesta de sugestión.
2. Los niveles electromiográficos dan una medida promedio de 10 microvoltios que sería por lo menos el doble de lo que presentan los sujetos control, sin dolor. Sin embargo, esta observación no es confiable, ya que las medidas y el tipo de aparato con las que se hacen no están controlados de un estudio a otro.
3. En el seguimiento se encontró una disminución de los reactivos de depresión, ansiedad, tensión, insomnio, irritabilidad, pensamientos persistentes, desinterés sexual, del cansancio, apatía y la conducta compulsiva de los pacientes que habían disminuido el dolor considerablemente.
4. En aquellos individuos que no disminuyeron el dolor de cabeza fue difícil que lo eliminaran ya que este les permite evitar ciertas situaciones provocadoras de ansiedad o manipular a personas de su familia o trabajo.

Sin embargo, la relación lineal entre dolor de cabeza y la contracción muscular medida en los niveles electromiográficos no se ha podido demostrar en todas las investigaciones. Algunos pacientes muestran una asociación positiva entre el dolor de cabeza y los incrementos en la tensión muscular mientras otros no. Los que mostraron la asociación positiva mostraron una mejoría sintomática rápida que fue perdiéndose conforme avanzaba el entrenamiento. Por ello, "parece no

haber una relación entre su mejoría clínica y su aprendizaje de la disminución electromiográfica" (Borgeat et al., 1987 p. 390).

Al parecer los sufridores de dolor de cabeza son heterogéneos con respecto a su respuesta dolorosa y los incrementos de la tensión muscular, mientras algunos pacientes reportan dolor al aumentar la tensión otros no. En el estudio de Borgeat et al. (1987) el 50 % de los sujetos muestra esta asociación positiva, mientras que el otro 50% no muestra esta relación. De ahí que la incidencia del dolor y la actividad frontal para algunos pacientes parece ser una independiente de la otra. Philips y Hunter (1978, cit. por Ramírez, 1985) establecieron que apesar de los cambios en la tensión muscular hay otros componentes que cambian y no son explicables por ésta, parece ser que otros factores fisiológicos, psicológicos o sociales parecen jugar un rol importante en el tratamiento y en la etiología.

Respecto a los efectos del tratamiento con retroalimentación electromiográfica, Holroyd et al. (1984) sugieren que la efectividad esta mediada por los cambios cognitivos inducidos por el desempeño y no por la reducción de la tensión muscular. Para ello propone dos modelos del cambio terapéutico en el entrenamiento electromiográfico con retroalimentación, a saber:

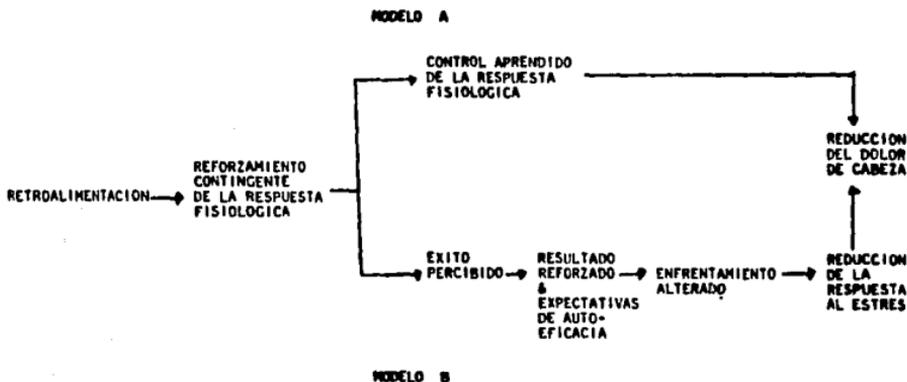


FIG. A DOS MODELOS DEL CAMBIO TERAPEUTICO EN ENTRENAMIENTO ELECTROMIOGRAFICO, HOLROYD, ET AL. (1984, p.1040).

En el modelo A se asume que dando retroalimentación contingente a la respuesta de la contracción muscular (que presumiblemente contribuye a los dolores de cabeza) el entrenamiento con retroalimentación permite a los sufridores adquirir el control de la respuesta de contracción muscular, por tanto la actividad de dolor de cabeza se reduce. Durante el entrenamiento de retroalimentación los pacientes aprenden a evocar un estado generalizado de baja reactividad, así como reducir la actividad electromiográfica de los músculos específicos. El punto central de este modelo es que la retroalimentación contingente a la actividad electromiográfica permite a los sufridores de dolor de cabeza tesimal controlar las respuestas fisiológicas relacionadas al dolor y por lo tanto controlar el dolor de cabeza. Este modelo se basa en las correlaciones positivas entre la reducción de la actividad electromiográfica y el mejoramiento.

El modelo B se deriva de otros modelos generales de cambio psicoterapéutico que enfatizan el impacto del desempeño en el proceso cognitivo que al parecer media la mejora de los síntomas. Específicamente se hipotetiza que si los pacientes perciben el entrenamiento electromiográfico como un tratamiento creíble y se perciben a sí mismos como exitosos en la tarea de retroalimentación respecto a sus propios esfuerzos, primero tenderán a ver su dolor de cabeza dentro de un locus de control interno y segundo se verán así mismos como autoeficaces y capaces de influenciar sus dolores de cabeza. Se espera que estos cambios cognitivos produzcan un nuevo y más persistente esfuerzo para afrontar el estrés relacionado con el dolor de cabeza. Mediante el énfasis de atender las sensaciones corporales, la retroalimentación biológica aumentaría la conciencia de las sensaciones asociadas con el inicio del dolor de cabeza para manejarlo. La reducción del dolor es hipotizado como una consecuencia de cambios cognitivos y conductuales estimulados por los sucesos contingentes y no como una consecuencia del esfuerzo del paciente para controlar la actividad electromiográfica. Este modelo se basa en las correlaciones positivas de la evidencia de los cambios en la percepción del desempeño exitoso que inducen cambios en las expectativas que producen la mejora.

En este estudio de Holroyd et al. (1984) a los pacientes que se les indica que tienen un alto nivel de eficacia, el locus de control se enfatiza hacia lo interno y aumenta su autoeficacia significativamente y el dolor de cabeza disminuye acentuadamente, aun cuando los niveles de tensión muscular no disminuyen en la misma medida, y aun más, independientemente si se les había enseñado a reducirla o aumentarla. El locus de control y la autoeficacia correlacionaron positivamente con las reducciones en el dolor. En este estudio se enfatizó la importancia de la percepción que los sujetos tuvieron de su desempeño, lo cual no indica que la retroalimentación sea irrelevante sino que el aspecto del desempeño contingente a esta da una mejora significativa.

4.1.2. Relajación Muscular

Por otra parte, el entrenamiento en relajación sea muscular progresiva o mediante frases autogénicas, es una estrategia más general y global para conseguir la reducción de la activación autónoma y la tensión musculoesquelética ya que el entrenamiento en retroalimentación es considerado como menos global pues se supone se aplica a una respuesta fisiológica específica.

La relajación es una estrategia que tiene como finalidad reducir la intensidad del estrés e interrumpir la activación fisiológica. Esta puede ser activa como en el caso de las secuencias de tensión-relajación de varios grupos musculares o puede ser pasiva mediante las frases autogénicas.

La economía en el entrenamiento en relajación, y dado que se ha mostrado que produce los mismos efectos sobre el dolor de cabeza que la retroalimentación, se vuelve importante considerar sobre la retroalimentación que requiere de un equipo más sofisticado. Cox, Freundlich y Meyer (1975, cit. por Ramírez, 1985) demostraron que la práctica en casa de la relajación es tan efectiva como la retroalimentación en la reducción del dolor y de la tensión muscular.

4.1.3. Terapia Cognitiva

Otra alternativa de tratamiento es la terapia cognitiva que se ha usado con éxito para aminorar la severidad del dolor.

De esta manera, Meichenbaum (1976 cit. por Blanchard et al., 1985) señaló que el uso de la relajación y la retroalimentación biológica fracasan porque sólo se basan en las respuestas fisiológicas y no toman en cuenta los componentes cognitivos, afectivos, sensoriales y conductuales de los trastornos del estrés. Se argumenta que "estas técnicas ignoran los efectos interactivos acumulativos y perjudiciales de los antecedentes de tipo ambiental, situacional y psicológico decisivos en la producción de la cefalea y no proporciona al paciente conductas opcionales que le permitan afrontar los aspectos estresantes en su entorno" (Blanchard et al., 1985 p.387).

El objetivo de la terapia cognitiva era enseñar a los sujetos a identificar y posteriormente a modificar las respuestas cognitivas no adaptativas supuestamente mediadoras en la aparición del dolor de cabeza. En las primeras sesiones de entrenamiento se enseñó:

- a) las señales capaces de provocarles tensión y ansiedad,
- b) la respuesta que generaban cuando se encontraban tensos y ansiosos,
- c) sus pensamientos antes, durante y después de la tensión y

d) la relación entre sus cogniciones, la tensión y el dolor de cabeza.

Una vez hecho el análisis se les enseñó a interrumpir la secuencia cognitiva disfuncional lo antes posible.

Los tratamientos cognitivos que suelen aplicarse son por ejemplo, la combinación de la relajación mental y la relajación diferencial, la autodesensibilización, la detención del pensamiento, la eliminación de la preocupación, la concentración experiencial, la implosión, el entrenamiento encubierto y abierto en asertividad, la restricción del tiempo, el modelado encubierto, la repetición proyectada, la desensibilización in vivo, el pensamiento racional, la reevaluación cognitiva, el entrenamiento en asertividad, etc.

Los tratamientos cognitivos tienen un ámbito de actuación más amplio e intentan proporcionar al paciente una serie de habilidades generales para la solución de problemas o habilidades de afrontamiento que pueden aplicarse en un amplio rango de situaciones o de estresores capaces de provocar la cefalea. La terapia cognitiva se centra en los acontecimientos que anteceden y covarían con la cefalea, y su principal objetivo es la modificación de estos acontecimientos. Holroyd y Andrasik (1982, cit. por Blanchard et al., 1985) indican que el objetivo principal ha de ser el de modificar los correlatos psicológicos de la cefalea, por ejemplo, sentimientos de indefensión, malestar emocional y los factores de la vida del paciente que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia el dolor de cabeza aun cuando no se produzca en una estrecha proximidad con los episodios del dolor de cabeza. Estos autores concluyen que el componente más importante de la terapia cognitiva ha de ser enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para vigilar y analizar la aparición del dolor de cabeza. Una vez desarrollada la habilidad son capaces de interrumpir la cadena causal de la cefalea.

De acuerdo a esto, los mejores candidatos a este tipo de terapias parecen ser aquellos sujetos más orientados psicológicamente, es decir, aquellas personas que aceptan rápidamente un modelo causal psicológico de sus dolores de cabeza y están acostumbrados a pensar que ciertos acontecimientos físicos tienen una causa psicológica. Los peores candidatos para el tratamiento cognitivo son aquellos que se resisten a crear un modelo causal psicológico.

Para concluir, respecto al tratamiento para los pacientes con cefalea tensional, Ramírez (1985) sugiere un modelo más integral que incluya componentes psicológicos y sociológicos, así como los factores fisiológicos. Para este autor, el tratamiento debería considerar:

a) los individuos que muestran una tensión anormal en los músculos cervicales o cefálicos, es más probable que se beneficien de la retroalimentación electromiográfica y

b) la relajación o psicoterapia breve puede disminuir el costo y la actividad del dolor de cabeza.

Lo que este autor sugiere es que se lleve a cabo una diferenciación de aquellos pacientes que realmente presentan el correlato fisiológico del dolor de cabeza tensional de aquellos que no lo presentan y cuya sintomatología corresponde al tipo tensional.

4.2 Tratamiento para la migraña.

4.2.1 Retroalimentación Biológica

Las descripciones del tratamiento del dolor de cabeza vascular con retroalimentación biológica han comenzado desde hace más de 15 años, con el trabajo inicial de Sarget, Green y Walters (1973 cit. por Blanchard et al., 1990) en la Fundación Meninger, encontrándose resultados exitosos en cuanto a la disminución del dolor en estos pacientes.

Para el tratamiento de la migraña se han utilizado diversas técnicas, la más común ha sido la retroalimentación térmica. La justificación de la biorretroalimentación térmica es que "la sangre que circula por el sistema vascular periférico de las manos y de los dedos es el principal mecanismo de calentamiento de estas partes del cuerpo, para que aumente la temperatura de la piel ha de ocurrir una de estas dos cosas: o bien el corazón ha de aumentar la frecuencia de su latido a fin de bombear mayor cantidad de sangre a través del sistema circulatorio (venciendo una resistencia periférica fija) o bien las arteriolas y los capilares han de dilatarse para permitir que aumente el flujo de sangre circulante, la retroalimentación estaría implicada en este último. Para que los vasos periféricos delgados puedan dilatarse ha de producirse un descenso en la actividad del sistema nervioso simpático o lo que es lo mismo un descenso del llamado tono simpático", (Blanchard et al., 1985 p. 106-107). Parece ser que la retroalimentación biológica térmica puede ser un sistema indirecto de enseñar a los pacientes a regular la actividad del sistema nervioso simpático periférico, por tanto el control voluntario del tono simpático puede tener un efecto profiláctico sobre la cefalea migrañosa y además, en algunos individuos, un efecto abortivo de la misma.

Por otra parte la retroalimentación vasomotora, que es otra forma de tratamiento para la migraña, conlleva el registro de la respuesta vasomotora, generalmente la amplitud del pulso o el grado relativo de dilatación o constricción de la arteria al pasar la sangre por ella mediante el fotopleiográfgrafo. Durante la fase de dolor de un ataque de migraña las arterias cerebrales internas (y posiblemente otras arterias cerebrales externas) se dilatan ocasionando el dolor de tipo pulsátil que siente el paciente. El entrenamiento en retroalimentación biológica enseña a controlar voluntariamente la dilatación y constricción relativa de la arteria temporal.

Aunque algunos de los mecanismos en que se basan estos dos tipos de tratamiento retoman la etiología tradicional, se han puesto en duda, ya que algunos pacientes no presentan la secuencia

de constricción-dilatación en el ataque de migraña inducido experimentalmente, o cuando esta presente el ataque migrañoso las medidas de la dilatación arterial de algunos pacientes no difieren significativamente de los sujetos que no padecen migraña, (Bakal, 1982). Por otra parte la temperaturas basales de los migrañosos no difieren significativamente de los sujetos control, por lo que estos mecanismos no son ni necesarios ni suficientes para que se presente el dolor migrañoso.

Gauthier J., Lacroix R., Coté A., Doyon J. y Drolet M. (1985) evaluaron la efectividad de la retroalimentación del aumento de la temperatura del dedo y la reducción en el volumen del pulso sanguíneo, es decir, la retroalimentación en la constricción de la arteria temporal. Encontrando que ambas técnicas eran igualmente efectivas para controlar el dolor de cabeza migrañoso. En este estudio se encontró que estos pacientes pueden autoregular la temperatura del dedo y la respuesta del pulso del volumen sanguíneo temporal, pero no ambas al mismo nivel de eficacia. Las habilidades aprendidas en el entrenamiento para controlar el volumen sanguíneo pudieron ser generalizadas en casa para aprender a controlar el dolor de cabeza. Los pacientes mejoraron incluso cuando los niveles de las habilidades no se generalizaban bien en la evaluación del postratamiento. Por ello es difícil establecer que la retroalimentación previene solo la dilatación o la constricción. Por otra parte, los pacientes que tuvieron una mayor variabilidad del volumen del pulso sanguíneo temporal durante el entrenamiento fueron también quienes mejoraron más después del tratamiento.

4.2.2. Terapia cognitiva y Relajación.

La terapia cognitiva como la relajación muscular han sido también empleadas en el tratamiento de la migraña, sea solas o en combinación una con otra y/o combinadas con la retroalimentación térmica o vasomotora; encontrándose generalmente resultados favorables en cuanto a la disminución del dolor.

De esto Blanchard et al., 1985 hace una recopilación de estudios, estos son:

- Passchier et al. en 1985 encontró que la combinación de la terapia cognitiva más la retroalimentación térmica era superior a cualquiera de las dos por sí solas,
- Lake et al., en 1979 no encontró un incremento en la efectividad terapéutica al agregar terapia cognitiva.
- En el estudio de el mismo Blanchard et al. (1990) no encontraron ventaja al agregar la terapia cognitiva.

En la misma línea, al tratamiento en relajación muscular progresiva para los migrañosos se aumentó el uso de terapia cognitiva para evaluar si al agregarla al tratamiento había una mejoría mayor ya que se encontró que la terapia cognitiva unida a la relajación fue superior al grupo de psicoterapia para disminuir los parámetros del dolor, y aún más, que una terapia puramente cognitiva era superior en la reducción del dolor que la retroalimentación. Al evaluar el grupo de relajación muscular y al grupo de relajación muscular más terapia cognitiva encontraron que en ambos grupos hubo una reducción del dolor de cabeza. Aunque basándose en el índice de dolor no hay una diferencia clara entre las dos condiciones mientras que usando el índice de mejoría clínica hay una tendencia de ventaja al agregar la terapia cognitiva (Blanchard, E., Appelbaum, K. y Radnitz, C., 1990a). Concluyéndose que la relajación muscular progresiva es adecuada para reducir el dolor, sin embargo la adición de una técnica de afrontamiento al estrés a través de la terapia cognitiva da cierta ventaja en la mejoría y sería una recomendación clínica agregarla.

4.2.3 Programa de ejercicio aeróbico.

El entrenamiento en ejercicio aeróbico ha sido efectivo en desórdenes como la hipertensión límitrofe, obesidad, desórdenes de ansiedad y depresión, con un buen número de beneficios psicológicos y fisiológicos. En este tipo de entrenamiento se supone ocurre una vasodilatación periférica tanto durante y después de los periodos de ejercicio, una vascularización colateral incrementada, una mejor distribución sanguínea periférica y una mejora en la adaptación física y psicológica al estrés. Por estos elementos de reducción de la reactividad simpática y los cambios vasculares, se utiliza el entrenamiento en ejercicio aeróbico para el tratamiento de dolor de cabeza vascular (Dowell, 1983, cit. por Fitterling et al., 1988).

En otro orden de ideas, uno de los problemas para el tratamiento de cualquier enfermedad es la adherencia de los sujetos a éste. Por ello Fitterling et al. (1988) implementaron un programa conductual para incrementar la adherencia de los migrañosos a un protocolo de ejercicio aeróbico, donde se observó una alta tasa de deserción. En este estudio el paquete conductual constaba de contratos, sesiones clínicas en casa, entrenamiento en inoculación, retroalimentación del desempeño y premios, estrategias cognitivas como la distracción y reforzamientos sociales resultando efectivo en la adherencia conductual para el ejercicio aeróbico. Respecto al ejercicio aeróbico los pacientes tuvieron dolor en las primeras sesiones, aunque reportaron reducciones del dolor de cabeza clínicamente significativas y se relaciona la mejoría a los efectos moduladores del estrés y cardiovasculares específicos. Resumiendo, se comprobó que el ejercicio aeróbico es un tratamiento eficaz para el dolor de cabeza vascular y que un programa de adherencia es eficaz para tratamiento con alta deserción.

4.2.4 Observaciones de otros estudios.

Al igual que el análisis que hace Holroyd et al. (1984) en su modelo B sobre el cambio terapéutico en el entrenamiento electromiográfico para los sufridores de dolor de cabeza tensional, se atribuye la mejora a un incremento en la autoeficacia y el locus de control interno. Mizener, D., Thomas, M. y Billings, R. (1988) indicaron que conforme se progresa en el entrenamiento con retroalimentación en los pacientes migrañosos se da una serie de cambios cognitivos, como las creencias sobre su habilidad para controlar los procesos fisiológicos y su salud en general, y las estrategias de afrontamiento usadas. Se encontró que los pacientes se vuelven más internos acerca del control de su salud general y un aumento de su creencia de la habilidad para controlar sus procesos fisiológicos e ignoraban sus sensaciones del dolor más que cuando comenzaba el tratamiento; usaron autoevaluaciones como estrategias para disminuir lo catastrófico. El cambio en la cognición tuvo lugar antes y entre el tratamiento. El solo informarles que es posible controlar el proceso fisiológico parece impactar en sus creencias, incluso sus temperaturas se habían incrementado en la sesión de pretratamiento, quizás porque el primer contacto disminuye la ansiedad. Aunque no basta con las creencias favorables se requiere de un entrenamiento real y objetivo que indique al sujeto por dónde dirigir sus respuestas. Aun cuando no se aprende a controlar la temperatura de la mano, los pacientes sienten más control de sus procesos fisiológicos, la creencia es más sólida una vez que se aprendió a controlarla. Aunque este estudio no determina cuándo ocurre exactamente el cambio, es claro que estos procesos ocurren y se solidifican cuando el entrenamiento progresa y se logra un control de la respuesta térmica.

No solo los tratamientos psicológicos son favorables para disminuir el dolor, el tratamiento farmacológico es adecuado para algunos pacientes y con un programa conductual para fortalecer la ingesta de estos pueden dar los resultados deseados, (Holroyd, K., Holm, J. y Hursey K., 1988). De acuerdo a estos autores las características de los pacientes podrían ser usadas para elegir la mejor modalidad del tratamiento para el paciente:

- a) se sugiere que la terapia con fármacos sea usada en los pacientes con dolores vasculares relativamente continuos y frecuentes,
- b) los pacientes con rasgos de enojo es poco favorable que respondan a un tratamiento farmacológico.

Sin embargo, no hay que olvidar los efectos secundarios en el uso de fármacos y la ventaja que tienen las técnicas conductuales al no presentar éstos, además de la generalización que se hace de las habilidades aprendidas en un rango más amplio de situaciones vitales.

4.3 Conclusiones sobre los diversos tratamientos para el dolor de cabeza crónico.

Después de la revisión de los diversos estudios para cualquiera de las formas de dolor de cabeza crónico mediante técnicas conductuales, hay algunas observaciones importantes.

1.- El efecto del automonitoreo, en muchos pacientes ejerce un papel de placebo o sugestión ya que por si solo provoca la disminución del dolor de cabeza sin la intervención del tratamiento. En el automonitoreo de los pacientes en la práctica clínica se observa una disminución del dolor días antes de comenzar el tratamiento; en casos extremos el dolor llega a desaparecer. Sin embargo, esto no es confiable por que se puede presentar una recuperación de los síntomas y del dolor.

2.- No hay una relación lineal entre los supuestos teóricos que sostienen la elección del tratamiento y la etiología del tipo de dolor, esto significa que se logran cambios importantes en los parámetros de dolor incluso cuando se contradice el supuesto básico del tratamiento, por ejemplo aumentar la contracción muscular mediante la retroalimentación biológica.

3.- Es importante mencionar que hay una heterogeneidad en cuanto a la respuesta psicofisiológica de los pacientes de dolor de cabeza crónico, que supuestamente es la causa de su desorden. Por ejemplo, algunos pacientes experimentan dolor al aumentar la contracción muscular, mientras otros no; algunos pacientes presentan ataques migrañosos al inducir la vasoconstricción experimentalmente, mientras otros no.

4.- De los resultados del tratamiento no se puede inferir la etiología del dolor.

5.- Se desconocen los mecanismos específicos por los que funciona el entrenamiento con retroalimentación, y se observa que tiene un efecto generalizado en otro tipo de respuestas fisiológicas diferentes a las que estaba dirigido. Produciéndose una disminución de la reactividad psicofisiológica en el paciente.

6.- Se observa que si bien no se llega a disminuir la respuesta fisiológica, por ejemplo disminuir la contracción muscular frontal o la temperatura periférica aumenta ésta, si se da una estabilidad en la respuesta.

7.- Mediante el entrenamiento en relajación, retroalimentación y algunas técnicas conductuales se observa un incremento en la conciencia de los estados tensionales o estresantes por parte del paciente.

8.- Cuando las expectativas corresponden a las del modelo explicativo que se proporciona sobre su dolor, la mejoría es más rápida, ya que se hipotetiza que estas expectativas se cumplen.

9.- El informar al paciente sobre un desempeño exitoso hace que aumente su percepción de su auto eficacia y su locus de control interno se incrementa, repercutiendo esto en el control que tiene del dolor produciendo una disminución de éste.

10.- El contacto con el terapeuta, al igual que en otros trastornos psicológicos, influye sobre el dolor de cabeza.

11.- En los estudios de tratamientos conductuales se observa una disminución significativa en el uso de medicamentos.

12.- Así como el éxito en el tratamiento influye en la autoeficacia y el locus de control, algunas características psicológicas como la depresión, ansiedad, tensión, disminuyen.

En diversos estudios se ha observado que el tratamiento tiene efectos sobre las características psicológicas de los pacientes, en el siguiente capítulo se mencionan las características psicológicas del paciente con trastornos psicósomáticos sin haber recibido algún tipo de tratamiento psicológico.

CAPITULO 5

LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Dar una definición de personalidad es difícil pero se puede decir que " la personalidad es un conjunto de cualidades psíquicas concientizadas por el sujeto y que lo hacen diferente a los demás" (Diez Benavidez, 1975, p. 511); considerando la personalidad como organización dinámica del individuo con cualidades psicofisiológicas, sociales, afectivas, intelectuales, conductuales y somáticas. Se incluye además la actitud del individuo hacia sí mismo y la comprensión que tiene de su situación biológica, psicológica y social.

Por otro lado, un trastorno psicósomático se definiría "como la enfermedad cuyo desarrollo se considera determinado en grado importante por factores psicológicos. Entre las enfermedades hipotéticamente agrupadas en esta categoría se encuentran las diversas afecciones cutáneas, la hipertensión esencial, la afección coronaria, el asma, la úlcera péptica, la colitis úlceroa, algunos tipos de dolor crónico, como el dolor de espalda o el de cabeza, etc. Los estudios orientados a definir los mecanismos psicológicos actuantes han explorado la posibilidad de un tipo común de personalidad, un conflicto emocional específico, un conjunto particular de experiencias infantiles o cierta forma de estrés vital. Término sinónimo de este es trastorno psicofisiológico", (Diccionario de Psicología fisiológica y Clínica, 1986, p. 287).

De esta forma, la medicina psicósomática es una disciplina que se avoca a la relación entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos, esto es, las emociones expresan la unidad psicofisiológica del organismo. Este campo permite relacionar algunas funciones y disfunciones viscerales con ciertas tendencias de personalidad y contenidos emocionales; como la hostilidad, la angustia, el miedo y la tristeza. El objeto principal de los estudios psicósomáticos es relacionarlas con sus manifestaciones psicofisiológicas.

Por ello, en el área de estudios psicósomáticos es necesario reconocer algunos elementos de la emoción (De la Fuente, 1981):

- a) un afecto es un estado privado o subjetivo experimentado por el sujeto,
- b) un conjunto complejo de procesos bioquímicos y neuroendócrinos que representan el aspecto fisiológico y
- c) la exteriorización de un estado subjetivo y ese estado fisiológico mediante las pautas expresivas, cambios faciales, contracción de grupos musculoesqueléticos, rubor, llanto, etc.

Algo que se enfatiza en estos puntos es que las variables psicológicas son susceptibles de intervenir como causas determinantes de alteraciones fisiológicas capaces de generar daños tisulares a largo plazo. Una hipótesis del por qué se originan éstas es que hay una gran cantidad de angustia y agresividad que ha sido reprimida pero que no ha dejado de existir y que afecta el funcionamiento de los órganos (De la Fuente, 1981).

Siguiendo con esta línea, la afección psicósomática de acuerdo a Halliday (1973) es un desorden corporal cuya naturaleza puede ser apreciada solamente cuando los trastornos emocionales o acontecimientos psicológicos son investigados en relación con los trastornos físicos o acontecimientos somáticos. Estos trastornos pueden ser ubicados en los siguientes sistemas con sus manifestaciones correspondientes:

- 1.- Aparato digestivo: úlcera duodenal, úlcera gástrica, colitis mucosa, gastritis, hemorroides, etc.
- 2.- Aparato cardiovascular: hipertensión esencial, trombosis coronaria y hemorragia cerebral.
- 3.- Aparato genitourinario: enuresis nocturna, trastornos menstruales, leucorrea, afección urinaria piogénica, etc.
- 4.- Aparato locomotor: neuritis, ciática, lumbago y artritis reumatoide.
- 5.- Glándulas endócrinas: bocio exoftálmico e hipertiroidismo, diabetes, obesidad, etc.
- 6.- Sistema nervioso: hemicrania (dolor de cabeza).
- 7.- Sangre: anemia hipocrómica.
- 8.- Piel: alopecia areata, prurigo, prurito, urticaria, seborrea, etc.

5.1 Teorías sobre los trastornos psicósomáticos y la personalidad.

El enfoque psicósomático no es novedoso, desde los griegos con Hipócrates ya se postulaba la existencia de trastornos físicos relacionados a la evidencia psicológica tipificadas en ciertas categorías.

Flanders Dunbar (1945, 1947; cit. por De la Fuente, 1981 y por Wittkower y Cleghorn, 1966), investigó la posibilidad de correlacionar algunos padecimientos que habían sido considerados como muy influidos por condiciones psicológicas con ciertos aspectos manifiestos de la personalidad, es decir, el perfil psicológico. No estaba de acuerdo en que las enfermedades orgánicas de origen psicógeno son una prueba de un proceso simbólico como el que planteaba Freud. Mas bien creía que los acontecimientos en el plano psíquico pudieran correlacionarse con los acontecimientos en el plano somático. Expresó explícitamente que en el caso de muchos pacientes con trastornos psicósomáticos, "el aparato mental resulta incapaz de canalizar un grado suficiente de energía instintiva en el nivel físico, por lo cual permanecen con la necesidad constante de contener la tendencia refleja de lucha o huida y que la constante superactividad de las vías nerviosas y humorales conectadas con esas dos pautas refleja conducen a la enfermedad psicósomática específica", (Wittkower y Cleghorn, 1966 p. 16). Dunbar sostuvo la teoría de que cada grupo psicósomático ha desarrollado un estilo cognitivo personal como resultado de una deficiente integración con su ambiente y que cada estilo anormal y/o trastorno psicósomático corresponde a un perfil específico de la personalidad. Esto es que el desorden psicósomático se produce en individuos con personalidad de determinado perfil.

Dunbar obtenía el perfil de personalidad extrayendo factores comunes de las historias longitudinales de casos. Para él el conflicto básico se daba en el plano emocional que giraba alrededor de las tendencias de lucha o de huida.

Franz Alexander (1948, cit. por Wittkower y Cleghorn, 1966) negó también que para explicar las neurosis orgánicas pudiera utilizarse el canal simbólico de expresión para expresar la consecuencia fisiológica de la tensión emocional, creyó que el conflicto se da entre el deseo de recibir y retener, y el deseo de dar o expeler. Propuso el siguiente esquema conceptual:

- 1) Todas las funciones humanas sanas y enfermas son psicósomáticas.
- 2) Las emociones se asocian siempre con pautas de acción expresadas a través de una parte del SNA y de los órganos por él inervados.
- 3) Para las emociones específicas existen pautas vegetativas adecuadas.

- 4) Las emociones a las que no se da una expresión manifiesta conducen a una tensión crónica, intensificando así el grado de inervación vegetativa concomitante y prolongando esta en el tiempo.
- 5) La resultante inervación excesiva del órgano lleva al trastorno de la función que termina eventualmente en cambios morfológicos de los tejidos.

Para Alexander el conflicto básico de recibir y retener o de dar y expeler, si se considera como la expresión psíquica, no se modifica por la experiencia externa y los acontecimientos del mundo exterior solo podrían desencadenar respuestas fisiológicas; a partir de entonces se hacen autónomas e inconscientes. Empleaba el término de estructura específica de carácter es decir, "cada estado emocional corresponde a un síndrome específico de cambios fisiológicos" (De la Fuente, 1981, p.276). Si una idea o sentimiento no puede ser expresado, la acción concomitante del SNA es bloqueada y la energía se mantiene internamente en forma crónica. Postula la existencia de una relación específica entre una emoción y la función de un órgano.

Respecto a la agresión relacionada a los procesos somáticos Franz Alexander considera que pueden distinguirse tres fases y que la detención del impulso hostil puede ocurrir en algunas de esos tres niveles, dando lugar en cada uno a distintas manifestaciones patológicas, (De la Fuente, 1981). Las fases son:

- 1.- La agresión es conceptual. Consiste en la elaboración de fantasías preparatorias, el sujeto hace planes y visualiza su ataque. Cuando el impulso hostil es reprimido a este nivel, el sujeto sufre de dolor de cabeza.

- 2.- La agresión es vegetativa, consiste en cambios metabólicos y en la distribución de la sangre en forma conveniente para una actividad concentrada. La represión del impulso agresivo a este nivel se traduce por hipertensión esencial arterial, en los sujetos predispuestos.

- 3.- Esta fase es neuromuscular, a este nivel el impulso ha alcanzado su camino para la acción explícita en la forma primitiva de un ataque físico. Si la suspensión de la acción ocurre a este nivel, existe la posibilidad de que el enfermo desarrolle artritis.

Tanto Dunbar como Alexander llegaron a la conclusión de que por lo menos algo de la carga total de energía emocional reprimida, queda libre de organización por los procesos mentales más elevados y puede descargarse en las vías vegetativas, logrando así directa expresión fisiológica. Es importante mencionar que estos autores destacan la importancia de las manifestaciones fisiológicas por algún conflicto psicológico, sin que la manifestación responda a una patología física real subyacente; que los factores psicológicos pueden causar fuertes manifestaciones fisiopatológicas y que a la larga pueden causar un daño tisular.

Por otra parte Wolff (1950-1957, cit. por Wittkower y Cleghorn, 1966) ponía gran énfasis en los estímulos ambientales. Sostenía que las situaciones adversas de la vida hacen brotar las respuestas emocionales conscientes asociadas con una amplia variedad de reacciones orgánicas que son siempre las mismas: rubor, tumefacción, hipersecreción e hipermotilidad. Afirmaba que los patrones de enfermedad no son específicos para un agente noxivo, sino que son reacciones defensivas de naturaleza no específica. Cuando los seres humanos se sienten amenazados se defienden o atacan valiéndose de medios generales o locales. En estos procesos algunas funciones se disminuyen y otras son promovidas. Algunos medios son eficaces pero cuando son usados en forma prolongada o muy repetida algunas estructuras resultan permanentemente dañadas. Los patrones defensivos más comunes son:

- 1.- Reacción defensiva de la nariz,
- 2.- Pauta defensiva gástrica,
- 3.- Pauta expulsiva del intestino grueso.

Los reactores nasales, gástricos, vasculares, etc. pretenden explicar la preferencia en la utilización de una pauta en lugar de otra. Según Wolff puede ocurrir una pauta defensiva que se utiliza únicamente ante ciertas situaciones de amenaza en tanto que otras no sólo no la provocan sino que la inhiben. "La propensión a usar ciertas pautas defensivas está establecido en el organismo y suele ser común en las familias", (Wolff, 1959, cit. por De la Fuente, 1981 p. 290).

Wolff aceptaba que el organismo humano reacciona no sólo a la tensión manifiesta sino también a la tensión simbólica. La respuesta somática completa no necesita producirse por símbolos individuales; la reacción protectora dominante es la reacción orgánica que aparece como demostrable y medible al observador, mientras las demás continúan latentes e inmensurables.

Las posturas psicósomáticas se pueden dividir en dos, la de especificidad y la de inespecificidad del órgano. Especificidad se refiere a que hay un órgano o función que presentan cierto desorden psicofisiológico ante determinado perfil de personalidad o trastorno emocional determinado. Mientras que inespecificidad no establece esta relación unívoca.

Las opiniones en favor de la especificidad pueden agruparse de acuerdo a De la Fuente (1981) de acuerdo a los autores que cita en tres puntos de vista principales:

- 1.- La postura de G. Groddeck quien tomó como pauta explicativa de los síntomas psicósomáticos el mecanismo de los síntomas conversivos donde los factores psicológicos que perturban las funciones viscerales son específicos y al igual que en los casos de conversión

histérica tiene un contenido conceptual y un significado simbólico; la viscera afectada expresa ese contenido que es inconsciente para el sujeto.

2.- Flanders y Dunbar postulan que existe una correlación específica entre ciertos rasgos de carácter, "el perfil psicológico" y ciertas enfermedades.

3.- A cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica que no es patológica en sí misma, pero que por sus persistencias debido a los obstáculos que existen; para su alivio pueden llegar a producir alteraciones estructurales.

Los que se inclinan por la inespecificidad sostienen que los estímulos psicológicos diferentes pueden producir las mismas respuestas vegetativas. Estas últimas son comprensibles como respuestas del organismo ante situaciones que ponen en peligro su integridad. Wolff y Seyle (1953 y 1952, cit. por De la Fuente, 1981) son los principales ponentes, ambos postulan que las enfermedades psicosomáticas son enfermedades de adaptación causadas por situaciones de apremio o estrés insistentemente repetidas o prolongadas. La selección del órgano se explica por factores constitucionales o por la adquisición temprana de vulnerabilidad selectiva.

5.2 Factores psicológicos etiológicos de los trastornos psicosomáticos.

Holliday (1973) llevó a cabo un resumen de los factores etiológicos de los trastornos psicosomáticos resumiéndolos como sigue:

- 1.- Emoción como factor desencadenante, donde el proceso corporal surge o vuelve a parecer al enfrentarse con una situación emocional perturbadora.
- 2.- Tipo de personalidad, un tipo de personalidad tiende a asociarse con cada tipo específico de afección.
- 3.- Distribución por sexo.
- 4.- Asociación con otras afecciones psicosomáticas, distintas afecciones psicosomáticas pueden aparecer en el mismo individuo simultáneamente.
- 5.- Antecedentes familiares.
- 6.- Manifestaciones periódicas, con fases de recrudescimiento, intermitencia y recurrencia.
- 7.- La aparición o incidencia de la enfermedad se relaciona con las modificaciones sobrevenidas en el medio colectivo, psicológico o socialmente considerado.

En el mismo orden de ideas, el paciente psicosomático sería aquel que a primera vista está aquejado por una enfermedad corporal perfectamente localizada, pero que si el trastorno se manifiesta en un órgano o sistema no radica en él; es producto de un trastorno en la personalidad y de su desarrollo psicológico. "Se trata de una persona con tensiones, conflictos y frustraciones", (Diez, 1975, p. 618).

El conocimiento de las enfermedades psicosomáticas, de acuerdo con Diez (1975) debe partir de la personalidad, de sus tensiones y de sus conflictos, y observar cómo se llega al trastorno funcional de los órganos incluso a la lesión. La enfermedad es un acontecimiento central en la vida del que la padece cuyas repercusiones psíquicas y físicas serán tales en función de la personalidad del sujeto con un sufrimiento emocional agregado.

En resumen, la presente investigación se guía por el supuesto de que un determinado perfil de personalidad produce un desorden psicosomático específico de dolor de cabeza crónico. Es decir, se adopta la postura específica ya que en la práctica clínica se ha observado que los pacientes de determinado diagnóstico de dolor de cabeza reportan o manifiestan ciertos rasgos particulares. Sin embargo esta es sólo una observación subjetiva y aislada, por ello uno de los objetivos del presente trabajo es ver si estas particularidades son estadísticamente significativas a través de la medición de las características psicológicas con ciertos instrumentos psicométricos.

CAPITULO 6

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL SUFRIDOR DE DOLOR DE CABEZA CRONICO

6.1 Personalidad y dolor

Desde el punto de vista psicodinámico las características de los pacientes con dolor (Engels, 1959 y Blumer et al, 1975; cit. por Webb, 1983), fueron el haber tenido una atmósfera de distancia emocional y maltrato físico. Las circunstancias que produjeron los estados dolorosos ocurrieron cuando el sujeto sentía la necesidad de sufrir, encarar una fantasía de pérdida o el miedo a dicha pérdida, o cuando tenía sentimientos de culpa por intensos impulsos sexuales o agresivos, la autoinflicción del dolor sería una forma de control de la propia agresión. Atkinson (1976, cit. por Elton, D., Stanley, G. y Burrows, G., 1978) estableció que una personalidad que se siente culpable y es autopunitiva es una de las causas contribuyentes a la génesis del dolor.

En esta misma perspectiva psicodinámica, Hart (1947 cit. por Elton et al., 1978) argumenta que el dolor de la culpa es tan grande, que el dolor somático intenso es reforzado. El paciente tuvo un acercamiento ambiguo al dolor y por ello:

- 1.- relaciona el dolor a una necesidad de la niñez satisfecha, tal dolor y el llanto recuerdan la conducta de protección de la madre y aquel experimentaría el "dulce placer",
- 2.- relacionó el dolor al castigo de sus padres que es el dolor infligido ante un acto indebido y entonces el dolor se convierte en una señal de culpa pero es aceptado como un medio de expiación y perdón.

Por otro lado, en un estudio que medía la autoestima hecho por Harrison (1973, cit. por Ziegler, 1979) los pacientes con dolor crónico se ven a sí mismos como más neuróticos, más ansiosos y vulnerables que los sujetos sin dolor.

Las fallas de algunos pacientes para mejorar bajo los regímenes médicos convencionales llevaron a Elton et al. (1978) a revisar las características psicológicas de los pacientes con dolor crónico al cual se le han atribuido características como ansiedad, neurotismo, introversión y depresión. Su hipótesis es que el dolor físico disminuye la autoestima del individuo por la creencia de que sería capaz de funcionar bien en todas las áreas, tales sentimientos como la culpa y la

responsabilidad de fallar contribuyen a esta disminución. Otro elemento es la traslación del dolor psíquico al físico por la identificación con otros miembros de la familia, los sentimientos de martirio serían la descarga de los impulsos hostiles en una forma indirecta y con las ganancias secundarias correspondientes. Esta descripción indica que este paciente tendría problemas de personalidad y un pobre autoconcepto con la fácil aceptación del "rol de enfermo" que sugiere el miedo a responder a los problemas diarios y sus dudas respecto a su propia habilidad para enfrentarse a las exigencias de la vida. El dolor sería una oportunidad para huir

Por ello, la baja autoestima estaría relacionada con la gente insatisfecha acerca de su vida, que se siente incapaz de controlar su futuro. Esto indica una relación entre la baja autoestima y el dolor persistente, y también una relación entre el aumento de autoestima y la reducción del dolor. Los pacientes que mostraron una reducción en el dolor con tratamientos psicológicos mostraron una mejora significativa en sus puntajes de autoestima. De ahí que se sugiera que el dolor tiene causas subyacentes psicológicas y por tanto sería conveniente poner atención a los antecedentes psicológicos de los pacientes, ya que aquéllos con una alta autoestima tendrían mayor oportunidad de responder favorablemente a los métodos convencionales de tratamiento para el dolor mientras que aquellos pacientes con una baja autoestima no se beneficiarían de estos si sus problemas psicológicos no son vistos desde antes.

Respecto a los problemas psicológicos de los sufridores del dolor Webb (1983) menciona tres estudios relevantes, a saber:

1. Sternbach en 1975, indicó que algunas de las características de personalidad que están relacionadas al dolor muestran cambios cuando el dolor disminuye de manera moderada o desaparece, hay una reducción significativa en las escalas de histeria e hipocondriasis del MMPI. Siendo la escala de hipocondriasis la más elevada en los pacientes con dolor no orgánico.

2. Blumer en 1982 indicó que otro de los problemas psicológicos detectados en los sujetos con dolor crónico es la depresión, encontró una alta prevalencia de depresión en estos pacientes, aproximadamente el 57% de estos mientras que otros presentaban una depresión enmascarada. Estos pacientes con dolor crónico padecen insomnio, pérdida de la autoestima y otros síntomas que sugieren un desorden depresivo.

3. Aunque, esto lo pone en duda Mersky y Pilowsky en 1982, quienes citan tasas bajas de depresión y en su lugar encontraron una prevalencia de aproximadamente el 10% de desórdenes afectivos y de enojo reprimido; ellos llamaron a esto una "enfermedad conductual" que es más comúnmente descrita como una respuesta adaptativa al estrés. Sin embargo encontraron altos puntajes de hipocondriasis, trastornos somáticos, negación de problemas, irritabilidad e inhibición afectiva.

4. Skevington en 1982 y 1983, describe que estos pacientes al externalizar sus problemas se quejan de otros y experimentan sentimientos de indefensión, son descritos como más pasivos e involucran conductas de sueño alteradas.

En un estudio de Strassberg, D., Reimherr, F., Ward, M., Rusell, S. y Cole, A., (1981) donde se empleó el MMPI para identificar algunas características psicológicas de los pacientes con dolor crónico se encontró que estos pacientes mostraban marcadas elevaciones en las tres escalas de la triada neurótica (Hs-hipocondriasis, D-depresión e Hi-histeria), "estas dos elevaciones y sólo estas parecen caracterizar consistentemente al paciente con dolor crónico", (Strassberg et al., 1981, p. 221).

Respecto a este instrumento, Maruta et al. (1976 cit. por Strassberg et al. 1981) encontraron que los pacientes masculinos puntuaron significativamente más alto que las mujeres en las escalas de hipocondriasis, histeria y depresión, además encontró que el patrón V conversivo (hipocondriasis e histeria por arriba de depresión) era evidente para los pacientes hombres, mientras que los puntajes de la escala de depresión para el grupo de mujeres tendía a estar al mismo nivel que la de hipocondriasis y la de histeria.

Sternbach et al. (1973 cit. por Strassberg et al., 1981) reportó que los perfiles del MMPI de los pacientes masculinos indicaron un disturbio psicológico más grande que los pacientes femeninos, con evidencias significativas para la puntuación t entre la escala de psicatenia (Pt) y la de desviación psicopática (Pd). También descubrió diferencias significativas entre los pacientes con dolor de menos de 6 meses comparados con aquellos de más de 6 meses.

Sin embargo, respecto a las diferencias sexuales, en el estudio de Strassberg et al. (1981) encontraron que los pacientes femeninos generaban perfiles más elevados que los masculinos con diferencias en las escalas de depresión, histeria y sociabilización, siendo las más altas. Los pacientes masculinos demostraron una marcada elevación de la escala de hipocondriasis y depresión, mientras las mujeres tendieron a invertir este patrón con la escala de histeria siendo la más alta que la de hipocondriasis y depresión.

Se encontraron algunas diferencias:

1) la triada neurótica esta sustancialmente más elevada para los pacientes con dos o más quejas que aquellos con una sola parte de su cuerpo con dolor, la diferencia más acentuada se encontró en la escala de hipocondriasis, y

2) los pacientes con quejas múltiples demostraron puntajes de sociabilización más altos (escala 0) que los que solo presentaban una queja.

Por lo anterior, se asume que hay diferencias claras en los perfiles del MMPI de aquellos pacientes con una sola queja que los que presentan múltiples. Se sugiere que habría un

solapamiento de características psicológicas más grande en aquéllos con quejas múltiples que aquéllos con una sola fuente de dolor. La escala de hipocondriasis parece ser más sensitiva para diferenciar entre los diferentes tipos de dolor ya que los sufridores de dolor de espalda y cabeza crónico puntuaron considerablemente más alto que otros con otro tipo de dolor. Esto refleja las preocupaciones corporales excesivas de los pacientes con dolor de espalda y cabeza, y sugiere la posibilidad de un componente funcional más fuerte de sus quejas.

Resumiendo, se puede concluir que el dolor afecta significativamente las características psicológicas del individuo y que se pueden determinar utilizando ciertos instrumentos.

6.2 Personalidad y dolor de cabeza crónico

Respecto al dolor de cabeza como una forma de dolor crónico, los factores emocionales y psicológicos han sido largamente reconocidos como importantes en la etiología del dolor de cabeza. En los 1880's Breuer y Freud notaron que los dolores de cabeza de los pacientes a menudo desaparecían después de que sus estados emocionales mejoraban y que el dolor era un síntoma significativo en los estudios de histeria. En 1960 Wolff una vez más enfatizó esta relación entre los factores psicológicos y el dolor de cabeza, (cits. por Dhopes, V., Herring, C. y Anwar, R., 1980).

En la literatura psicósomática hay una descripción de la personalidad del paciente con dolor de cabeza, como personas que tienen un carácter obsesivo, agresivos, con baja tolerancia a la frustración y que tienden a ser pasivos (Lamprecht, 1979; Sommer y Overbeck, 1977 cits. por Zenz, 1983).

Weatherhead (1980) menciona que Kashiwagi et al. en 1972, Cassidy et al. en 1957, Diamond y Baltes en 1971 y Ziegler en 1979, encontraron una incidencia de dolor de cabeza en los pacientes maniacodepresivos y, que Friedman y Frazier encontraron una baja incidencia de dolor de cabeza en la esquizofrenia. Esto se ha usado como evidencia para hipotetizar que hay una relación entre esas características psicológicas marcadas en esos grupos diagnósticos y el dolor de cabeza.

Respecto a los diagnósticos psiquiátricos, en el estudio de Phillips y Hunter (1982) encontraron que a pesar de que los dolores de cabeza tensionales y migrañosos eran más frecuentes y severos en este tipo de poblaciones pocos pacientes ven sus dolores de cabeza como un problema grave. Tuvieron puntuaciones psicométricas de tendencias neuróticas y de introversión, y fueron más frecuentemente diagnosticados como neuróticos que aquellos pacientes cuyos dolores eran menores o no presentaban dolor de cabeza. El 80% de la población psiquiátrica

reportó dolores de cabeza de por lo menos hacía 6 meses. De acuerdo a este estudio el punto de vista de que los dolores de cabeza son necesariamente el síntoma o producto de un desorden psiquiátrico no es aceptada del todo. Aunque en el 26% de los casos los dolores de cabeza empeoraron después del inicio de la enfermedad psiquiátrica. Tampoco se encontró una relación entre que el dolor de cabeza fuese migrañoso o tensional y el diagnóstico de depresión o de histeria, la única distinción diagnóstica fue del dolor de cabeza y la neurosis. Ambos dolores de cabeza estuvieron asociados con el diagnóstico de neurosis, pero no hubo diferencias a este respecto entre los dos tipos de dolor.

De acuerdo a Eker Khouri-Haddad (1984) los problemas psicológicos son un factor común en la mayoría de los pacientes con dolor de cabeza y que estos pacientes se esfuerzan por el perfeccionismo y la eficiencia, son inflexibles, ambiciosos, insatisfechos, resentidos, ansiosos y tensos, reservados, reprimidos, sensitivos, dominantes y que poseen poco sentido del humor. Reportan ambivalencia no resuelta y hostilidad reprimida en contra de las personas que aman. Estas personas intentan controlar un sentido de inseguridad mediante la conciencia y tienen un sentido exagerado de la responsabilidad, tienen un deseo inconsciente de mantenerse en una posición de dependencia y un miedo inconsciente a la competencia, tienen una falta de confianza en sí mismos con respecto a su ambiente y han, pobremente, reprimido su hostilidad con o sin depresión. Estos datos provienen de las observaciones clínicas de los pacientes.

El estudio de Eker Khouri-Haddad (1984) es la presentación de las conclusiones derivadas de las consultas psiquiátricas de 4 años. El encontró que estos pacientes con dolor de cabeza crónico se mostraban en una actitud defensiva y se mostraron ofendidos cuando el médico a algún familiar le indicó que su dolor era psicossomático, emocional o de su imaginación. Durante la entrevista se le enfatizó que su dolor no era imaginario y que responde a un mecanismo que no ha sido totalmente entendido. Algunos lograron identificar que había ciertos conflictos capaces de dar inicio o exacerbar el dolor de cabeza. Las situaciones conflictivas fueron identificadas en cuatro áreas mayores:

1.- Familia: amenaza de pérdida (muerte o separación) o pérdida real de una persona significativa o amada o una persona que daba gratificación a una situación de dependencia, enfermedad en la familia, nacimiento de un hermano percibido como rival, hijos que crecen o se encuentran en la adolescencia; nacimiento de un hijo no deseado, problemas conductuales de algún miembro de la familia, alejamiento de uno de los cónyuges, sobrecarga de responsabilidades familiares.

2.- Trabajo/escuela: amenaza o pérdida real del trabajo o negocio, promoción con mayor responsabilidad o falta de promoción, rivalidad con algún compañero, nuevos métodos de

trabajo, conflicto con alguna autoridad, avanzar de nivel, transferencia de lugar de trabajo o escuela.

3.- Ambiente social: contacto con un grupo socioeconómico diferente, moverse a un nuevo lugar de vivienda o a un estado diferente.

4.- Sí mismo: transición de una etapa de vida a otra, inhabilidad para afrontar la movilización de los impulsos sexuales y agresivos, problemas de identidad, confrontación de limitaciones intelectuales, miedo a las responsabilidades de la adultez, del trabajo, matrimonio, divorcio, falta de la realización de metas no realizadas, infelicidad prolongada, aproximación de la vejez, miedo a enfermar y a la muerte, inutilidad y dependencia.

Muchos de estos pacientes son capaces de verbalizar sus sentimientos de inadecuación e inutilidad, ansiedad, enojo o depresión. Otros niegan estos sentimientos y en su lugar enfatizan el dolor de cabeza. De acuerdo a una personalidad básica, la ansiedad incrementada por las inhabilidad para afrontar la experiencia del enojo, ansiedad y/o depresión llevan al dolor de cabeza. Cuando estos sentimientos son expresados directamente el dolor de cabeza no se presentará pero cuando el enojo se reprime, comenzará la somatización. El dolor de cabeza es la expresión más común de este mecanismo, indica Eker Khouri-Haddad (1984). Si el enojo, la ansiedad o depresión son expresados en parte y reprimidos en otra, los síntomas mezclados podrían aparecer; el dolor de cabeza y el enojo u hostilidad; el dolor de cabeza y la ansiedad; el dolor de cabeza y la depresión, etc.

Este autor enfatiza la personalidad como la unidad que conlleva al dolor de cabeza y refuerza la hipótesis del enojo reprimido y la agresión indirecta en los sujetos con dolor de cabeza.

Aunque se indiquen los aspectos de personalidad relacionados con el dolor de cabeza, Zenz (1983) pone en duda que si estas características cualitativas o conductas son una causa o más o menos una consecuencia inmediata de los dolores de cabeza continuos. Las sensaciones del dolor, debido a su naturaleza frustrante podrían evocar agresión así como la ritualización, la conducta obsesiva y el sentido de "inutilidad aprendida" viendo éstas como consecuencias más que como causas.

En esta misma línea de ideas se indica, sobre las consecuencias del dolor: "el dolor severo, si es agudo o crónico, provoca un incremento en la autopreocupación, la eliminación de los contactos sociales y la reducción de la tolerancia a los estímulos externos tales como la luz y el sonido" (Bond, 1980, cit. por Zenz, 1983 p.57). Estas serían las llamadas conductas del dolor mencionadas por Philips (1987).

Uno de los problemas psicológicos que ha sido más relevante en el dolor de cabeza es la depresión. Los puntos relevantes serían (Ziegler, 1979):

1. Todos pacientes con dolor de cabeza se caracterizan por un alto nivel de ansiedad y depresión. Los niveles de depresión en estos pacientes fueron confirmados por Crisp et al., 1977 (cit. por Ziegler et al., 1978).

2. Se han encontrado que esta diferencia era más pronunciada en las mujeres que en los hombres.

3. Kashiwagi et al. (1972 cit. por Ziegler, 1979) afirma que los desórdenes de depresión se encuentra en grados diversos en la población de dolor de cabeza.

4. Usando la escala Zung confirmó este descubrimiento en los sujetos con dolores de severos o incapacitantes predominantemente en las mujeres.

5. Usando el inventario de California, encontró la presencia de depresión en los perfiles psicológicos de los pacientes quienes sufrían de toda clase de dolores de cabeza.

De acuerdo a Weatherhead (1980), como algunos pacientes deprimidos tienen manifestaciones psicológicas y vegetativas la depresión no es del todo evidente. La depresión está convertida en un síntoma somático que es el dolor de cabeza; de ahí que ambos sean referidos como "equivalentes depresivos".

En farmacoterapia donde se han usado drogas antidepresivas, ofrece la evidencia aparentemente significativa de la relación entre la depresión y dolor de cabeza. Algunos estudios han mostrado que los antidepresivos tricíclicos y en particular la amitriptilina son efectivos para reducir el número de dolores de cabeza y la severidad de estos (Couch et al., 1976 y Gomersall, 1973 cit. por Ziegler, 1979).

Sin embargo esta evidencia es dudosa ya que, el que los dos sucesos aparezcan concomitantemente no indica que el uno sea la causa del otro o viceversa. La hipótesis bioquímica al respecto es que tanto la depresión como el dolor comparten algún proceso bioquímico común, que al verse bloqueado por el antidepresivo provoca ciertas manifestaciones en ambos procesos. Sin embargo, este proceso se desconoce y los estudios a este respecto no son conclusivos.

Por otra parte uno de los problemas para determinar la depresión es que si la escala esta midiendo la depresión o la ansiedad, o simplemente los trastornos somáticos y qué tan precisamente puede hacer la distinción entre estos procesos.

En un estudio realizado en nuestro país por Rojas, M., Beltran, B., Vargas, P., Figueroa, C. y Dorantes, F., (1991) con el inventario de depresión de Beck se encontró que el grupo de consulta psicológica sin dolor de cabeza presentó puntajes más altos en este inventario, seguido por el de los sufridores de dolor de cabeza crónico y en último lugar el grupo no clínico. En otros estudios como el de Palacios et al. (1987) y Ramos (1989) usando el mismo instrumento

de medición reportaron puntajes de depresión leve de acuerdo a los niveles establecidos por Beck y cols. (1961, cit. por Rojas, M. et al., 1991). Una de las recomendaciones del estudio de Rojas et al. (1991) es utilizar algún instrumento que tome en cuenta los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y que no considere aspectos somáticos ya que, de acuerdo a este autor, estos últimos interfieren en el puntaje de depresión, dado el tipo de población con dolor crónico. Como puede retomarse hasta este punto, parece no haber estudios conclusivos sobre el papel de la depresión en el dolor de cabeza y aun más si la depresión es o no una característica significativa de estos pacientes.

Otra característica de personalidad importante que menciona Eker Khouri-Haddad (1984), es que los pacientes con dolor de cabeza tienen dificultad en decir "no" y en ser asertivos consigo mismos debido a la duda en sí mismos y la falta de confianza, ya que confunden la aserción con agresión. Estos pacientes frecuentemente racionalizan su falta de aserción con su miedo a herir los sentimientos de los otros, el miedo a la represalia, el miedo a la culpa, el miedo a la pérdida del amor o miedo a la pérdida del control, ya se ha mencionado antes que estos pacientes no han resuelto sus problemas de dependencia y reprimen continuamente su hostilidad. Esto explicaría por qué muchos de estos pacientes tienen dificultades para ser asertivos.

Su agresión fue denominada por Mc Lean (1949 cit. por Eker Khouri Haddad, 1984) como "agresión visceral", que puede ser conscientemente experimentada pero más frecuentemente es inconsciente; a menudo estos sentimientos están dirigidos a un ser amado, el cual es percibido como responsable de la falta de desarrollo de la autoestima y es una fuente de ambivalencia. La necesidad de aserción esta deteriorada por esta hostilidad inconsciente y ambivalente. En la opinión de este autor, la autoestima saludable recibe amor no ambivalente y se da por la aceptación en la niñez temprana. La seguridad desarrollada permite y da la capacidad a la persona de establecer formas saludables de expresión, aserción y afrontamiento. Anteriormente ya se enfatizó el papel que la autoestima tiene para el dolor crónico y la percepción que el sujeto tiene de éste y de sí mismo así como su influencia en el tratamiento y la severidad del dolor. Spurling (1952, 1964, cit. por Eker Khouri-Haddad, 1984) demostró que los pacientes se veían libres de migraña cuando comenzaron a integrar el concepto de que los sentimientos fuertes de enojo y furia no significa que uno tenga que destruir a sus seres amados.

Por otra parte, existen estudios que evalúan parametros más bien de tipo situacional, por ejemplos los eventos del día comparados con el automonitoreo diario del dolor. En el estudio de Arena, J., Andrasik, F y Blanchard, E., (1984) evaluó la relación entre el afecto (enojo, ansiedad y depresión) y el dolor, encontrando que la relación entre estas dos es isomórfica, es decir, un incremento en la actividad del dolor de cabeza esta asociada con los incrementos de emocionalidad

del mismo día, aunque la correlación fue baja es una aproximación significativa. Pero la relación no es inversa, es decir, a un incremento en el enojo no se da siempre un incremento en el dolor. Esto sugiere que el dolor de cabeza estaría en función de otros factores que simplemente el estado afectivo situacional.

6.3 Personalidad del migrañoso.

Uno de los primeros trabajos sobre la personalidad del migrañoso es el de Freida Fromm-Reichman de 1937. "La migraña es la expresión física de hostilidad inconsciente contra las personas amadas conscientemente... los pacientes con migraña vuelven su actividad hostil dirigida a otras personas, y hacia sí mismos... los sujetos introyectan la persona amada y odiada de forma que dañarse a sí mismos significa, al mismo tiempo, herir a la otra persona introyectada y viceversa..." (p. 27-32 cit. por Blanchard et al., 1985 p.39).

Otra de las primeras descripciones de la personalidad de los sujetos con dolor de cabeza migrañoso fue la de Wolff (1959 cit. por Passchier, et al., 1984) que los describió como ansiosos, ambiciosos, ordenados, inflexibles y sobresociabilizados. Frecuentemente muestran repetición de actos y evitan decisiones irreflexivas las cuales pueden estar relacionadas con su miedo a la crítica. Son poseedores de un alto grado de perfeccionismo y de una gran cantidad de energía, empuje y capacidad de lucha, amante del orden y resistente al cambio, socialmente es reservado, distante y frío. El enojo es raramente expresado en forma directa hacia otras personas pero es frecuentemente volcado hacia sí mismos. La descripción de Wolff estuvo basada en los datos colectados durante entrevistas. Estas observaciones son apoyadas por Alvarez y Friedman (1974 cit. por Williams, D., Thompson, K., Haber, J. y Raczyński, J., 1986). Los investigadores orientados psicoanalíticamente han reportado que el enojo reprimido es pantognómico en la migraña (Spierling, 1952, cit. por Schnard, D. y Hunter, J., 1980) y que estas personas tienen desórdenes psicósomáticos altamente neuróticos. Waters, Henryk-Gutt y Rees (1970 y 1973 cit. por Schard, D. y Hunter, J., 1980) encontraron que los sufridores de migraña que buscan ayuda médica son más neuróticos que los sufridores de migraña en la población general.

Estos pacientes están preocupados respecto al rendimiento y al éxito profesional y suelen salir airosos en su propósito. Se obstinan extraordinariamente en su deseo de llegar a la perfección. Ellos mismos se colman de responsabilidades y de trabajo, pero al mismo tiempo se muestran irritables. Apesar de sus éxitos permanecen interiormente inseguros de sí mismos; algunos ataques se presentan como manifestación de miedo al fracaso o de reacción ante la

crítica. Su tensión interna es la que provoca también su falta de elasticidad y su capacidad de adaptarse a nuevas situaciones, sobre todo cuando éstas no corresponden a sus posibilidades. Siguiendo con esta postura de Diez (1975), representan el prototipo de los que padecen inhibición en su facultad de entrega emocional. Dicha inhibición se manifiesta especialmente en sus relaciones conyugales. Casi todas las mujeres migrañosas son frías; los hombres rehuyen el contacto sexual y tienen una tendencia interna a rechazar la sexualidad. Estos conflictos sexuales también son mencionados por Martín (1966, cit. por Williams et al., 1986).

Dado que la mayoría de las observaciones de los pacientes migrañosos se había hecho en las entrevistas clínicas y las interpretaciones eran de corte psicodinámico, de ahí que diversos autores entre ellos Levor, M., Cohen, M., Naliboff, B. y McArthur, (1986) sugieran investigaciones con instrumentos psicométricos para la investigación de las características psicológicas de estos pacientes. Estos autores llevaron a cabo un estudio donde correlacionaron las características psicológicas con la frecuencia de los ataques y las variables conductuales. En su estudio encontró elevaciones medias subclínicas en tres de las escalas del MMPI que fueron, depresión, hipocondriasis e histeria. La escala F de (tensión interna o conflictos psicológicos) estuvo significativamente asociada con la frecuencia de la migraña. Encontraron correlaciones positivas y significativas de la escala de hipocondriasis, histeria y manía con la frecuencia. Así como una correlación negativa de los días sin dolor de cabeza y estas escalas.

Si se indicara esto en otras palabras se diría que a mayor frecuencia en los ataques de migraña habrá un incremento en las tres escalas y a mayor número de días sin dolor habrá una disminución en el puntaje de estas escalas. Aquí se ve una relación entre las características psicológicas del paciente y los parámetros del dolor.

Las dos escalas de histeria e hipocondriasis están típicamente asociadas con grados de preocupación somática y la negación de los afectos, ambos atributos que han sido apareados con el estilo de personalidad de los migrañosos.

Otras dos características como la ansiedad y la depresión han sido asociadas al perfil de personalidad del migrañoso. Crisp (1977, cit. por Ziegler, 1979) encontró que la ansiedad, la depresión y quejas psicósomáticas son rasgos aumentados en el migrañoso y no encontró rasgos obsesivos excesivos.

Esta relación de la migraña y la depresión es reforzada por el estudio de Couch et al. (1975 cit. por Ziegler, 1979) quien encontró una relación significativa en el puntaje de depresión de Zung y la severidad del dolor, esta asociación era mayor en el grupo de migrañosos con síntomas neurológicos (pródromos).

En un estudio de Garvey, M., Tollefson, G. y Schaffer, C. (1984) encontraron una tendencia de los hombres deprimidos a experimentar una alta prevalencia de migraña en comparación de los hombres de la población general, mientras que en ambos grupos de mujeres fue la misma.

Dado que el uso de antidepresivos en los migrañosos ha traído como consecuencia una disminución en el dolor, esto ha llevado a pensar en una posible relación depresión-migraña. Aunque ambos síndromes tienen muchas diferencias hay un gran solapamiento de algunos de los síntomas como insomnio o hipersomnia, anorexia, fatiga e irritabilidad. Esto ha llevado a pensar en un proceso bioquímico paralelo que es bloqueado por los antidepresivos.

En Selby y Kudrow (1960 y 1978 cit. por Garvey et al., 1984) reportaron que la prevalencia de depresión en los pacientes con dolor de cabeza migrañosos fue del 10% Mientras que Kashiwagi et al. (1972 cit. por Garvey et al., 1984) encontró que los desórdenes depresivos ocurren en más del 20% de los pacientes quienes tienen migraña.

Entre los síntomas depresivos de los migrañosos se encontró la inhabilidad para concentrarse, hipersomnia, hiperalgia, llanto, falta de placer y dificultad de memoria. Garvey et al. (1984) encontraron que hay diferencias de prevalencia de la depresión entre los hombres y las mujeres migrañosos. Sin embargo encontró que en los pacientes deprimidos con migraña no presentan diferencias respecto a los deprimidos no migrañosos, lo que sugiere que los pacientes deprimidos con migraña no es un subgrupo homogéneo. Menciona que si la edad de inicio de la migraña es alrededor de los 20 años y que mientras la edad media de inicio de la depresión es una década más tarde; consistentemente con estas cifras el 97% de los sufridores de migraña de su estudio habían tenido los primeros ataques migrañosos antes de haber experimentado un episodio depresivo. Mientras que el 69% no tuvieron cambios en la severidad del dolor o la frecuencia cuando se compararon 3 meses de depresión con los 3 meses predepresión; aunque el 31% si experimentó un empeoramiento de sus dolores de cabeza con el inicio de su índice de depresión.

La situación de temporalidad respecto a que si el primer episodio migrañoso se dió antes de la depresión, podría ser tomada como evidencia de que el dolor no es un síntoma de la depresión, aunque por otra parte si se toma en cuenta que los inventarios de depresión registran los síntomas psicósomáticos, los índices depresivos por ende aumentarán; y si se toma en cuenta que si por la intensidad de los ataques éstos limitan mucho las acciones e interacciones sociales, esto incrementarán también el índice de la depresión en los inventarios.

Respecto a otras características, como el estado civil, hay un estudio de Featherstone, H. y Beitman, B. (1984), donde indica que los hombres migrañosos casados se muestran inseguros, inflexibles, con problemas de dependencia no resueltos y un ajuste sexual pobre, con una fuerte

tendencia a negar sus problemas emocionales. Se hipotetiza incluso el rol de la ganancia secundaria, ya que hay dificultad para expresar la hostilidad abierta al cónyuge y que la intimidad de las relaciones maritales produce un enojo reprimido y problemas de dependencia con conflictos psicosexuales. La acumulación del enojo y el resentimiento producen y mantienen el dolor de cabeza crónico migrañoso.

6.4 Personalidad del sujeto con cefalea tensional.

De acuerdo a Dhopesh et al. (1980) el dolor de cabeza tensional es causada por factores psicológicos y un alto porcentaje de estos pacientes tienen problemas psicológicos o psicosociales concomitantes.

Los sujetos con cefalea tensional ha sido descritos como individuos preocupados, deprimidos, ansiosos, tensos, hostiles, dependientes, histriónicos y conflictivos psicosexualmente.

"La historia familiar de estos pacientes revela generalmente unos padres regañones, insistentes y algunas veces sádicos, que no permiten expresiones de asertividad ordinaria y castigan a sus hijos con frecuencia por su conducta, la cual consideran impropia. Como consecuencia de esta clase de protección paterna, el niño que se encuentra en fase de crecimiento encuentra pocas oportunidades de desarrollar sentimientos de autoestima y su propia personalidad, con facilidad adquiere numerosas dudas sobre sus propia suficiencia. Dado que tiene que reprimir todos sus sentimientos de rencor así como los impulsos sexuales, considerados tabú, llega a la adolescencia sin ninguna preparación ni experiencia en el control social de estas expresiones. Literalmente utiliza los músculos de la cabeza y del cuello para mantener una apariencia externa de compostura mientras oculta la ansiedad que le produce el contacto con los sentimientos prohibidos", (Kolb, 1963, p.36 cit. por Blanchard, et al. 1985), llevándolos a la fase intelectual de la agresión mencionada antes por Alexander (1957 cit. por De la Fuente, 1981).

Estos conflictos psicológicos son ampliamente aceptados como causantes del dolor de cabeza tensional, el intento según Martin (1983) es saber si son conflictos intrínsecos y extrínsecos. Los deseos inconscientes a menudo pasan a las necesidades inconscientes y las maneja, por ello la consecuencia de tales conflictos es la ansiedad. Cada individuo tiene un conjunto de experiencias pasadas únicas que incluyen un método preferente del manejo de la ansiedad en aquellas formas que son más tolerables. La ansiedad sería expresada superficialmente o transformada en emociones turbulentas como reacciones psicóticas o sería reflejada en síntomas corporales. Las expresiones psicosomáticas de ansiedad, como la

tensión muscular aumentada podría ser interpretada como una sensación dolorosa por el individuo.

La psicogénesis del dolor de cabeza tensional de acuerdo a Friedman (1979) involucra cuatro aspectos primarios de patrones conductuales de los pacientes:

1.- El conflicto emocional en estos pacientes es el intento para controlar sus impulsos hostiles y sentimientos dirigidos a los miembros de la familia o figuras autoritarias.

2.- La autoidentificación, la posición pivotal en la estructura del carácter es a menudo críticamente distorsionada e incluso ausente.

3.- Las acciones del paciente o las inacciones están ampliamente influenciadas por el inconsciente que espera mantenerse dependiente.

4.- Los ataques del dolor de cabeza pueden obtener ganancias secundarias de atención, amor o afecto.

Los factores psicológicos resultan de un desequilibrio emocional que parecen inducir a la disfunción fisiológica, donde el disparador lleva los cambios en el órgano periférico sean autónomos o esqueléticos y que producen cambios en los músculos o vasos sanguíneos de la cabeza y el cuello. "Durante los periodos de ansiedad, de enojo, frustración o aprehensión, los pacientes asumen a menudo ciertas posturas o expresiones faciales que resultan en la contracción de los músculos frontales del cuero cabelludo y la vasoconstricción de la conjuntiva bulbar, produciendo isquemia craneal. Estos cambios vasculares y musculares en la cabeza y la región del cuello estimula los órganos adyacentes que registran el dolor", (Friedman, 1979 p. 455).

Un nivel incrementado de ansiedad (Dhopesh et al., 1980) llevará a los sujetos a buscar ayuda, sobre todo en aquéllos que están deprimidos. En estos pacientes las quejas somáticas múltiples son generalmente consideradas como un síntoma de la depresión o un equivalente depresivo en asociación con la ansiedad. En estos pacientes el 10% se queja de anorexia y/o insomnio. Dada la relación entre la depresión y el dolor de cabezas ha sido también visto este último como parte de la depresión reactiva (Weatherhead, 1980).

En el estudio de Martín (1983) el 82% de los pacientes manifestaron evidencia de conflictos emocionales que fueron negados como una manera inefectiva de afrontarlos, es decir, utilizaban la negación al enfrentar sus problemas; toman al dolor de cabeza como un síntoma frecuente de depresión, ya que el uso de antidepresivos en estos pacientes disminuyen el dolor de cabeza. Aunque aquí se presenta el mismo fenómeno de la migraña y la depresión, esta relación de la depresión o cualquier forma de dolor de cabeza no es clara y la evidencia es contradictoria; ya que Davis et al. (1976, cit. por Martín, 1983) encontró que solo el 40%

de los pacientes en su estudio estaban deprimidos y no encontró asociación entre el tipo de dolor de cabeza y los factores de personalidad. Aunque es importante mencionar que este estudio no menciona como se midió la depresión. Los pacientes con dolor de cabeza tensional han sido descritos como ansiosos e inseguros, preocupados, deprimidos (Andrasik et al., 1982).

Otras características del paciente con dolor de cabeza tensional es que no busca ayuda cuando sus dolores son ocasionales y se alivian con analgésicos; los que buscan ayuda son los que tienen una marcada frecuencia y/o duración de sus dolores y no se alivian con recomendaciones usuales (Friedman, 1979).

6.5 Estudios comparativos de los diferentes diagnósticos de dolor de cabeza crónico.

El realizar estudios comparativos de las características psicológicas de los diferentes diagnósticos de dolor de cabeza y en algunos casos comparaciones con los sujetos control sin dolor de cabeza, tiene como objetivo global encontrar si hay una relación entre la estructura de personalidad y los síntomas del dolor, ver cuáles son las características psicológicas de los pacientes con uno u otro diagnóstico para ver si dan respuesta a la pregunta de por qué algunos pacientes presentan dolor de cabeza y otros no o por qué desarrollan cierto tipo de dolor y, finalmente utilizar instrumentos psicométricos para dar características medibles y estandarizadas que no sean interpretaciones puramente psicodinámicas, que dan características repetidas en uno u otro diagnóstico, basadas en la observación clínica y subjetiva del terapeuta.

Blanchard et al. (1985) llevó a cabo una revisión de los estudios donde se evaluaron grupos con diferentes diagnósticos de dolor de cabeza. De estos estudios plantea dos conclusiones principales:

1.- los sujetos migrañosos de ambos sexos muestran menos trastornos psicológicos que los pacientes que presentan una combinación de migraña y cefalea tensional, los cuales a su vez muestran menos trastornos que los pacientes con cefalea única por contracción muscular. Esta progresión tiene relación con lo que se dio el nombre de "densidad de la cefalea" es decir "cuanto mayor es el número de días por semana que el sujeto padece de cefalea, más trastornos psicológicos manifiesta" (Blanchard et al., 1985 p. 41). Por lo tanto pacientes con cefalea crónica por contracción muscular, quienes probablemente padecen cefaleas casi diariamente, aparecen como sujetos con más trastornos que los que padecen los migrañosos, quienes tienen quizá una cefalea de uno o dos días de duración por semana.

2.- Las escalas 1, 2, 3 del MMPI (hipocondriasis, depresión e histeria, respectivamente) son más sensibles o responsivas a los problemas psicológicos de los pacientes con cefalea.

De la primera conclusión de Blanchard hay otros estudios que reportan este continuo de disturbio psicológico.

Sterbach et al. (1974 cit. por Dieter y Swerdlow, 1988) hipotizaron que las diferencias en el MMPI entre los diagnósticos debían estar relacionadas a la "densidad del dolor". Los puntajes más altos eran mostrados en los perfiles de contracción muscular y los pacientes mixtos, esto podría deberse al hecho de que estos individuos tienen menos intervalos sin dolor de cabeza que los pacientes de vascular pura. En realidad, el concepto de "densidad de dolor fue primero enunciado por Sterbach y después retomado por Blanchard como "densidad de la cefalea".

En el análisis de Kudrow y Sutkus (1979, cit. por Williams et al., 1986 y cit. por Dieter et al., 1988) identificaron un espectro de psicopatología del más normal al más neurótico. En este continuo la migraña y el dolor de cabeza cluster eran seguidos por el dolor de cabeza mixto y por el de contracción muscular y finalmente la postraumática y la conversiva, etiquetados como los más neuróticos. Estos resultados fueron consistentes tanto para los hombres como para las mujeres.

Andrasik et al. (1982) mencionó también que los sufridores de dolor de cabeza caen a lo largo de un continuo comenzando con cluster, quienes mostraron solo un mínimo de estrés, continuando con migraña y mixta, terminando con los sujetos con dolor de cabeza por contracción muscular, quienes revelaron un alto grado de disturbio psicológico. Sin embargo, ningún grupo podría ser caracterizado por elevaciones marcadas en cualquier test psicológico.

Respecto a las características de personalidad de los pacientes tomando en cuenta sus diferentes diagnósticos, Andrasik et al. (1982) comparó cuatro diagnósticos de dolor de cabeza (migraña, contracción muscular, mixta y cluster) encontró que no hay una elevación significativa en las tres escalas de validez del MMPI y que todas las escalas de la triada neurótica (1, 2 y 3) así como la escala 7 revelaron diferencias significativas. Sus conclusiones fueron, primero, el grupo control sin dolor de cabeza no mostró ninguna elevación significativa; segundo, apesar de que ningún grupo diagnóstico esta caracterizado por elevaciones significativas, todos poseen elevaciones moderadas que se incrementan en frecuencia a lo largo de un continuo que comienza con cluster, migraña, mixta y termina con dolor de cabeza tensional; y tercero, común a todos los grupos es una elevación moderada en la escala 3, la cual es indicativa de las tendencias de somatización durante periodos de estrés. Respecto al Inventario de Ansiedad los mixtos y los de contracción muscular mostraron niveles más altos de ansiedad que los sujetos control y los cluster; los migrañosos cayeron en medio de estos dos grupos pero no fueron significativamente diferentes. En una Lista de Síntomas Psicosomáticos, los sujetos con contracción muscular,

migraña y mixta revelaron un número mayor de síntomas que los grupo control. Las conclusiones de este estudio fueron que los resultados de los migrañosos indican una preocupación por los síntomas somáticos y preocupaciones corporales de naturaleza difusa; los sujetos con dolor de cabeza combinada están adicionalmente caracterizados por una depresión media, preocupación y pesimismo que resulta de estresores situacionales o refleja características más estables. Mientras que los sujetos de contracción muscular muestran un distrés psicológico más variada y pronunciado.

El patrón de los descubrimientos en los test está relacionado directamente a la frecuencia con que los sujetos experimentan el dolor pero están inversamente relacionados a la severidad del dolor, es decir "el grado de disturbio está relacionado positivamente a la frecuencia del dolor de cabeza pero negativamente relacionado a la severidad", (Andrasik et al., 1982 p. 181). Estos descubrimientos apoyan la noción de "densidad del dolor" de Sterbach.

Por otra parte, Arena, J., Blanchard, E., Andrasik, F. y Appelbaum, K. (1986) llevaron a cabo un estudio donde se compararon tres grupos diagnósticos y un grupo control sin dolor de cabeza para evaluar su relación entre las compulsiones y obsesiones. Esto se realizó mediante el Cuestionario de Maudsley que consta de cinco subtest, a saber, lavarse, repetición lenta, checar o revisar, dudar y rumiar. Se encontró que solo los sujetos con cefalea tensional diferían de los otros en los subtest de dudar y rumiar, mientras que los otros dos diagnósticos no difirieron del grupo control.

Las conclusiones de este estudio son que los migrañosos parecen tener menos características obsesivas y compulsivas que los otros dos grupos de dolor de cabeza y el control. Se encontró poco apoyo para la función de densidad de dolor por el hecho de que los tensionales solo presentaron dos subtests significativos que no son suficientes para apoyar esta hipótesis. No hay una clara diferencia de la personalidad en estos rasgos de los sufridores y los no sufridores de dolor de cabeza, dando poco apoyo a la concepción de la personalidad de dolor de cabeza y a la diferenciación entre los diagnósticos.

Otro estudio en esta misma línea de comparaciones es el de Williams et al. (1986) quien hace una revisión de tres estudios a saber, el primero de Kudrow y Sutkus 1979 el cual identifica tres grupos de acuerdo a los diagnósticos de Comité Ad Hoc: migraña y cluster, contracción muscular y mixta; y postrauma y conversión. Siendo similares estas distinciones entre los hombres y las mujeres. En este estudio el primer grupo de los de migraña y cluster fueron los "más normales" y solo se encontró un grado medio de preocupación en los sujetos masculinos y una leve tendencia a somatizar en las mujeres así como un nivel moderado de hostilidad en los sujetos con cluster. Los altos grados de estrés fueron encontrados para los de contracción muscular y mixta. Los hombres con dolor de cabeza mixta fueron vistos como histriónicos, preocupados

por las funciones corporales y moderadamente deprimidos. Los hombres con dolor de cabeza tensional también estuvieron preocupados por las funciones corporales pero menos histriónicos. Este grupo pareció estar más deprimido. Las mujeres con contracción muscular y mixta mostraron características similares que reflejan somatización moderada, represión y depresión.

El segundo estudio fue el de Andrasik et al. en 1982 donde se evaluó el sistema de Kudrow y Sutkus encontrando un acuerdo respecto a la migraña y cluster aunque no así para la mixta y la tensional, respecto al diagnóstico del Comité Ad Hoc.

El tercer estudio fue el de Sterbach et al. en 1980 que apoyo a los dos estudios anteriores en cuanto a que los migrañosos muestran menos psicopatología que los otros sujetos y que las poblaciones de contracción muscular y mixta fueron casi equivalentes en términos de las elevaciones del MMPI.

Williams et al. (1986) resume diciendo que la psicopatología no fue equivalente en los grupos de dolor de cabeza, que en general todos los grupos parecen estar más perturbados que los sujetos control sin dolor de cabeza y que los diagnósticos de cluster y migraña han mostrado consistentemente menos disturbio psicológico que los grupos de contracción muscular y combinados.

Otro estudio de comparación entre los diagnósticos es el de Passchier et al., (1984) encontró una alta motivación al desempeño en los grupos de migraña y cefalea tensional. Los pacientes con cefalea tensional presentaron gran rigidez en comparación con los migrañosos y los control. En los migrañosos los rasgos de motivación y rigidez estuvieron positivamente correlacionados con la duración de los ataques de dolor de cabeza. Cuando se llevó a cabo el análisis de todos los sufridores en un grupo se encontró una alta motivación al desempeño, rigidez, más miedo a fallar, una ansiedad debilitante con tendencia a minimizar la ansiedad facilitadora de la acción y menos impulsividad de que los sujetos sin dolor de cabeza. Ni los migrañosos, ni los tensionales mostraron un patrón anormal de mecanismos de defensa. Respecto a los mecanismos de defensa encontró que la edad se correlaciona negativamente con las defensas como la proyección y formación reactiva o inversión; en agresión contra sí mismo fue más alta la de los hombres que la de las mujeres. Generalmente aquellos rasgos de desempeño y motivación a la ejecución fueron más prevalentes en los pacientes con dolor de cabeza y no se encontraron diferencias entre los grupos respecto a la ansiedad que debilita la ejecución y la que la facilita, ni respecto a las conductas obsesivo-compulsivas. De las conclusiones de este estudio, es importante mencionar que de la alta motivación al éxito se confirmó en los migrañosos, sin embargo se encontró mayor rigidez en los tensionales lo que contradice algunas de las posturas convencionales sobre los migrañosos. "Dado que la motivación ejecutada y la rigidez estuvieron directamente

correlacionada con la duración de los ataques de migraña, la especulación es que el esfuerzo asociado con la ejecución y el vivir de acuerdo a los efectos autoimpuestos, podría tener efectos fisiológicos, los cuales están asociados con los síntomas del dolor de cabeza" (Passchier et al., 1984, p. 145).

Por otra parte Passchier hace una serie de recomendaciones sobre la interpretación de los resultados de este y otros estudios de características de personalidad, donde indica que una correlación no necesariamente implica una causa; ya que la correlación positiva entre la duración y la rigidez han sido también encontradas en pacientes migrañosos con largos ataques cuando han trado de evitarlos bajo ciertas normas, las cuales deberán minimizar la oportunidad de disturbios emocionales inesperados. Por ello existe la posibilidad de que los pacientes migrañosos se vuelvan más rígidos pasando el tiempo conforme sus ataques se incrementan en la duración. Otra observación es que los puntajes elevados en algunas características de tipo psicossomático podrían deberse a las respuestas elevadas en los ítems que evalúan los síntomas de dolor de cabeza y problemas estomacales.

Respecto a algunos de los rasgos encontrados en este estudio existían ya antecedentes previos Anderson y Franks (1981 cit. por Passchier et al., 1984) estudiando las diferencias entre los pacientes migrañosos, tensionales y sujetos sin dolor de cabeza, encontraron que los pacientes migrañosos estaban más motivados al éxito y planeaban más eficientemente que los control; además ambos grupos de pacientes estuvieron más ansiosos respecto a su desempeño que los que no presentaban dolor de cabeza. Otro antecedente es que los migrañosos tendían a describirse a sí mismos como más rígidos e impulsivos que los pacientes con cefalea tensional. Además estos sujetos migrañosos mostraron una tendencia mayor a reprimir su enojo, mientras que los de cefalea tensional expresaban más sus sentimientos hostiles. Aunque en otro estudio no se encontró diferencias entre ambos grupos con respecto a la desconfianza y desagrado por otros.

Otro estudio diferente que está más bien relacionado con la agrupación de diagnósticos determinado por el MMPI, es el realizado por Rappaport M., McAnulty, D., Waggoner, C. y Brantley, P. (1987), quien encontró que el diagnóstico no estaba relacionado con el grupo de pertenencia que se había encontrado en otros estudios por este instrumento, dada la idea de Sterbach (1974 cit. por Rappaport, et al., 1987) de subgrupos homogéneos en la población de dolor de cabeza crónico y algunos grupos encontrados en los sufridores de dolor de espalda. El estudio clásico de esto, ya antes mencionado en otras referencias, es el de Kudrow y Sulkus (1979, cit. por Rappaport et al., 1987) quienes afirmaron que las elevaciones en las escalas del MMPI distinguían los tipos de dolor y los colocaba en un continuo del más normal al más neurótico. Existen otros estudios que no han podido replicar estos resultados, una de las especulaciones a este respecto es que los sujetos con cefalea tensional pudieron haber sido

confundidos con los conversivos. Otras investigaciones de los correlatos psicológicos del dolor indican que las elevaciones en las escalas del MMPI podrían no estar fuertemente relacionadas con el diagnóstico de dolor de cabeza; en su lugar estos descubrimientos parecen indicar que la frecuencia del dolor y quizá otros parámetros de este, estén más cercanos a medir la psicopatología. En un análisis de regresión múltiple, varios parámetros del dolor de cabeza estuvieron altamente correlacionados con las elevaciones en las escalas de hipocondriasis, depresión y paranoia, que las categorías diagnósticas.

Rappaport et al. (1987) encontró que el dolor de cabeza no constituye un grupo homogéneo y que presenta características similares de distribución de los sufridores de dolor de espalda crónico. No encontró diferencias en la intensidad y cronicidad media entre los diferentes diagnósticos, y que el 50% de los sujetos no presentaba ninguna elevación clínica significativa. Respecto a otras características de los sujetos encontró que los más jóvenes no presentan elevaciones clínicas significativas, mientras que los de mayor edad presentaban un perfil, psicopatológico con elevaciones en las escalas de histeria, depresión, histeria, paranoia, desviación psicopática y sociabilización superiores a T70. Estos últimos resultados parecen corroborarse con el estudio de Arena et al. (1985).

En el estudio de Arena et al. (1985) se encontró que los rasgos de personalidad caracteriológicos frecuentemente encontrados en los sufridores de dolor de cabeza no son el resultado de la experiencia del dolor, sino que se deben a otras características, que quizá ya estaban presentes antes del dolor. Encontró que no hay efecto del tiempo que el sujeto ha sufrido dolor de cabeza en un porcentaje de vida respecto a su edad y la cronicidad de su dolor en una variedad de medidas psicológicas, aunque sí hay una relación entre la edad del sujeto y las características psicológicas; a mayor edad hay un incremento en el puntaje de hipocondriasis, depresión e histeria y una menor asertividad. La única característica que sí varía respecto al porcentaje de vida con dolor es el índice de depresión de Beck. Respecto a las tres escalas de hipocondriasis, histeria y depresión del MMPI hay poco apoyo a la idea de que la psicopatología se incrementaría como una función del porcentaje de vida que se ha padecido de dolor de cabeza crónico. Aunque la hipótesis explicativa que el autor ofrece es que probablemente estas características ya estaba antes del dolor, no se puede tomar como la explicación que satisfaga a esta problemática porque se requeriría de un estudio longitudinal de personas; que en un inicio no han padecido de dolor de cabeza y que a lo largo de la investigación lo presentaran, para comprobar que estas características psicológicas ya estaba presentes antes del dolor, esto es prácticamente imposible ya que las poblaciones de dolor de cabeza se presentan cuando estos sujetos ya tienen el padecimiento con un periodo de cronicidad, en ocasiones considerable.

En el estudio de Dieter y Swerdlow (1988) se llevaron a cabo comparaciones de los diagnósticos utilizando el MMPI para verificar algunos de los descubrimientos anteriores respecto a las características psicológicas de los sufridores de dolor de cabeza y al sistema de Kudrow y Stukus respecto al diagnóstico entre otras cosas. Estos autores encontraron que no hay diferencias clínicamente significativas dentro de las escalas de validez de las diferentes condiciones de dolor de cabeza y los sujetos control, ni respecto al sexo. Aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la escala L más altos en las mujeres que en los hombres. No hubo diferencias estadísticas en la escala F respecto al diagnóstico o al sexo. Lo que es importante mencionar es que se encontró una escala K más alta en el grupo control que en los migrañosos, postrauma y mixta; no hubo esta diferencia en los de contracción muscular, cluster y grupo control.

Respecto a la escala 1 de hipochondriasis, hubo diferencias tanto estadísticas como clínicamente. El efecto del diagnóstico estadísticamente significativo fue del bajo al alto comenzando con los sujetos control, seguido por los de contracción muscular, migraña, cluster y finalmente mixta y postraumática. Los puntajes elevados clínicamente fueron sólo en la cefalea mixta y la postrauma. Los hombres mostraron elevaciones más altas en los dos grupos.

En la escala 2 de depresión se encontraron diferencias significativas estadísticas y clínicas tanto del diagnóstico como del sexo. Los hombres mostraron niveles más altos de depresión que las mujeres. Los hombres en la condición mixta y postrauma mostraron elevaciones clínicamente significativas. Cada grupo diagnóstico mostró puntajes más altos de depresión que el grupo control, sin embargo no se mostraron diferencias por diagnóstico.

En la escala 3 de histeria también se encontraron diferencias clínicas y estadísticas. Del más alto al más bajo se encontró el grupo control, el de cefalea por contracción muscular, migraña y cluster, y finalmente postrauma y mixta. Tanto hombres como mujeres mostraron elevaciones clínicas en histeria.

En las escalas de desviación psicopática (4 Pd), rol femenino/masculino (5 Mf), paranoia (6 Pa) no hubo diferencias ni de diagnóstico ni de sexo.

En la escala 7 de psicastenia, hubo diferencias del sexo y el diagnóstico solo estadísticas pero no clínicas, es decir, mayores a T70. Los hombres mostraron puntajes más altos que las mujeres. Los sufridores de dolor de cabeza tuvieron puntajes más altos que los del grupo control, pero no hubo diferencias estadísticas entre los diagnósticos.

En la escala de esquizofrenia (8 Sc) no hubo ninguna diferencia. Mientras que en la escala 9 de manía los pacientes con cefalea por contracción muscular, migraña y mixta mostraron los puntajes más bajos seguidos por los de cluster, control y postrauma.

En la escala 10 de introversión social hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos diagnósticos. Los sujetos control y cluster mostraron los puntajes más bajos, seguidos de migraña, postrauma, mixta y cefalea por contracción muscular.

Los autores resumen diciendo que los perfiles de su estudio fueron menos patológicos que los de otros estudios. Las elevaciones clínicamente significativas (arriba de T70) se observan solo en las primeras tres escalas y solo en dos diagnósticos el postrauma y el de mixta. Estas elevaciones fueron observadas más a menudo en hombres que en mujeres. El continuo de diagnósticos de los datos estadísticamente significativos se encontró del grupo control seguido por el de contracción muscular, migraña y cluster, y postrauma y mixto. Se debe enfatizar que la mayoría de estas diferencias fueron subclínicas y que existe una gran cantidad de varianza dentro del grupo. También encontraron una porción estadísticamente significativa de la V conversiva y si hay diferencia de esta proporción entre los grupos diagnósticos, a saber del más alto al más bajo: postrauma, mixta, cluster, migraña, cefalea por contracción muscular y sin V conversiva los sujetos control. Sin embargo, hay poca diferencia entre los diagnósticos y más entre los sujetos con dolor de cabeza crónico como un grupo completo. Se encontró también un buen nivel de precisión para el diagnóstico de 80 a 60% en los pacientes migrañosos, regular precisión de 46.6 y 33.3% de postrauma y cluster, y un nivel pobre de precisión diagnóstica de 13.33 y 7.14% en mixta y cefalea por contracción muscular.

Una observación importante es que al eliminar los reactivos referentes al dolor de cabeza y sus síntomas se observa un decremento en los puntajes de la escala 1 de hipocondriasis y la escala 3 de histeria. Estos resultados implicarían que ciertas elevaciones de otras escalas en el mismo instrumento podrían ser para algunos individuos una medida de su sintomatología del dolor de cabeza más que de su psicopatología (Dierter y Swerdlow, 1988).

Finalmente se puede decir que este estudio apoya la idea básica de que algunos diagnósticos presentan diferencias clínicas sugestivas aunque no muy marcadas, especialmente para los diagnósticos de mixta y postrauma, estos pacientes promedio mostrarían niveles más altos de distrés psicósomático. También que existe una gran varianza entre los sufridores de dolor de cabeza pudiendo presentar desde perfiles normales hasta anormales. Otro punto a tomar en cuenta es la percepción que el paciente tiene de su padecimiento, es decir, hay pacientes que tienen migrañas severas con vómitos, náuseas, etc. y que no registran éstas en los ítems del inventario, los perfiles de estos pacientes no muestran elevaciones clínicas; aquí se retomaría el aspecto de que apesar de que estos pacientes son vistos como sufridores de dolor de cabeza crónico ellos no se perciben como tales. Este sería otro aspecto diferencial a considerar entre los sufridores de dolor crónico y sus características particulares. Los autores por otro lado reportan que hay pacientes que apesar del tratamiento y la disminución del dolor presentan las mismas elevaciones

clínicas que son realmente patológicas, mientras que en otros las escalas disminuyen en relación a la disminución del dolor, esto vendría a enfatizar las gran variabilidad que hay entre los sufridores de dolor de cabeza crónico.

Hasta este punto se puede decir que la evidencia es contradictoria, que los estudios no confluyen en un punto respecto si hay o no diferencias entre los sufridores de dolor crónico y aun más si hay diferencias entre los grupos diagnósticos.

CAPITULO 7

PERSPECTIVA PSICOBIOLOGICA

La perspectiva psicobiológica es sostenida por Bakal (1982) y algunos de sus colaboradores como son Kaganov y Demjen. Su tesis fundamental es que la comprensión del dolor de cabeza crónico se logra con la adopción de una aproximación holística para el estudio del paciente y sus síntomas. Por sufridor de dolor de cabeza crónico se entiende aquel sujeto que padece dolor casi a diario.

Para Bakal el problema del estudio del dolor de cabeza crónico es que las diferentes disciplinas no tienen una estructura conceptual común que les permita tener la comprensión de estos pacientes y sus síntomas.

De acuerdo a este autor, el adoptar un enfoque holístico no es la colección de datos psicológicos y/o fisiológicos; se requiere que los descubrimientos particulares sean relacionados a una condición más grande, holística, o a una condición psicobiológica del sufridor. No se puede proceder como si las dimensiones fisiológicas y psicológicas del funcionamiento humano operaran independientemente unas de otras. Esta postura da una nueva perspectiva que integra varios aspectos del funcionamiento humano en una estructura, es decir, un modelo conceptual que explique los procesos psicológicos, sociales, fisiológicos y bioquímicos del funcionamiento humano.

La naturaleza holística del dolor de cabeza crónico sería entendida desde una perspectiva psicobiológica donde una de las tesis es que "los procesos que controlan las formas más comunes del dolor de cabeza crónico, por contracción muscular y migraña son más similares que diferentes el término psicobiológico es la susceptibilidad del paciente al dolor de cabeza,.... así como el dolor experimentado durante los episodios de dolor de cabeza, es una condición continua y multifásica que involucrará eventos cognitivos, conductuales, fisiológicos y bioquímicos" (Bakal, 1982 p. 7). Bakal propone que el entendimiento del dolor de cabeza puede ser incrementado mediante la integración de las variables psicológicas dentro del conocimiento de los procesos fisicoquímicos que se cree regulan las varias configuraciones de los síntomas. Dándose un continuo de severidad donde en los extremos están el dolor de cabeza migrañoso y el dolor de cabeza tensional, y entre ellos una serie de formas de dolor de cabeza donde se observa un gran solapamiento de síntomas, y que a medida que el dolor es más severo responde menos a disparadores ambientales o psicológicos identificables, volviéndose así el dolor autónomo y un

estresante en sí mismo para el sufridor. Bajo esta perspectiva cada individuo es único y presenta diferencias en términos de las características del dolor, los mismos individuos frecuentemente experimentan síntomas diferentes a través de los ataques y durante los ataques. El error para esta perspectiva, ha sido asumir que estas diferencias entre y dentro de los síntomas de los pacientes son indicativos de desórdenes diferentes que requieren tipos diferentes de tratamiento. Además de éstas, hay una gran número de similitudes más que diferencias en los pacientes que tiene fuertes implicaciones en el entendimiento del dolor de cabeza crónico. El principal problema es que no todos los pacientes manifiestan las localizaciones del dolor y los síntomas en concordancia con las categorías diagnóstico tradicional, que no refleja la multitud de eventos psicológicos y fisiológicos que contribuyen al dolor de acuerdo a Bakal, D., Kaganov, J. y Demjen, S., (1983). En un estudio estos autores encontraron que solo la náusea y el vómito eran más frecuentes en los pacientes con migraña, aunque no por ello no se presentaban en los pacientes con cefalea tensional.

Es importante enfatizar que no significa que todos los pacientes sean iguales en términos de sus localizaciones del dolor y los síntomas. Por lo contrario, cada paciente examinado muestra un grado de ser único con respecto a su actividad de dolor de cabeza y que la naturaleza idiosincrática de cada desorden no es capturada adecuadamente por el sistema tradicional de diagnóstico. La sobreposición de síntomas no es un evento aislado sino más bien una característica de los sufridores de dolor de cabeza crónico. Sin embargo, cabe la posibilidad de diferenciarlos tomando en cuenta los más significativos o sobresalientes.

Para apoyar la perspectiva holística Bakal (1982) cita a Frankl quien compara la condición humana a un cilindro con un espacio de tres dimensiones. Si el cilindro es proyectado tridimensionalmente en las áreas horizontales y verticales, el resultado es dos nuevas dimensiones con diferentes propiedades. Si el ser humano es analizado desde una estructura puramente psicológica o fisicoquímica ocurrirán las mismas limitaciones que en el cilindro. En un caso sólo con los datos psicológicos y en otro con los biológicos, en ambos se pierde la perspectiva holística y las distorsiones inherentes separará las funciones más que integrarlas.

En los pacientes con dolor de cabeza crónico donde los datos neurológicos no indican alguna alteración física o incluso psicológica, el problema no será resuelto hasta que el paciente y el profesional comprendan que es una condición que involucra a toda la persona. Por ello el modelo psicobiológico de Bakal es el resultado de complejas transacciones entre las variables ambientales, psicológicas, fisiológicas, genéticas y bioquímicas. La palabra transacción fue deliberadamente elegida para connotar un tipo especial de interjuego que existe entre los varios componentes del modelo. La "transacción implica que la relación entre los componentes psicológicos y fisiológicos, así como los otros, es de naturaleza bidireccional" (Bakal, 1982 p. 5).

El énfasis en la perspectiva psicobiológica no es sólo en lo que sucedió a los individuos en el pasado, genética o psicológicamente, sino también lo que les sucede ahora durante y entre sus ataques de dolor. El pasado es importante para la comprensión del desorden que tiene una diferencia en relación a las condiciones que lo mantienen; "la transacción también connota la presencia de propiedades emergentes que no pueden ser identificadas separandolas de las dimensiones del modelo, el todo es más que la suma de sus partes" (Bakal, 1982 p. 5).

El componente clave del modelo es la predisposición psicobiológica que representa una característica importante de los sufridores de dolor de cabeza crónico. Este factor va más allá de las variables genéticas per se. La predisposición es vista como la entidad dinámica que es responsable del incremento de la severidad y cronicidad de los pacientes. Es hipotetizada como el mediador de los ataques de dolor de cabeza que son precipitados por eventos conocidos como el estrés, la ansiedad, la depresión, algunos alimentos, etc., así como algunos que surgen espontáneamente y que ocurren sin una razón aparente. Resumiendo esto, el generador del dolor se encuentra en la psicobiología del paciente más que únicamente en el ambiente, en la bioquímica o en la genética; jugando un papel importante en el desarrollo de los síntomas y del desorden. Como ya se indicó antes, conforme la severidad se incrementa más los síntomas fisiológicos que se ven involucrados y todos los sistemas comienzan a manifestarse en forma autónoma a los eventos ambientales.

Este modelo no atribuye mucha significancia a los eventos genéticos, sobretodo cuando se habla de que la migraña es muy frecuente entre los miembros directos de una familia y de ahí se saca la conclusión de su predisposición genética. Claro que los factores genéticos contribuyen a la ocurrencia inicial del dolor de cabeza pero una vez que el desorden comienza a desarrollarse hay variables más importantes que determinan la cronicidad y severidad de los ataques. Para Bakal las variables conductuales y cognitivas son más importantes en la habilidad o inhabilidad del sufridor para enfrentarse a su dolor de cabeza exitosamente o no. La susceptibilidad es una condición progresiva que va involucrando una serie de procesos psicobiológicos complejos.

Otro de los aspectos es que la susceptibilidad al dolor de cabeza y su severidad estan influenciados por procesos cognitivos superiores, procesos que usualmente se discuten en el contexto de la personalidad o las disposiciones al afrontamiento del estrés.

Para Bakal no hay una razón prioritaria del por qué las medidas generales de la personalidad o del afrontamiento deberían ser características de los pacientes con dolor de cabeza crónico. Para él tales medidas son a menudo abstractas y lejanas para explicar las condiciones que controlan el desorden. Por disposiciones al afrontamiento "se refiere a las tendencias de un individuo a utilizar un modo particular o patrón de afrontamiento en una variedad de eventos estresantes" (Bakal, 1982 p. 19). Existe poca evidencia de que en algunos individuos se utilize un modo consistente

de afrontamiento de una situación a otra, de los estilos individuales de una situación a otra y aun más si los cuestionarios que pretenden evaluar estas estrategias realmente lo hacen.

Para Bakal es evidente que la comprensión del componente psicológico del dolor de cabeza no sería alcanzada a través del uso de medidas generales de personalidad, a las que se les ha asignado una importancia considerable y que han sido siempre presentadas como una modalidad abstracta sin referencia directa a las creencias, pensamientos y sentimientos del sufridor acerca de su desorden.

Después de la publicación de las observaciones de Wolff sobre la personalidad del migrañoso, se han hecho estudios para establecer la significancia de los rasgos de personalidad patológicos y el dolor de cabeza crónico. Pero, de acuerdo a Bakal (1982) estos estudios fallan en encontrar una relación empírica fuerte, las relaciones reportadas fueron a menudo de baja magnitud y de naturaleza inespecífica. En este momento los aspectos de personalidad del dolor de cabeza reciben poca atención para la comprensión de este desorden, mientras que los factores emocionales inmediatos y mediatos son citados como los disparadores más importantes del dolor.

"Los disturbios emocionales como el mecanismo disparador más común es la causa más importante de los ataques severos y frecuentes. Sin embargo no hay un estímulo emocional específico y ni hay un tipo de personalidad en los sujetos migrañosos. Ciertamente las reacciones de la personalidad y los patrones de conducta son recurrentes en los sujetos migrañosos: una tendencia a las reacciones de ansiedad, sensibilidad al estrés y una dificultad para manejar los impulsos hostiles y agresivos. En este aspecto, la migraña es similar a muchas otras enfermedades psicósomáticas, sin una patología demostrable pero que caracterizan a los desórdenes de la homeostásis. En algunos pacientes los precipitantes bioquímicos y físicos extrínsecos son prominentes y el elemento psicósomático es leve. En la mayoría de los pacientes migrañosos, sin embargo, los factores psicológicos son importantes pero son secundarios en relación a los agentes etiológicos precipitantes" (Pearce 1977, cit. por Bakal, 1982 p. 125).

Para Bakal, las medidas de los aspectos psicológicos necesitan ser relacionadas directamente a las creencias, pensamientos y sentimientos del sufridor con el desorden del dolor de cabeza. Aunque algunas de las cogniciones pueden o no ser características de estos pacientes. De la misma manera la relación de que si las variables psicológicas causan el dolor o es el dolor crónico el que da las características psicológicas, no queda clara. Para este autor los ataques recurrentes del dolor de cabeza serían la causa del empeoramiento del dolor, creencias, pensamientos y sentimientos; dado que los sufridores tienen creencias sobre su desorden y experimentan un distrés considerable durante los episodios dolorosos, la actividad cognitiva constituye un campo importante de exploración.

Para enfatizar los componentes psicológicos del dolor de cabeza crónico la tarea es examinar los aspectos experienciales del síndrome y determinar si estos aspectos influyen en el curso y la naturaleza de los síntomas que ocurren en los pacientes. Aquí Bakal se refiere más bien a los aspectos conductuales más que a los conceptos abstractos que describen la personalidad.

Demjen y Bakal (1981 cit. por Bakal, 1982) realizaron un estudio para evaluar el estado fenomenológico de los pacientes con dolor de cabeza crónico de acuerdo al constructo de "conducta de enfermedad" (behavior illness), definida como "la manera en la cual dado los síntomas serían diferencialmente percibidos, evaluados y actuados o no actuados por diferentes tipos de personalidad", (Mechanic, 1962, cit. por Bakal, 1982 p. 22). Se evaluó mediante el cuestionario IBQ (Pilowsky's Illness Behavior Questionnaire de Pilowsky y Spencer, 1975 cit. por Bakal, 1982), es decir el cuestionario de la conducta de enfermedad, que consiste en siete escalas que cubren los siguientes componentes psicológicos de cualquier enfermedad:

- 1.- hipocondriasis general,
- 2.- convicción de la enfermedad,
- 3.- percepción somática contra la percepción psicológica de la enfermedad,
- 4.- inhibición afectiva,
- 5.- disturbio afectivo,
- 6 - negación de los problemas vitales,
- 7.- irritabilidad.

Se encontró que estos pacientes puntuaban más alto en hipocondriasis general y en la percepción somática contra la psicológica de la enfermedad, puntuaron significativamente más bajo en la convicción y negación de la enfermedad. Estas diferencias sugieren que los sufridores de dolor crónico, comparados con los pacientes de dolor no tratados tienen un enfoque psicológico más fuerte de su desorden y una disponibilidad más grande para hablar sobre sus problemas psicológicos. Aunque los pacientes que experimentan dolores continuos vieron su dolor en términos somáticos con una alta tendencia de negar los problemas de la vida. Las dimensiones de estos cuestionarios no diferenciaron las categorías diagnósticas. Sin embargo si se demostró que cuando la actividad del dolor de cabeza se incrementa, hay una tendencia a ver el desorden más desde una perspectiva psicológica a una somática acompañada por un incremento en la frecuencia del dolor asociado con náuseas y mareos. Esto refleja no solo una falla para enfrentarse con los ataques menos severos, también indica la aparición de mecanismos autónomos en relación a los disparadores psicológicos específicos

Respecto al estudio de Kudrow y Sutkus (1979 cit. por Dieter et al., 1988), que examinó el grado de psicopatología presente en las categorías diagnósticas de los sufridores de dolor de cabeza, encontrando que había una marcada psicopatología en los sufridores de dolor de cabeza tensional que no estaba presente en los migrañosos; Bakal (1982) a este respecto indicaría que los descubrimientos producirían una conclusión falsa al indicar que las variables psicológicas no son críticas para el entendimiento de los pacientes con síntomas migrañosos. Demjen, Bakal y Dunn, B (1990), demostraron que hay componentes psicológicos del síndrome del dolor de cabeza crónico y que estos contribuyen al mantenimiento del desorden independientemente del diagnóstico. El estudio con el IBQ sirvió para reforzar el desarrollo de una visión empírica de que se requiere la aceptación de una visión holística para el entendimiento de estos pacientes. "Las variables como las creencias, disposiciones y las cogniciones superiores que contribuyen al dolor de cabeza no se encuentran en el uso común de las descripciones de personalidad tradicionales o en los tests mentales de salud. Una aproximación más unificada sería dada al desarrollar medidas psicométricas para evaluar las variables cognitivas que tienen una relación directa sobre el dolor" (Bakal, 1982 p. 23).

Si se reexaminan las investigaciones psicológicas tradicionales de los sufridores de dolor de cabeza crónico se refuerza la aproximación cognitiva; es generalmente aceptado que los sufridores de dolor de cabeza no son ni menos ni más neuróticos que el resto de la población, para algunas.

Para Bakal los descubrimientos de las altas puntuaciones en histeria e hipocondriasis en el MMPI que han sido tomados como evidencia para afirmar que los pacientes con dolor son neuróticos y que la neurosis es la causa de su dolor, no son del todo adecuadas. Para Bakal dentro de una estructura cognitiva, las respuestas del MMPI pueden ser usadas para incrementar el entendimiento de los procesos psicobiológicos que controlan el dolor de cabeza crónico, es posible apreciar la magnitud del sufrimiento del paciente, el rol que juegan los síntomas psicológicos y corporales en el dolor de cabeza.

Harper y Steger (1978, cit. por Bakal, 1982) encontraron que la frecuencia del dolor de cabeza covariaba en una relación lineal con el número de síntomas psicológicos y corporales reportados en las subescalas de hipocondriasis e histeria del MMPI. Kudrow y Sutkus (1979 cit. por Bakal, 1982) también encontraron que los pacientes con dolores más frecuentes puntuaban más alto en hipocondriasis e histeria que aquellos con una frecuencia menor. "El hecho de que el número de ataques experimentados esté relacionado al grado de todo el disturbio psicológico representa una importante observación teórica y clínica. Sugiere que los componentes cognitivos y fisiológicos del síndrome de dolor de cabeza están intrínsecamente relacionados el uno al otro", (Bakal, 1982 p. 25).

Respecto a la afirmación de que hay una correlación positiva entre los puntajes de depresión y los puntajes de severidad del dolor de cabeza podría pensarse que los pacientes más deprimidos tienen dolores de cabeza más severos. Para Bakal los reactivos de los cuestionarios reflejan más componentes cognitivos y fisiológicos del síndrome del dolor de cabeza más que la causa del problema. El hecho de que el componente cognitivo se encontró covariante de la severidad de los síntomas es un punto importante.

En resumen, Bakal propone la evaluación de los procesos cognitivos, las creencias, sentimientos respecto a su dolor como parte importante del factor psicológico, relacionándolos con la susceptibilidad y severidad del dolor de cabeza para encontrar la relación entre ambos con el propósito de entender tanto clínica como teóricamente el fenómeno de dolor de cabeza particular para cada paciente como individuo único situado en el continuo de severidad del dolor.

Uno de los puntos de la presente investigación es encontrar la relación entre algunos de los parámetros del dolor y ciertas características psicológicas para vincular el aspecto que menciona Bakal de vincular el dolor con las características del individuo.

PROPOSITO, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Resumiendo los capítulos anteriores se puede decir que existen tres líneas de investigación importantes, que se retomaron en la presente investigación sobre las características psicológicas de los sufridores de dolor de cabeza crónico.

La primera línea es la que toma a los sufridores de dolor crónico como un grupo cuyas características difieren de aquéllos sujetos que no padecen dolor, el dolor es una condición significativa en la vida de estos pacientes que tiene un efecto también significativo en sus características psicológicas (Sterbach, cit. por Webb, 1983 y Elton et al., 1978). En esta línea se encuentran también los estudios realizados en nuestro país donde solo se tomó a los sufridores como un grupo total sin hacer diferenciación en cuanto a su diagnóstico. En estas investigaciones se encontró que si hay una diferencia en cuanto a características como la depresión (Ramos, 1989 y Palacios, Figueroa y Rojas, 1987), la escala 2 del instrumento de ideas irracionales de Ellis, el puntaje total de asertividad, las escalas 2 y F del MMPI altas para las mujeres y escalas K, 5 y 6 bajas del mismo instrumento para los hombres. En otras investigaciones, como la de Arena et al. (1985) sugieren que no hay diferencias en cuanto a los diagnósticos, sino que la población de dolor de cabeza muestra características psicológicas como un grupo homogéneo diferentes a otros sujetos sin dolor en una serie de medidas psicométricas estandarizadas.

La segunda línea de investigación propone que sí existen diferentes rasgos psicológicos entre los diagnósticos de dolor de cabeza donde, especialmente, los migrañosos han sido identificados como más rígidos, obsesivos y compulsivos (Harrison, 1975 cit. por Passchier et al., 1984). Además que estos presentan menos trastornos psicológicos que los pacientes con cefalea mixta y tensional, al mismo tiempo que los de cefalea mixta presentan menos trastornos que los de cefalea tensional. Basándose en esto en la idea de Sterbach (1974, cit. por Blanchard et al., 1985) sobre el concepto de densidad del dolor, que se establece que entre mayor es el número de días por semana que el sujeto padece cefalea más trastornos psicológicos manifiesta. Así, los pacientes con cefalea

crónica tensional, quienes probablemente padecen cefalea casi diariamente, aparecerán como los sujetos más trastornados psicológicamente que los migrañosos que padecen una cefalea o dos a la semana o incluso al mes.

La tercera línea de investigación es la de Bakal (1982) quien establece que no existen diferencias psicológicas de los sufridores de dolor de cabeza y otras poblaciones sin dolor en las medidas psicométricas ya que se han llevado acabo interpretaciones inadecuadas de estas. Este autor sugiere que el estudio de las características del sufridor debe centrarse en el dolor, en las creencias y cogniciones que al respecto de este tiene el paciente; estableciendo que los sufridores de dolor de cabeza crónico no son más neuróticos que los no sufridores.

Finalmente, dado que la mayoría de las investigaciones anteriores se han realizado con poblaciones con dolor de cabeza crónico de otros países y que los datos no son conclusivos respecto a las características psicológicas, la presente investigación tuvo como propósito verificar si existen diferencias psicológicas entre los grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico: cefalea tensional, cefalea mixta y cefalea migrañosa, comparándolos con un grupo sin dolor ni padecimientos crónicos; así como la posible relación entre los parámetros del dolor y dichas características.

En resumen los problemas de investigación a resolver en la presente investigación fueron los siguientes:

- 1) ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los instrumentos de evaluación psicológica entre los grupos diagnósticos de cefalea tensional, migraña, cefalea mixta y un grupo control sin dolor de cabeza crónico?
- 2) ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los parametros de dolor de cabeza: frecuencia, duración, intensidad, índice, periodo de evolución del dolor de cabeza en cada grupo diagnóstico?
- 3) ¿Cuál es la relación entre los parametros de dolor de cabeza y los puntajes obtenidos en los instrumentos por grupo diagnóstico?
- 4) ¿Existen diferencias cualitativas, estadísticamente significativas en los temores, ideas irracionales, reactivos de afirmatividad y depresión entre los diferentes diagnósticos?

OBJETIVOS

Los objetivos que en la presente investigación se plantearon fueron:

1. Determinar las diferencias psicológicas estadísticamente significativas entre los diferentes grupos diagnósticos de dolor de cabeza, a partir de los instrumentos, respecto al índice de depresión, las diez escalas del IBT (ideas irracionales de Ellis), el índice de afirmatividad, el porcentaje de temores, las escalas del MMPI.
2. Confirmar las diferencias estadísticamente significativas de los parámetros del dolor de cabeza: frecuencia, duración, intensidad índice, y periodo de evolución del dolor de cabeza en cada grupo diagnóstico de dolor de cabeza crónico.
3. Establecer la relación entre los parámetros del dolor de cabeza y los puntajes de cada instrumento psicológico.
4. Describir el perfil cualitativo de las características psicológicas del sufridor de dolor de cabeza crónico de acuerdo a su grupo diagnóstico y/o como grupo homogéneo, respecto a temores, el contenido de los reactivos de depresión, los déficits asertivos, el perfil cualitativo de las ideas irracionales.

HIPOTESIS

1. H_i: Existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las características psicológicas de los diferentes grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico.
2. H_i: Existen diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de dolor de cabeza para cada grupo diagnóstico.
3. H_i: Existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de los instrumentos psicológicos y los parámetros de dolor de cabeza en cada grupo diagnóstico.
4. H_i: Existen diferencias cualitativas significativas en el contenido de los instrumentos psicológicos de cada grupo diagnóstico.

METODO

1. DISEÑO

La investigación se realizó mediante un diseño ex post facto "en el cual no hubo control directo sobre las variables independientes, porque ya habían acontecido sus manifestaciones", (Kerlinger, 1982, p. 268), bajo un enfoque integral.

2. SUJETOS

Se trabajó con 81 sufridores de dolor de cabeza crónico con un periodo de cronicidad no menor de 6 meses y una frecuencia de dolor de por lo menos una vez al mes. Los sujetos fueron diagnosticados de acuerdo a los criterios del Comité Ad Hoc para el dolor de cabeza (1962). Se utilizó este sistema de clasificación ya que es con ese con el que se trabajó con la población ya conformada por la muestra en el Hospital General de Ecatepec y que formaba parte del proyecto de Evaluación Integral y Tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico (Palacios y Rojas 1986).

Se llevó a cabo un muestreo intencional "donde se empleó un criterio deliberado para obtener muestras representativas", (Kerlinger, 1982, p.328). Los sujetos de la presente investigación fueron elegidos de aquellos pacientes que acudieron a la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec de junio de 1989 a mayo de 1992 y que habían concluido la primera evaluación psicológica y monitoreado su dolor por lo menos durante tres semanas y que cumplieran con las variables de inclusión:

- Periodo de dolor de cabeza de por lo menos seis meses,
- Ausencia de cualquier etiología orgánica que se asociara al dolor de cabeza,
- Mujer u hombre entre 15 y 60 años de edad, que supiera leer y escribir.

A cada uno de los sujetos se les asignó a uno de los tres grupos diagnósticos: cefalea tensional (Dx1), cefalea mixta (Dx2) y cefalea migrañosa (Dx3).

Cabe aclarar que a pesar de que a todos los sujetos se les aplicó la batería completa, en algunos casos uno o dos instrumentos fueron invalidados, sea porque el sujeto no había

comprendido las instrucciones o porque no se cumplieran con los requisitos internos de cada instrumento, se trabajó separadamente por instrumento, de ahí que para cada instrumento el número de sujetos por grupo diagnóstico no sea el mismo. El número de sujetos que respondieron a cada instrumento por diagnóstico puede observarse en las tablas de los resultados.

Para conformar el grupo de dolor de cabeza crónico, es decir no de un sólo diagnóstico. De los 81 sujetos de dolor de cabeza crónico se eligieron aquellos que todos sus instrumentos eran válidos y estaban completos, a saber 60 sujetos de los 81 iniciales y se llevó a cabo una elección por medio de una tabla de números aleatorios para conformar el grupo de dolor de cabeza crónico, con el propósito de que los diagnósticos quedaran distribuidos aleatoriamente y llevar a cabo una comparación entre este grupo y el control. Finalmente, el grupo de dolor de cabeza crónico quedó conformado por 20 sujetos para igualar el número de los control.

El grupo control quedó conformado por 20 sujetos que participaron voluntariamente para responder a los cuestionarios. Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

1. Hombres y mujeres de 15 a 60 años de edad, que supieran leer y escribir, preferentemente sólo haber cursado la primaria y/o secundaria.
2. Casados o solteros, preferentemente casados ya que se había observado que la población con dolor de cabeza crónico eran en su mayoría casados.

De tal forma que, resumiendo, los grupos se conformaron como sigue:

	Sujetos con cefalea tensional: n = 22
MUESTRA TOTAL: 81 sujetos con dolor de cabeza crónico	Sujetos con cefalea mixta: n = 27
	Sujetos con cefalea migrañosa: n = 32
MUESTRA TOTAL: 81 sujetos con dolor de cabeza crónico	se eligió aleatoriamente una muestra para conformar la muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico: n = 20

3. MATERIAL

-Historia Clínica Médica (Lopes, 1989) que exploró de manera general el estado de salud de los sujetos en cuanto al aparato cardiovascular, respiratorio, genital, urinario, digestivo, músculo-esquelético y endócrino; con el fin de descartar algún padecimiento orgánico que tuviera alguna relación etiológica con el dolor de cabeza. No se incluye en la presente investigación ya que con esta se realizó el diagnóstico y los sujetos ya fueron retomados con este establecido.

-Hojas de automonitoreo del dolor de cabeza (Budzinsky et al. 1973), que se entregaron a los sujetos para que monitorearan la intensidad de su dolor de 0-5. Donde 0 es ausencia total del dolor hasta 5 que es un dolor incapacitante, durante mínimo 1 semana, durante las 24 horas del día (ver anexo 1).

-Tablas de concentración de datos semanales del dolor (Palacios y Rojas , 1986), de las cuales se tomaron las tres primeras semanas de automonitoreo (ver anexo 2).

-Cuestionario sobre el dolor (Rojas, 1986) que indaga las características topográficas del dolor, la intensidad, la frecuencia, la severidad, el periodo de evolución, etc. para llevar a cabo un diagnóstico del tipo de dolor (ver anexo 3).

-Inventario de Depresión de Beck (Beck, A., Ward, C., Meldenson, M. Mock, J. y Erbough, E., 1961) que evalúa los rubros de estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, odio a sí mismo, autoacusaciones, deseos autopunitivos, brotes de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, inhibición en el trabajo, perturbaciones del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido (ver anexo 4).

-Inventario de Ideas irracionales (IBI) de Ellis (Jones, 1968), que evalúa en 100 reactivos las ideas irracionales planteadas por Albert Ellis (ver anexo 5).

- Inventario de temores de Wolpe y Lang (1969) que evalúa en 90 reactivos los temores en una escala del 0 al 5 (ver anexo 6).

-Inventario de afirmatividad de Grambill y Richell (1975), que evalúa en 40 reactivos las conductas de aproximación y rechazo, con extraños y conocidos, tanto la frecuencia de la conducta como el grado de incomodidad (ver anexo 7).

-Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI, (Núñez, 1979). Hojas de respuestas, hojas de perfil (ver anexo 8), cuadernillo de preguntas y plantillas de evaluación.

4. ESCENARIO Y PERSONAL

Los instrumentos fueron aplicados en los cubículos de la Clínica del dolor del Hospital General de Ecatepec "José María Rodríguez", en forma individual. Los instrumentos de los sujetos control fueron aplicados también de manera de individual, en cubículos diversos de la clínica y/o instalaciones de la FES Zaragoza.

El personal quedó conformado por 3 terapeutas docentes del grupo de Psicología de la Salud, de 2 a 5 pasantes de la carrera de Psicología y por 10 estudiantes de 7o., 8o. y 9o. semestre de la misma carrera. Todos ellos entrenados en la aplicación, evaluación e interpretación de cada uno de los instrumentos psicológicos.

5.VARIABLES

Variable independiente:

GRUPO DIAGNÓSTICO

- a) diagnóstico de cefalea tensional
- b) diagnóstico de migraña clásica o común
- c) diagnóstico de cefalea mixta
- d) grupo de dolor de cabeza crónico
- e) grupo control sin dolor, ni padecimientos crónicos

Variable dependiente:

1. PUNTAJES DE CADA INSTRUMENTO

- a) puntaje del inventario de depresión de Beck
- b) puntaje de las 10 ideas irracionales de las escalas del inventario de IBT
- c) puntaje del inventario de afirmatividad
- d) puntaje del inventario de temores
- e) puntaje de las escalas del MMPI

2. CONTENIDO CUALITATIVO DE LOS REACTIVOS

- a) reactivos de depresión
- b) reactivos de las 10 escalas de ideas irracionales del IBT
- c) reactivos de afirmatividad
- d) reactivos de temores

3. PARAMETROS DEL DOLOR

- a) duración
- b) intensidad promedio
- c) índice de dolor
- d) frecuencia
- e) evolución
- f) intensidad máxima
- g) intensidad máxima mediana

6. DEFINICION DE VARIABLES.

Padecimiento crónico: enfermedad que tenga por lo menos 6 meses, se presenta por lo menos una vez al mes (Blanchard y Andrasik, 1985).

DIAGNOSTICOS.

a) Cefalea tensional:

Ocurrencia de tres episodios de cefalea por semana como mínimo y presencia de dos de los síntomas siguientes:

- cefalea usualmente descrita como bilateral y que se inicia en las regiones occipitales, suboccipitales o parte posterior del cuello,
- cefalea usualmente descrita como sensación de opresión externa,
- cefalea usualmente descrita como un dolor sordo permanente.

b) Cefalea combinada (migrañosa/tensional)

Denominada también mixta:

- se identifica porque posee síntomas de ambos tipos de cefalea,
- se observa que cumple con los criterios mencionados para el tipo tensional y migrañoso.

c) Cefalea migrañosa:

Al menos un episodio al mes y presencia de tres de los siguientes síntomas:

- aparición de cefalea usualmente unilateral,
- cefalea normalmente acompañada por náuseas y vómitos,
- cefalea usualmente descrita como pulsátil o palpitante,
- fotofobia durante la cefalea,
- cefalea usualmente precedida por alteraciones visuales, hemiparesias, hemiparestesias.
- migraña común: sin prodromos
- migraña clásica: con presencia de prodromos.

VARIABLES PSICOLOGICAS

- a) **Depresión:** lo que mide cada uno de los reactivos del Inventario de Depresión de Beck et al. (1961).
- b) **Temores:** lo que mide el inventario de Temores de Wolpe y Lang (1969).
- c) **Afirmatividad**(Aserción): lo que mide el inventario de afirmatividad de Grambill y Richell (1975).
- d) **Ideas Irracionales:** lo que mide cada una de las diez escalas del IBT (Inventario de Afirmatividad) de Jones (1968).

PARAMETROS DEL DOLOR.

- a) **Frecuencia:** número de episodios de dolor en un bloque de siete días, en donde un episodio se define como aquel limitado por intensidades de cero.
- b) **Duración:**número total de horas en un bloque de siete días en los que se presenta el dolor.
- c) **Intensidad Promedio:** es la suma de todas las intensidades en un lapso de siete días divididas entre la duración.
- d) **Intensidad Máxima:** es el valor más alto en la escala de 1 a 5 señalada por el paciente como intensidad de su dolor en siete días.

c) Intensidad Mediana: es el valor de la intensidad mediana en una escala de 1 a 5 señalada por el paciente, de las intensidades del dolor señaladas.

f) Periodo de evolución: es el periodo de tiempo señalado por el paciente durante el cual ha padecido de dolor de cabeza.

e) Indice: se calcula mediante la siguiente formula

$$\text{Indice} = \frac{1(\text{no. h}) + 2(\text{no. h}) + 3(\text{no. h}) + 4(\text{no. h}) + 5(\text{no. h})}{24}$$

24

donde: 1-5 valores de la intensidad del dolor

no. h. número de horas que el sujeto marcó la intensidad correspondiente

24: las 24 horas del día

7. PROCEDIMIENTO

Los 81 sufridores de dolor de cabeza crónico que participaron en la investigación fueron tomados de los sujetos que acudieron a la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec para recibir atención sobre su dolor de cabeza y que fueron retomados para el proyecto general "Evaluación Integral y Tratamiento no farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" (Palacios y Rojas, 1986). El programa de atención actualmente se sigue dando en el hospital mencionado y está conformado por tres etapas: evaluación psicológica, tratamiento, evaluación psicológica después del tratamiento y seguimiento. Los sujetos fueron atraídos al servicio mediante carteles que se colocaron en el hospital, los que se remitieron por cuenta propia a la Clínica del dolor, los que pidieron información a las personas que realizaron guardias fuera de la Clínica con el propósito de dar información y finalmente los que fueron remitidos por otras personas que ya habían sido atendidas por el servicio o que fueron enviadas de otros servicios dentro del hospital. A partir de que los sujetos acudieron al servicio se llevo el siguiente procedimiento:

SESION

ACTIVIDAD

- 1

Se les aplicó el cuestionario de dolor de cabeza (Rojas, 1985) con el fin de conocer las características del dolor

Se determinó el diagnóstico probable y los datos demográficos del sujeto. Este fue aplicado en forma individual.

Si el sujeto reunió las características de inclusión se le dió una breve explicación de las fases en las que consistía el servicio y de la evaluación psicológica que se llevaría a cabo antes de recibir el tratamiento.

Si no reunió las características los sujetos fueron canalizados a otro servicio dentro o fuera del hospital.
- 2

Se aplicó la Historia Clínica Médica (Lopes, 1989) para confirmar que el sujeto no presentaba una etiología orgánica del dolor de cabeza, por parte de los terapeutas o del médico asignado, quien confirmaba el diagnóstico.

Si se requirió se solicitaron estudios de gabinete y laboratorio como fueron placas, fondo de ojo, biometría hemática, etc.

Se adiestró a los sujetos en el uso de las hojas de automonitoreo. Como monitorear su dolor y la asignación de la calificación de acuerdo a la intensidad, indicándoles la importancia que estas tenían.
- 3

Se revisó el automonitoreo, haciendo las correcciones y comentarios pertinentes.

Se aplicó e indagó el inventario de depresión de Beck.

Como tarea de indicó al sujeto que resolviera de manera individual en su casa el inventario de Temores.

SESION

ACTIVIDAD

- 4 Se revisó nuevamente el automonitoreo.
Se vació la información de este en la hoja de datos semanales.
Se checó el inventario de Temores y se indagó sobre los reactivos que este contiene.
Se aplicó el inventario de Afirmatividad (aserción).
Como tarea en todas las sesiones se indica el automonitoreo.

- 5 Se llevó acabo la aplicación del inventario de ideas irracionales (IBT) y se revisó el automonitoreo.
Tarea, continuar monitoreando el dolor.

- 6 y 7 Se aplicó en ambas sesiones el inventario MMPI, al igual que en las sesiones anteriores se revisa el automonitoreo y se asigna como una tarea continua.

A partir de estas sesión los sujetos son asignados al tratamiento.

Cada instrumento fue indagado y contestado de acuerdo a los requerimientos de cada uno de ellos.

La colaboración de los sujetos control fue mediante carteles de la misma población que acude al hospital o familiares de los pacientes que desearon participar voluntariamente; se llevó acabo el mismo procedimiento exceptuando el automonitoreo del dolor.

8. ANALISIS ESTADISTICO

Para exponer de una manera más sencilla el análisis estadístico aplicado a cada variable se incluye la tabla siguiente:

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	JUSTIFICACION	VARIABLE
Frecuencia por grupo	Variable nivel nominal	Características demográficas: 1. sexo 2. estado civil 3. ocupación 3. escolaridad 4. diagnóstico
Análisis de Varianza entre grupos	Nivel de medición intervalar	Edad
Prueba de X (Chi cuadrada) Nivel de significancia 0.05 y 0.01 entre grupos	Muestras independientes Nivel de medición nominal	Escolaridad Estado civil
Prueba de X (Chi cuadrada) Nivel de significancia 0.05 y 0.01 Entre grupos diagnósticos	Muestras independientes Nivel de medición nominal	Contenido cualitativo de los reactivos de: Inventario de Depresión de Beck Inventario de Temores Inventario de Ideas Irracionales Inventario de Afirmatividad

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	JUSTIFICACION	VARIABLE
<p>Mediana por grupo diagnóstico y control</p> <p>Análisis de Varianza de una clasificación de Kruskal-Wallis</p> <p>Nivel de significancia 0.05 y 0.01</p> <p>Comparación entre grupos diagnósticos: tensional, mixta, migrañosas</p> <p>Prueba de U Mann-Whitney</p> <p>Nivel de significancia 0.05 y 0.01</p> <p>Comparación entre cada diagnóstico y el grupo control</p> <p>Comparación entre el grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control</p> <p>Comparación de las características significativas de los diagnósticos: tensional, mixta y migraña</p>	<p>Punto más cercano al medio en una distribución</p> <p>Diferencia entre K muestras independientes con un nivel de medición ordinal</p> <p>Comparación entre 2 muestras independientes nivel ordinal</p>	<p>Variables psicológicas:</p> <p>Índice de depresión (puntuaje natural)</p> <p>Porcentaje de temores</p> <p>Porcentaje de cada idea irracional</p> <p>Déficit asertivo global</p> <p>Déficit asertivo de aproximación social y petición con extraños</p> <p>Déficit asertivo de respuestas de rechazo con extraños</p> <p>Déficit asertivo de aproximación y petición con conocidos</p> <p>Déficit asertivo de respuestas de rechazo con conocidos</p> <p>Porcentaje de incomodidad de conductas asertivas</p> <p>Porcentaje de probabilidad de respuesta asertivas</p> <p>Puntuación natural de cada escala del MMPI</p>

ANÁLISIS ESTADÍSTICO	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE
<p>Mediana por grupo diagnóstico y control</p>	<p>Punto mas cercano al medio en una distribución</p>	<p>Parámetros de dolor: Frecuencia Duración Índice de dolor</p>
<p>Análisis de Varianza de una clasificación de Kruskal-Wallis</p> <p>Nivel de significancia 0.05 y 0.01</p> <p>Comparación entre grupos diagnósticos: tensional, mixta, migrañosas</p> <p>Prueba de U Mann-Whitney</p> <p>Nivel de significancia 0.05 y 0.01</p> <p>Comparación entre cada diagnóstico y el grupo control</p> <p>Comparación entre el grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control</p> <p>Comparación de las características significativas de los diagnósticos: tensional, mixta y migraña</p>	<p>Diferencia entre K muestras independientes con un nivel de medición ordinal</p> <p>Comparación entre 2 muestras independientes nivel ordinal</p>	<p>Periodo de evolución del dolor Intensidad promedio Intensidad mediana Intensidad máxima</p>
<p>Coefficiente de correlación de rango de Kendall: τ (tau)</p> <p>Nivel de significancia 0.05 y 0.01</p>	<p>Correlación de dos variables nivel de medición ordinal</p>	<p>Variables psicológicas y Parámetros de dolor</p>

RESULTADOS

En el presente apartado se describen los resultados comenzando con las características demográficas, la medias y medianas de cada instrumento psicológico y los parámetros de dolor, seguido por cada uno de los problemas de investigación planteados en el presente estudio.

1. Características demográficas.

La muestra total de cefaléicos quedó conformada por 81 sufridores de dolor de cabeza crónico. Sus características demográficas se presentan en la figura 1 a la 4.

En la figura 1 se muestra el porcentaje por sexos de hombres y mujeres; en la figura 2 se muestra el porcentaje de cada estado civil: casados, solteros, que viven en unión libre, separados y viudos; en la figura 3 se muestra el porcentaje de las diferentes ocupaciones de la muestra: hogar, empleados como secretarias, cajeras, policías, etc., los que trabajan por su cuenta como comerciantes, estudiantes y profesionales; finalmente en la figura 4 se muestra su escolaridad en las categorías de primaria, sea completa o sólo algunos años, secundaria, bachillerato y licenciatura.



ESTADO CIVIL DEL GRUPO CON DOLOR DE CABEZA CRONICO

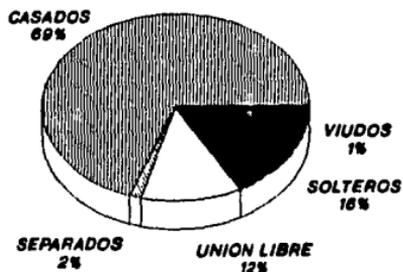


FIGURA No. 2

n= 81

OCUPACION DEL GRUPO CON DOLOR DE CABEZA CRONICO

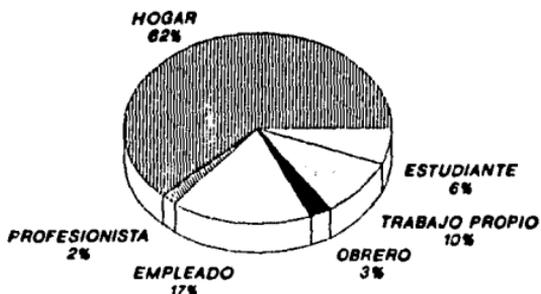


FIGURA No. 3

n= 81

ESCOLARIDAD DEL GRUPO CON DOLOR DE CABEZA CRONICO

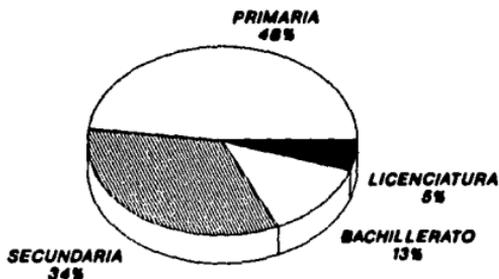


FIGURA No. 4

$n = 81$

La distribución de cada diagnóstico en la muestra total se puede observar en la fig. 5, el 39% (32) de estos sujetos fueron diagnosticados como sufridores de cefalea crónica de tipo migrañoso, el 34% (27) se clasificó como sufridor de cefalea mixta y el 27% (22) con cefalea tensional.

**(%) DE CADA GRUPO DIAGNOSTICO RESPECTO
A LA MUESTRA TOTAL CON DOLOR DE CABEZA**

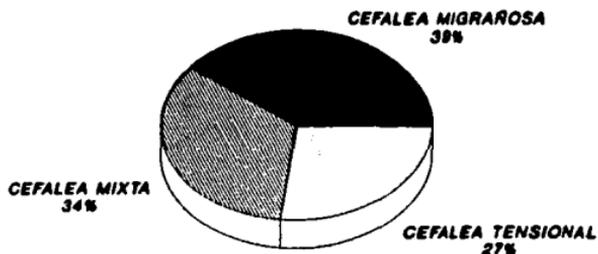


FIGURA No. 5

Respecto al grupo control este quedó conformado por 20 sujetos sin dolor ni padecimientos crónicos cuyas características demográficas se presentan en la figura 6 a la 9.

En la figura 6 se muestra el porcentaje por sexos de hombres y mujeres; en la figura 7 se muestra el porcentaje de cada estado civil: casados, solteros y viudos; en la figura 8 se muestra el porcentaje de las diferentes ocupaciones de la muestra: hogar, empleados, estudiantes y profesionales; finalmente en la figura 9 se muestra su escolaridad en las categorías de primaria, sea completa o sólo algunos años, secundaria, bachillerato y licenciatura.

En la tabla 1 (ver anexo 9) se muestran las características demográficas de cada grupo diagnóstico incluyendo las del grupo control.

**GRUPO SIN DOLOR NI PADECIMIENTO CRONICO
POR SEXO**

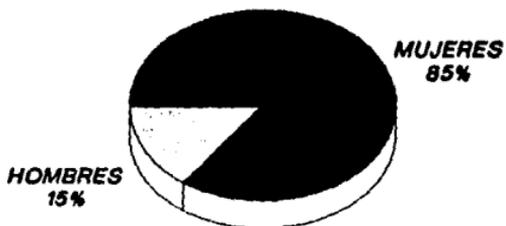


FIGURA No. 6

n=20

**ESTADO CIVIL DEL GRUPO SIN DOLOR
NI PADECIMIENTOS CRONICOS**

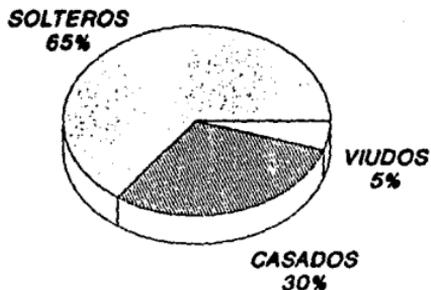


FIGURA No. 7

n= 20

OCUPACION DEL GRUPO SIN DOLOR NI PADECIMIENTOS CRONICOS

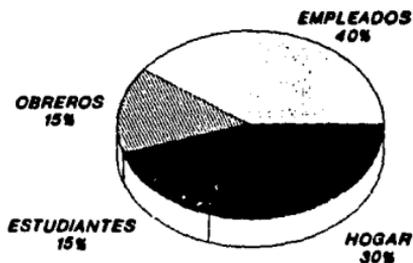


FIGURA No. 8

n = 20

ESCOLARIDAD DEL GRUPO SIN DOLOR NI PADECIMIENTOS CRONICOS

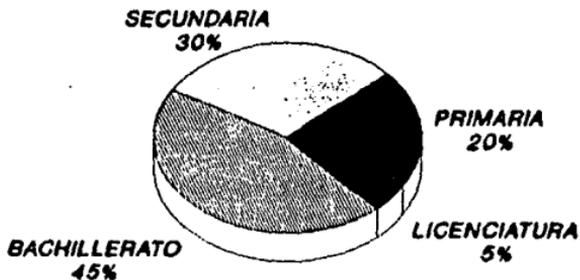


FIGURA No. 9

n = 20

En resumen y de acuerdo a las figuras, la proporción de hombres y mujeres es similar entre los sufridores de dolor de cabeza crónico y el grupo control, siendo en ambos mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. En cuanto al estado civil, la proporción de casados y solteros es diferente entre la muestra total de los sufridores de dolor de cabeza y el grupo control, es mayor el porcentaje de casados en los cefaléicos que en los control, en estos es mayor el porcentaje de solteros. Respecto a la ocupación, también se encontraron diferencias, la proporción mayor de los cefaléicos se dedican al hogar mientras que la proporción mayor de los control son empleados. De la misma manera, en cuanto a la escolaridad, los cefaléicos en su mayoría sólo tiene primaria mientras que la misma proporción de los control presentan un nivel de bachillerato.

Respecto a los porcentajes de estas características en cada uno de los grupos diagnósticos (tensional, mixto y migrañoso) se puede decir que se encuentran en la misma proporción en cada grupo (ver tabla 1 anexo 9).

Es importante mencionar que el análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 3.1 (1991) para computadoras personales en una computadora ACER, con disco duro de 250 MB y una memoria RAM de 4 MB.

Para la edad, que es una variable demográfica, se llevó a cabo un análisis de varianza dado el nivel de medición intervalar de esta variable por instrumento para los tres grupos diagnósticos y el grupo control, los resultados se muestran en la tabla 2 (ver anexo 9). En la tabla 2a (ver anexo 9) se muestra el análisis de varianza para la edad del grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control (grupo sin dolor ni padecimientos crónicos).

De acuerdo al análisis de varianza, se puede decir que los grupos no difieren estadísticamente en cuanto a la edad.

De la misma manera se realizó una prueba de χ^2 (chi cuadrada) con el propósito de verificar si existían o no diferencias en cuanto a las variables de escolaridad y estado civil entre los grupos, se eligió esta prueba ya que se trata de muestras independientes y los datos se encuentran en frecuencias a nivel nominal (Levin, 1977).

Del análisis de escolaridad, dada la χ^2 calculada de 25.83 y la χ^2 de tabla de 16.916 con un nivel de significancia de 0.05 y de 21.66 con un nivel de significancia de 0.01, con $gl= 9$, no se puede rechazar la hipótesis nula. De ahí que los grupos (diagnósticos y control) difieran estadísticamente entre sí en cuanto al nivel de escolaridad.

Respecto al estado civil, con una χ^2 calculada de 30.89 y una χ^2 de tabla de 21.026 con un nivel de significancia de 0.05 y de 26.217 con un nivel de significancia de 0.01, con $gl= 12$, no

se puede rechazar la hipótesis nula. Por ello, se puede decir que el estado civil es una característica en que difieren estadísticamente los grupos (diagnósticos y control).

Resumiendo los grupos no difieren estadísticamente en cuanto a la edad, pero sí en cuanto al estado civil y la escolaridad.

2. Medianas y medias de cada instrumento psicológico y los parámetros de dolor por grupo diagnóstico.

De una manera descriptiva y gráfica se muestran los puntajes de las medianas (Md) de cada instrumento psicológico para cada grupo diagnóstico de dolor de cabeza crónico, grupo control y el grupo de dolor de cabeza crónico (grupo conformado por los tres grupos diagnósticos seleccionados aleatoriamente), estos datos se muestran en la tabla 3 (ver anexo 9).

Cuando los puntajes ordinales se organizan por orden de tamaño la mediana (Md) es el punto más cercano al medio en una distribución y corta la distribución en dos partes iguales. Se eligieron las medianas ya que " la media está muy influida por los puntajes extremos en ambas direcciones, los cambios en los valores extremos modifican poco o nada la mediana" (Levin, 1977 p.46).

Respecto a los parámetros de dolor, dado que no todos los sujetos cuentan con todos los instrumentos, para cada instrumento se tuvieron parámetros de dolor correspondientes a cada sujeto que había respondido dicho instrumento (ver tabla 3a en anexo 9).

En el presente apartado sólo se muestran los resultados gráficamente y las observaciones que de ahí se desprenden no son estadísticamente significativas, si se usan las palabras de comparación es únicamente basado en el dato gráfico. En los siguientes apartados se indican los análisis estadísticos para verificar si estas diferencias son o no estadísticamente significativas.

2.1 Índice de depresión de Beck.

En la fig. 10 se muestran las medianas del índice de depresión de Beck de los tres grupos diagnósticos (tensional, mixta y migraña) y el grupo control. Gráficamente se puede observar que la mediana mayor fue la del grupo de cefalea mixta (Md=16) que corresponde a una depresión moderada de acuerdo a la escala de Beck y cols. (1969). Es importante mencionar que dicha escala no fue tomada de datos de población mexicana y por ello la comparación directa puede no ser aceptada, sin embargo se menciona como una mera comparación. La mediana del grupo control fue de 8, lo cual corresponde a una depresión nula. Por otra parte en la fig. 11 se muestran las medianas de la puntuación del índice de depresión de Beck del grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control.

MEDIANAS DE LA PUNTUACION NATURAL DEL INDICE DE DEPRESION DE BECK POR GRUPO

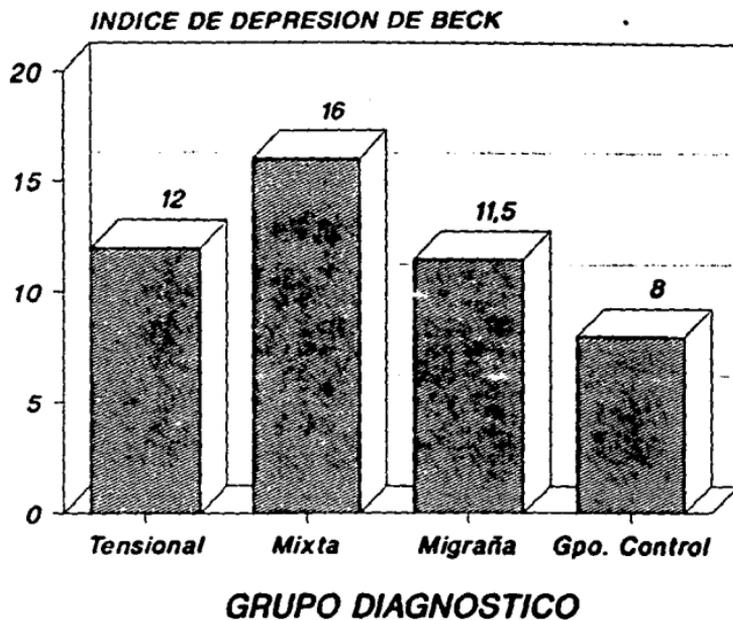


FIGURA No. 10

MEDIANAS DE LA PUNTUACION NATURAL DEL INDICE DE DEPRESION DE BECK

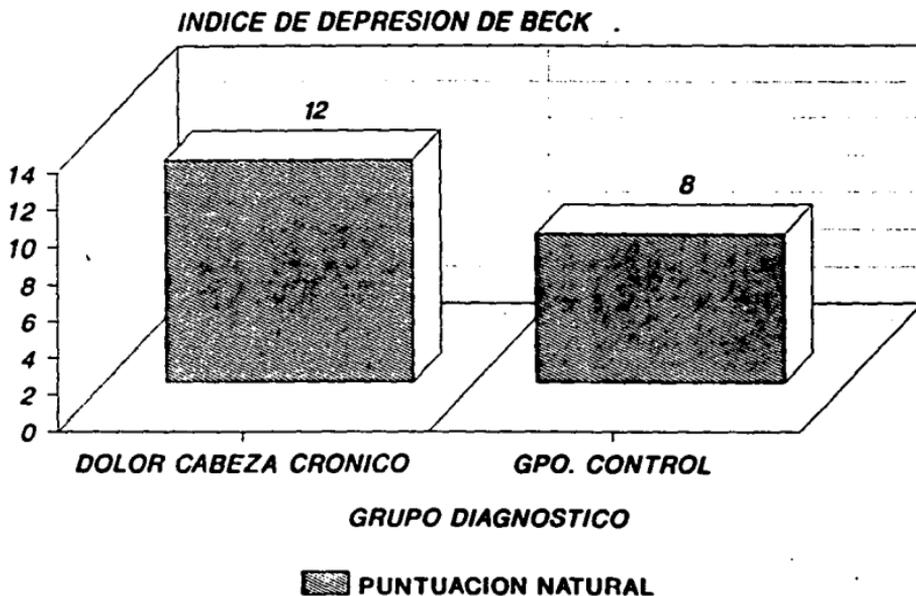


FIGURA No. 11

2.2 Temores.

En la fig. 12 se muestran las medianas del porcentaje de temores por grupo diagnóstico, gráficamente puede observarse que el grupo de cefalea tensional obtuvo la mediana mayor de los tres grupos diagnósticos ($Md=20$). Por otra parte en la fig. 13 se muestran la mediana del porcentaje de temores del grupo con dolor de cabeza crónico (D.C.C.) y el grupo control.

2.3 IBT

En la fig. 14 A se muestran las ideas irracionales 1 a la 5 de los tres grupos diagnósticos y el grupo control. En la fig. 15 A se muestra, por otra parte, las ideas irracionales de la 1 a la 5 del grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control.

En cuanto a la idea 1 (necesidad de ser aprobado y estimado), el grupo de cefalea mixta gráficamente tuvo la mediana más grande ($Md=50$) respecto a los grupos restantes. ($Md=40$). Ninguno de los grupos, a excepción del mixto, rebasó el 40 (límite de racionalidad establecido por Jones, 1968 cit. por Rodríguez, 1992), (ver fig. 14 A y 15 A).

Respecto a la idea 2 (perfeccionismo, altos niveles de competencia y eficacia) el grupo de cefalea mixta tuvo el puntaje gráficamente más alto con una mediana de 70. Todos los grupos rebasaron el límite de racionalidad de 40 (ver fig. 14 A y 15 A).

En la idea 3 (culpar y condenar a la gente por sus fallas) gráficamente se puede observar que el grupo más alto fue el de cefalea mixta ($Md= 50$). Sólo el grupo de mixta rebasó el 40 (ver fig. 14 A y 15 A).

En cuanto a la idea 4 (reactividad a la frustración), el grupo de cefalea mixta, migrañosa y dolor de cabeza crónico obtuvieron gráficamente la misma mediana de 50 (ver fig. 14 A y 15 A).

En la idea 5 (locus de control externo), el grupo de cefalea mixta, migrañosa y dolor de cabeza crónico obtuvieron gráficamente la misma mediana ($Md= 30$). Es importante notar que los puntajes en esta escala se muestran bajos (ver fig. 14 A y 15 A).

En la fig. 14 B se muestran las ideas irracionales de la 6 a la 10 de los grupos diagnósticos y el grupo control. Mientras que en la fig. 15 B se muestran las ideas de la 6 a la 10 del grupo control y el grupo con dolor de cabeza crónico.

Respecto a la idea 6 (preocupación y anticipación disfuncional al futuro) el grupo con el puntaje gráficamente más alto es el tensional ($Md = 65$). Todos los grupos rebasaron el límite de racionalidad (ver fig. 14 B y 15 B).

En la idea 7 (evitación de responsabilidades) todos los grupos con dolor de cabeza, sea cual sea el diagnóstico obtuvieron una mediana de 40 y el grupo control de 30. Ningún grupo rebasó el 40 (ver fig. 14 B y 15 B).

En la idea 8 (dependencia) todos los grupos tanto los de dolor de cabeza como el control obtuvieron una $Md = 40$ (ver fig. 14 B y 15 B). En la idea 9 (determinismo del pasado) los tres grupos diagnósticos tuvieron gráficamente la misma mediana ($Md = 40$), (ver fig. 14 B y 15 B). En la idea 10 (soluciones ideales y correctas) los tensionales y los de dolor de cabeza crónico con una $Md = 60$ gráfica, rebasan todos el 40 (ver fig. 14 B y 15 B).

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DE TEMORES POR GRUPO DIAGNOSTICO

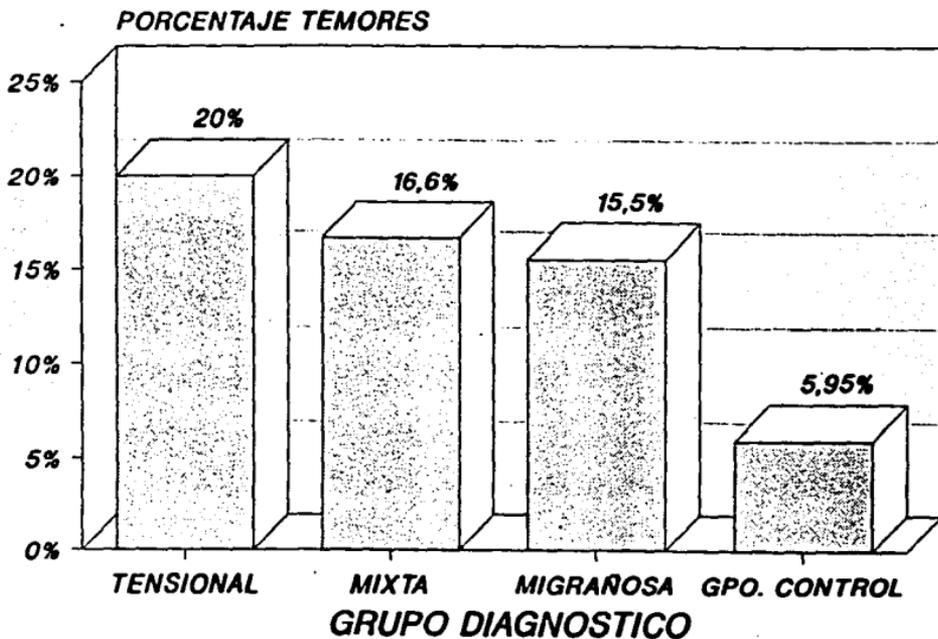


FIGURA No. 12

**MEDIANAS PORCENTAJE DE TEMORES DEL GRUPO
DOLOR DE CABEZA CRONICO Y GRUPO CONTROL**

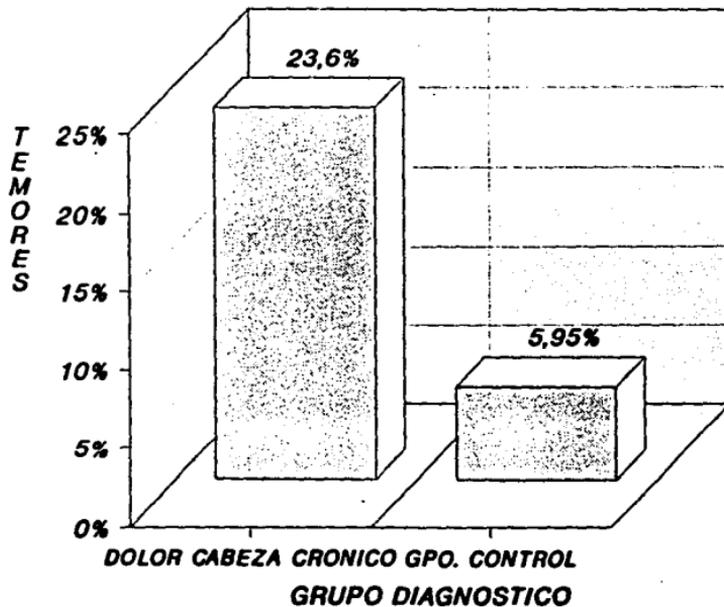


FIGURA No. 13

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DE CADA IDEA IRRACIONAL POR GRUPO DIAGNOSTICO

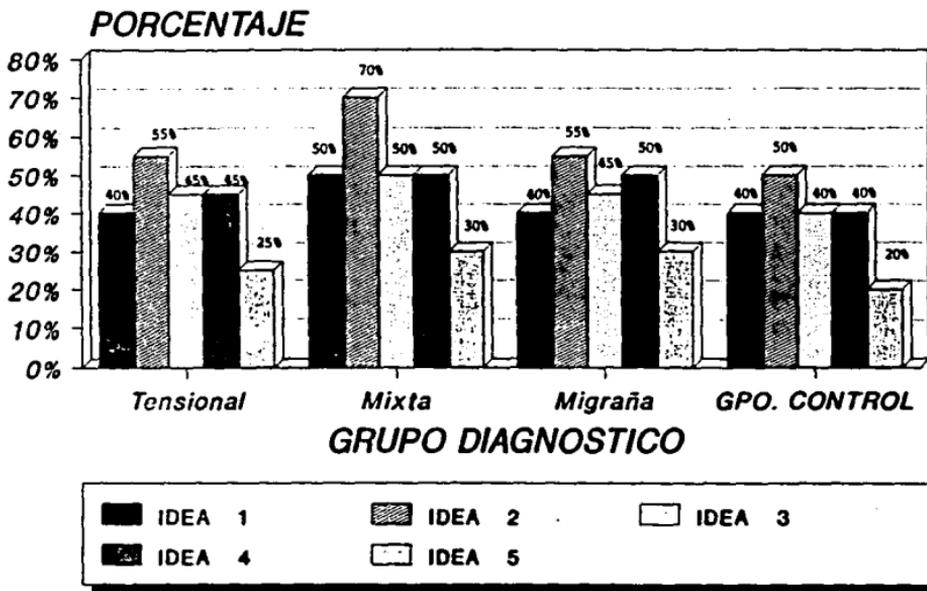


FIGURA No. 14 A

MEDIANA DEL PORCENTAJE DE CADA IDEA IRRACIONAL

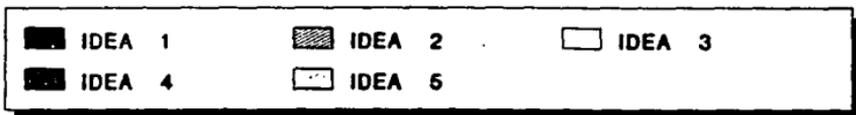
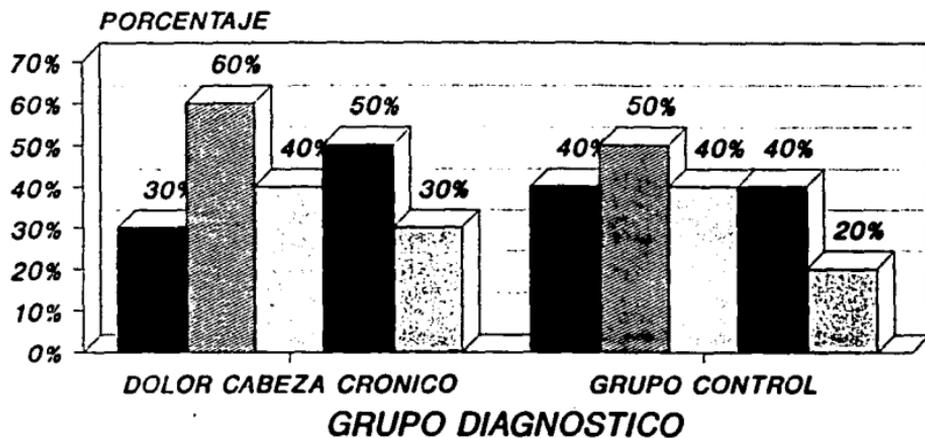


FIGURA No. 15-A

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DE CADA IDEA IRRACIONAL POR GRUPO DIAGNOSTICO

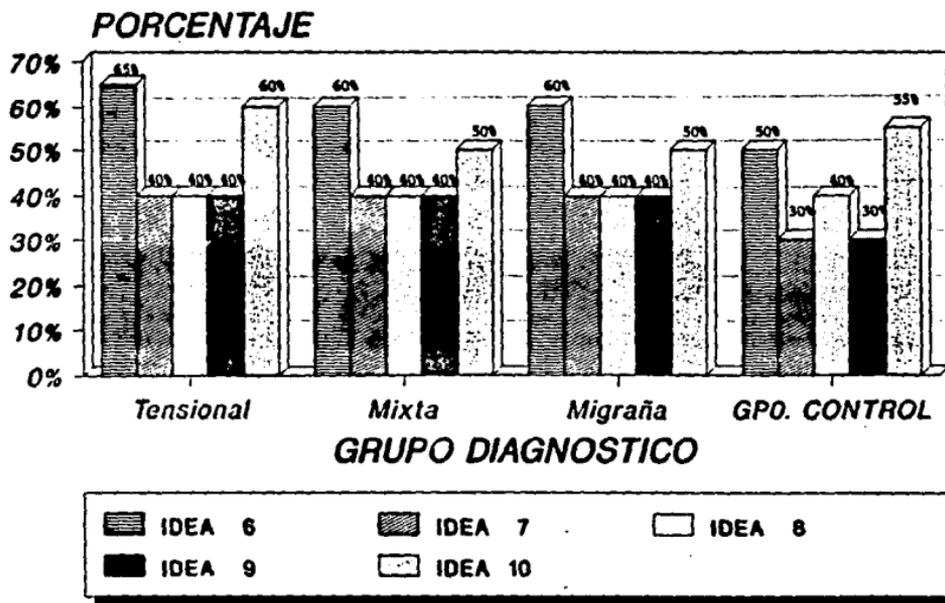


FIGURA No. 14 B

III
FALLA DE ORIGEN

MEDIANA DEL PORCENTAJE DE CADA IDEA IRRACIONAL

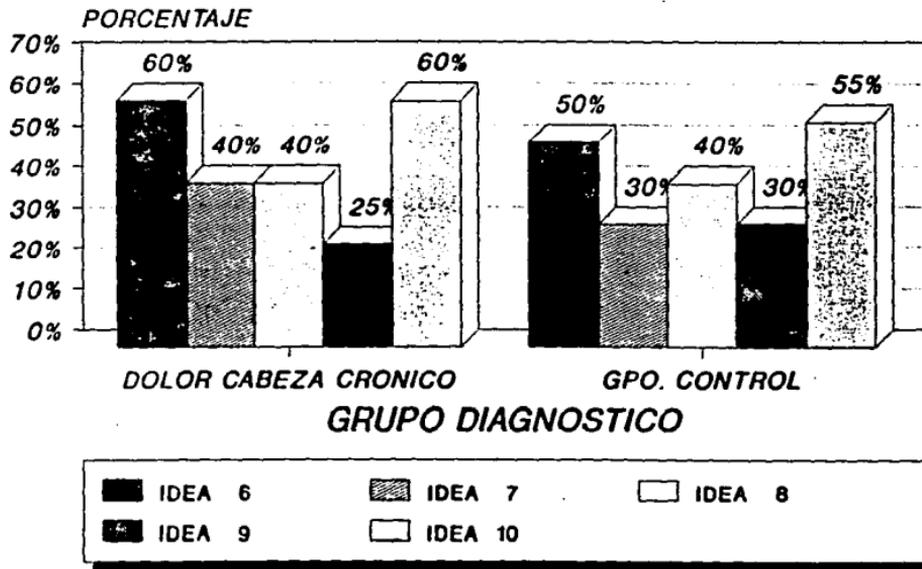


FIGURA No. 15 B

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DE DEFICITS DE ASERCION POR GRUPO DIAGNOSTICO

P O R C E N T A J E D E F I C I T

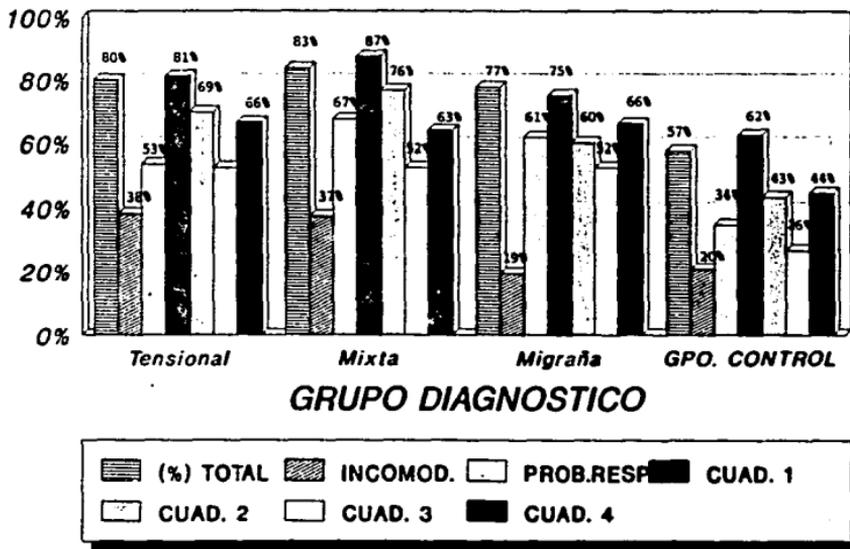


FIGURA No. 16

FALLA DE ORIGEN

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DEFICITS DE ASERCION

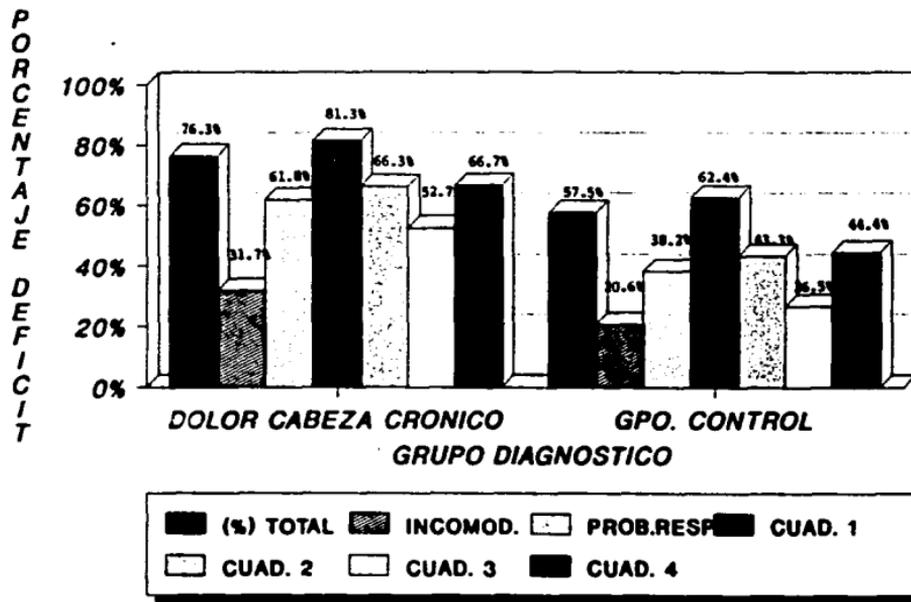


FIGURA No. 17

MEDIANAS DEL PORCENTAJE DEFICITS DE ASERCION

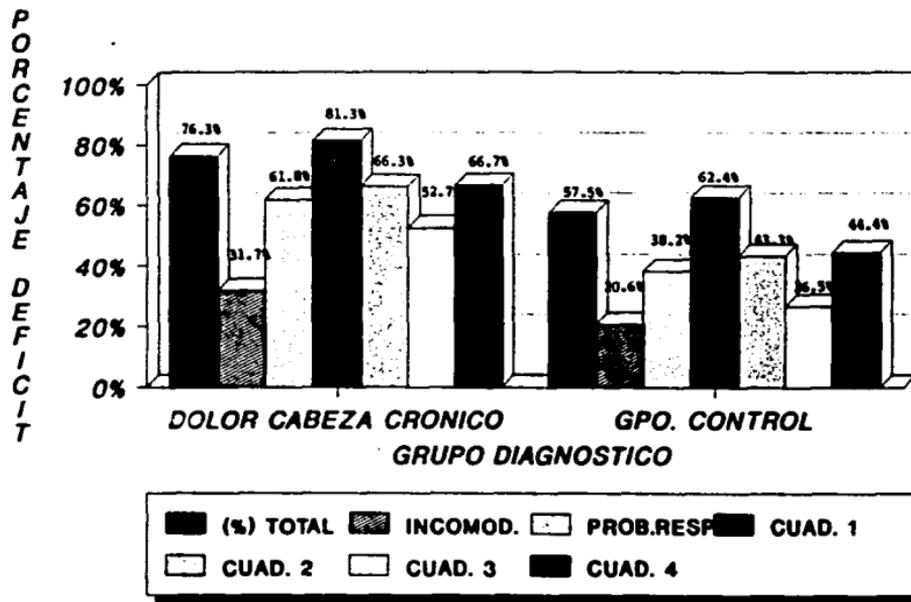


FIGURA No. 17

2.5 NIMPI

Respecto a este inventario los puntajes que se muestran en la tabla 3 (ver anexo 9) son grupales, tanto de hombres como de mujeres, ya que para comparar los grupos en los demás instrumentos no se hizo diferenciación entre los sexos. Estos puntajes grupales son los que se utilizaron para las comparaciones estadísticas y se utilizaron puntuaciones naturales.

Sin embargo, para graficarlos, se eliminaron los puntajes masculinos y se utilizaron únicamente los perfiles femeninos dado las características de los instrumentos y que el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres en cada grupo. Los puntajes que se muestran en las fig. 18 a 21 son las medianas de las puntuaciones naturales de cada escala.

Una vez trazados los perfiles se puede observar que las escalas pico para el grupo de los sujetos con cefalea tensional fueron la 2 (D) y la 8 (Es), ambas rebasan el límite de T 70 , la escala sumergida es la escala 5 (Mf) y la que también rebasa el límite de T 70 es la escala 4 (Dp), (ver fig. 18 y 19).

Para el grupo con cefalea mixta las escalas pico son la 2(D) y la 8(Es) que sobrepasan a T70, la escala 3(Hi) y la 7(Pt), también sobrepasan a T70. Las escalas que se observan hundidas son la 5(Mf) y la 9(Ma), (ver fig. 18 y 20).

Para el grupo con cefalea migrañosa las escalas pico, fueron la 2(D) y la 1 (Hs), la escala más baja es la 9(Ma) (ver fig. 18 y 21).

En el perfil del grupo con dolor de cabeza crónico (grupo conformado por los tres diagnósticos), las escalas que sobresalen son la 2 (D) y la 8(Es) que rebasan a T70 , la escala más hundida es la 9 (Ma) y después la 5 (Mf), (ver fig. 22).

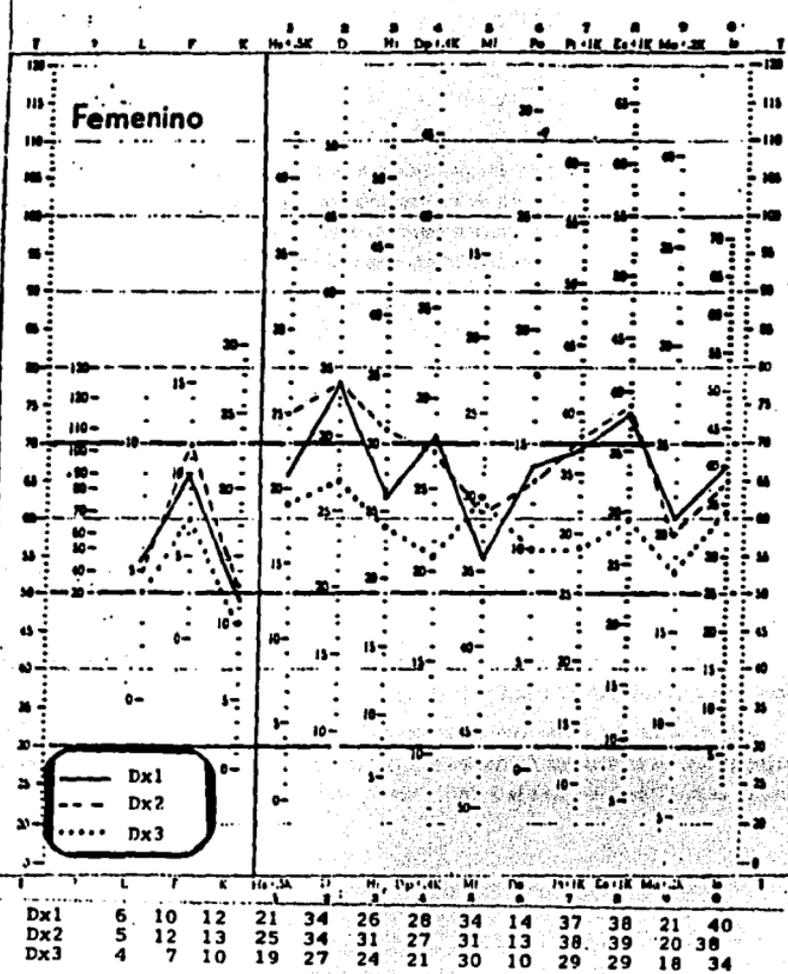


Fig.18 Perfiles femeninos del MMPI de los tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico: tensional (Dx1), mixto (Dx2) y migrañoso (Dx3).

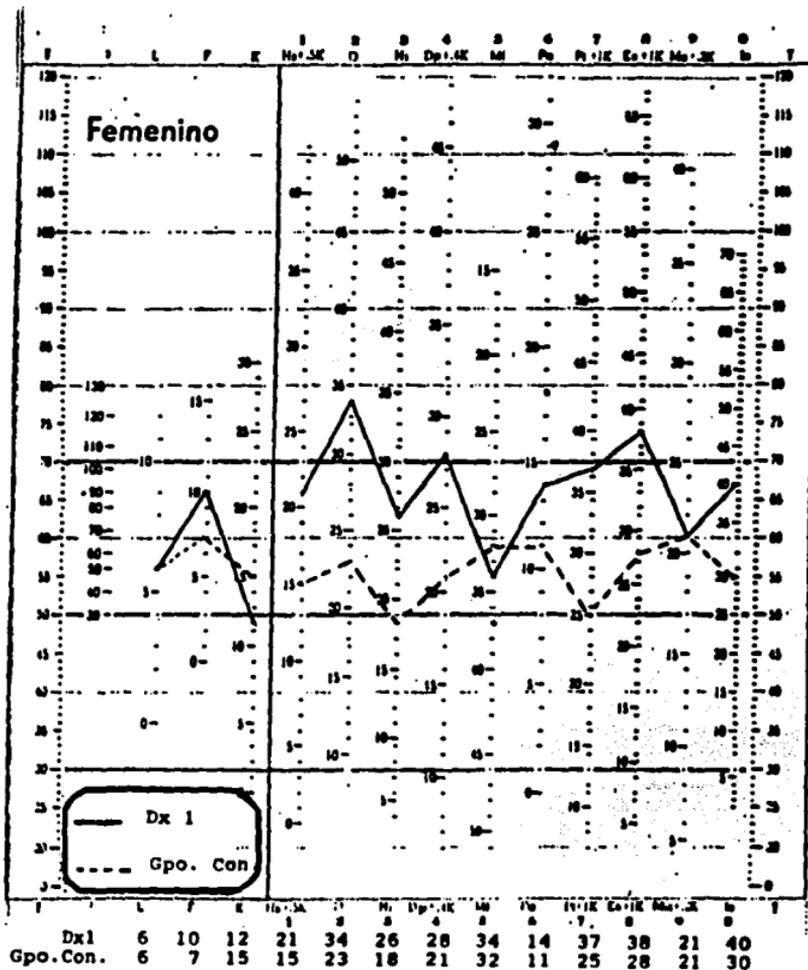


Fig.19 Perfiles femeninos del grupo con cefaleas tensional (Dx1) y el grupo sin dolor ni padecimientos orgánicos (gpo. Con.) del MMPI.

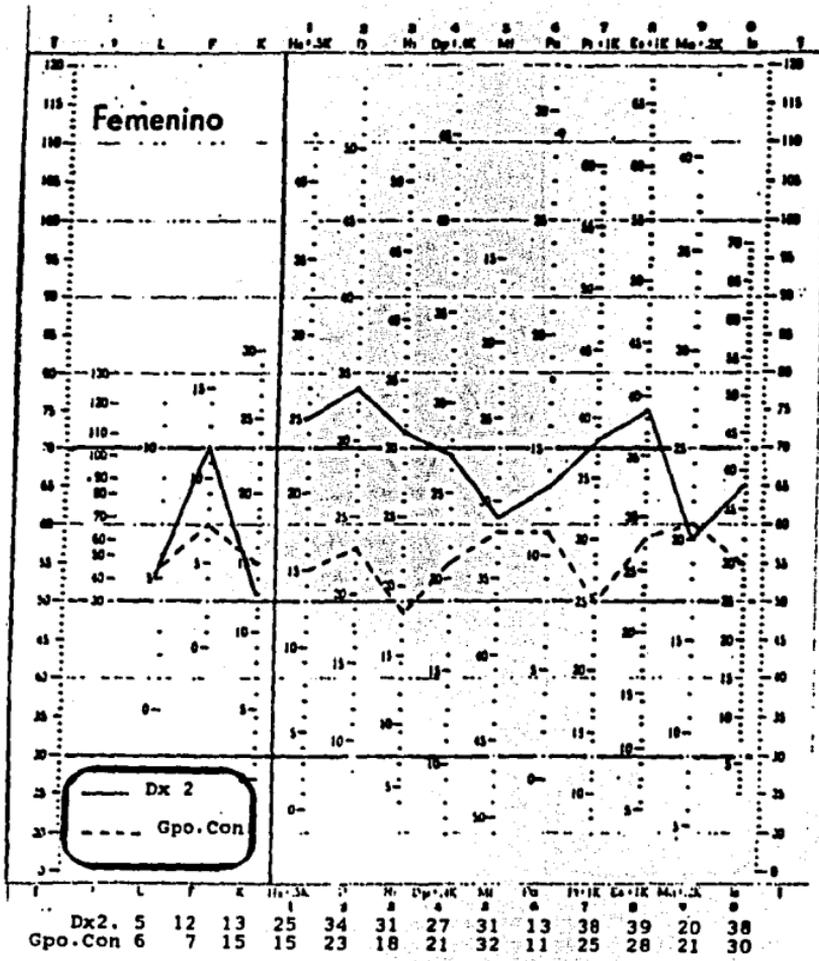


Fig.20 Perfiles femeninos del grupo con cefalea mixta (Dx2) y el grupo sin dolor ni padecimientos crónicos (Gpo. Con.) del MMPI.

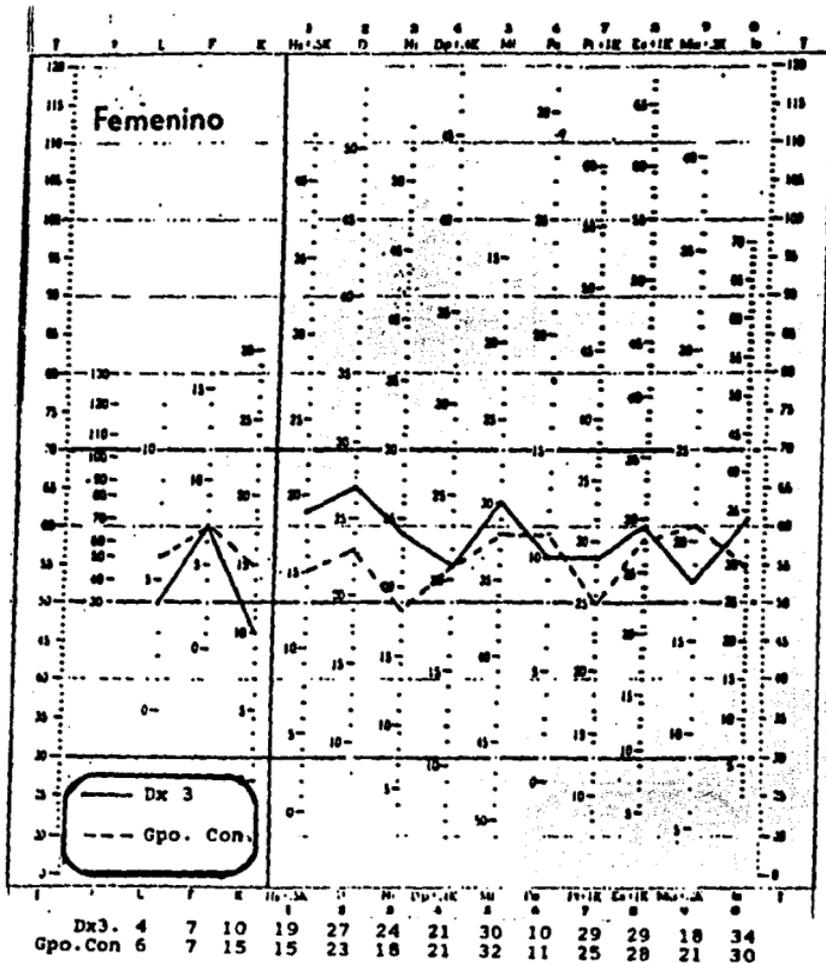


Fig. 21 Perfiles femeninos del MMPI del grupo con cefalea migrañosa (Dx3) y el grupo sin dolor ni padecimientos crónicos (Gpo. Con.)

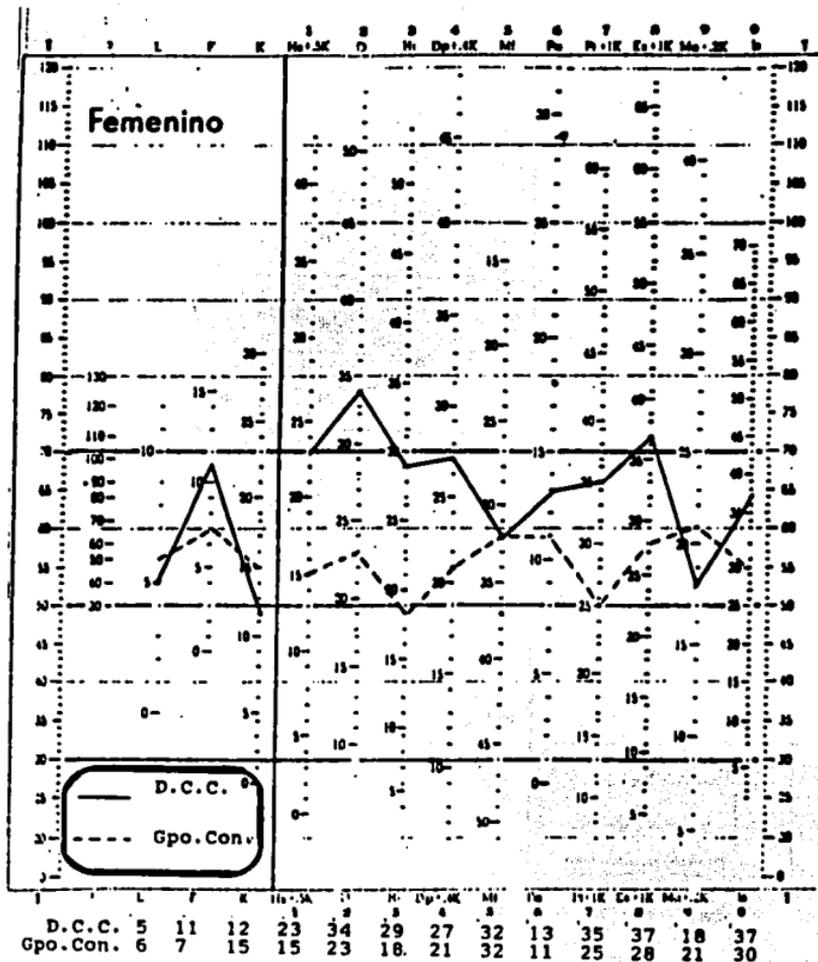


Fig.22 Perfiles femeninos del MMPI del grupo con dolor de cabeza crónico (D.C.C.) y el grupo sin padecimientos ni dolor crónicos (Gpo. Con.).

2.6 Parámetros de dolor.

Dado que no todos los sufridores de dolor de cabeza crónico respondieron todos los instrumentos, se llevó a cabo un análisis estadístico para el periodo de evolución, frecuencia, duración, índice, intensidad promedio, intensidad mediana, intensidad máxima por instrumento. Cabe aclarar que solo Beck e IBT fueron respondidos por todos los sujetos, los demás instrumentos varían ya que aunque a todos los sujetos se les aplican todos los instrumentos algunos fueron invalidados por las características propias del instrumento.

Es importante indicar que a diferencia de otros estudios (Ramos, 1989 y Rodríguez, 1992) donde se trabajó con los promedios de los parámetros del dolor tomados durante 3 semanas de monitoreo. En el presente estudio únicamente se presentan aquellos datos monitoreados de la primera semana, ya que se ha observado que el automonitoreo por sí mismo ejerce un efecto placebo en el dolor, (Budzinsky et al., 1973). Este disminuye e incluso llega a desaparecer durante las primeras semanas de evaluación antes del tratamiento, quizá por las expectativas del tratamiento y la atención del terapeuta. Además, otro dato diferente en este estudio es la intensidad mediana. Se tomó este dato con la intención de verificar si había alguna diferencia entre tomar aquella intensidad más alta en un bloque de siete días (intensidad máxima) o en su lugar tomar la mediana de todas las intensidades diferentes a 0, como un dato más representativo de la intensidad.

Se graficaron únicamente los parámetros del dolor de los sujetos que respondieron Beck e IBT (ver tabla 3a, anexo 9), ya que estos conforman la muestra completa de cefaléicos. En el presente apartado sólo se muestran las gráficas de los parámetros de frecuencia, duración, índice y periodo de evolución ya que en los restantes las variaciones son mínimas, descriptivamente.

En la fig. 23 se muestra la frecuencia del dolor (número de episodios) de los tres grupos diagnósticos, observándose gráficamente que el grupo con la mayor frecuencia es el mixto ($Md = 8$). En la fig. 24 se observa la duración (número de horas del dolor) siendo gráficamente mayor para el grupo de los mixtos ($Md = 70$). En la fig. 25 se muestra el índice donde se puede observar que gráficamente los mixtos presentan el índice mayor ($Md = 0.88$). Finalmente, en la fig. 26 se indica la evolución (años en los que se ha padecido el dolor de cabeza) donde se puede observar gráficamente que los migrañosos tienen una evolución mayor que los demás grupos ($Md = 12$).

MEDIANA DE LA FRECUENCIA DE DOLOR DE CABEZA CRONICO POR GRUPO DIAGNOSTICO

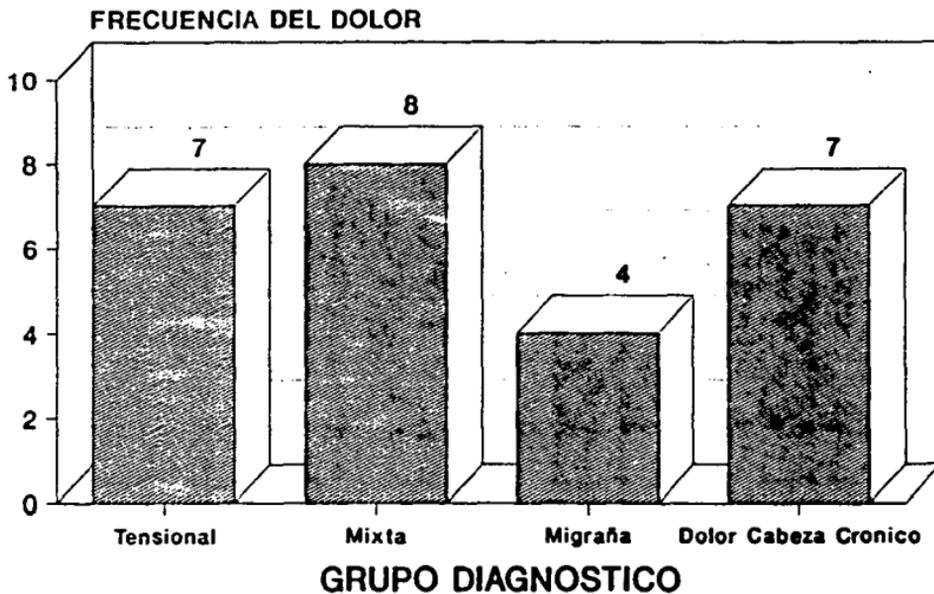


FIGURA No. 23

MEDIANA DE LA DURACION DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO POR GRUPO DIAGNOSTICO

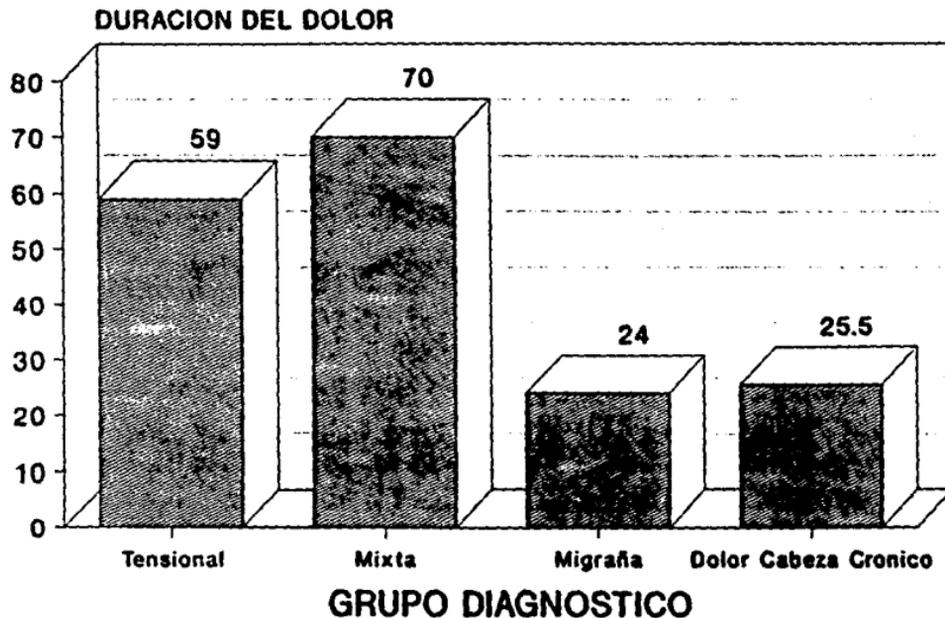


FIGURA No. 24

MEDIANA DEL INDICE DEL DOLOR DE CABEZA POR GRUPO DIAGNOSTICO

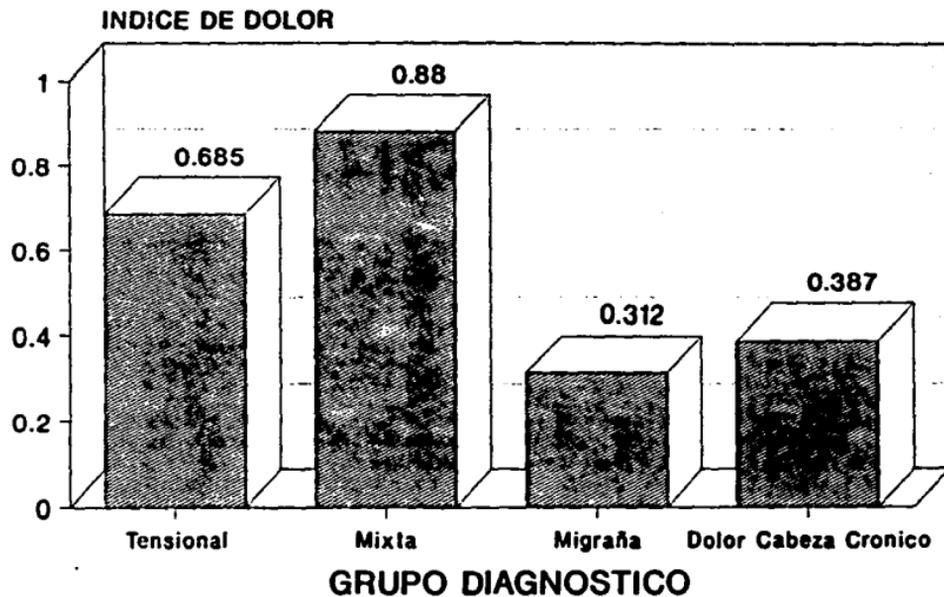


FIGURA No. 25

MEDIANA DEL PERIODO DE EVOLUCION EN AÑOS DEL DOLOR DE CABEZA CRONICO POR GRUPO DIAGNOSTICO

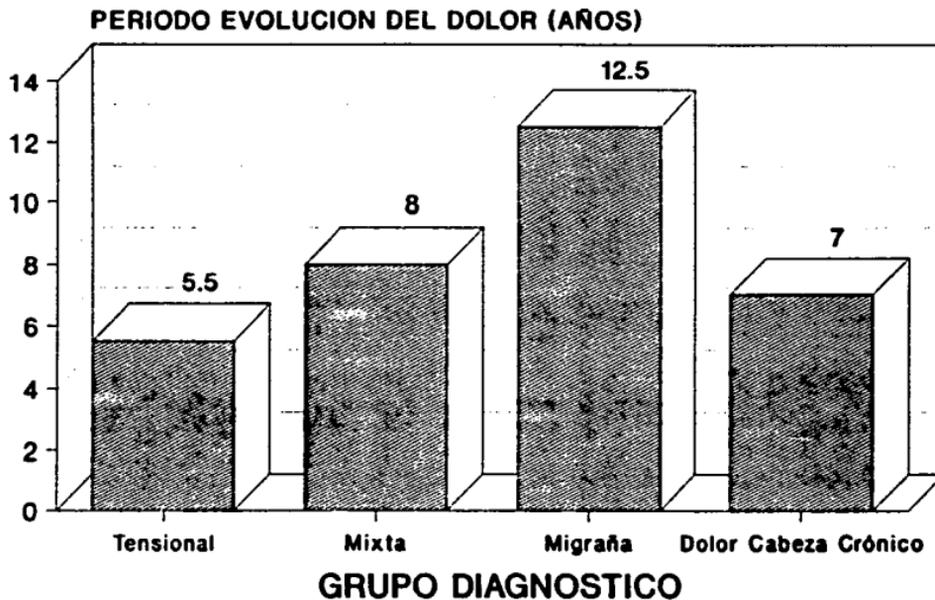


FIGURA No. 26

3. Comparación de los grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico.

Con el propósito de saber si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de dolor de cabeza crónico, se llevó a cabo la prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal Wallis.

Esta prueba fue elegida ya que es útil para obtener las diferencias entre k muestras independientes y requiere de por lo menos de un nivel ordinal. Es más eficiente que la extensión de la prueba de la mediana pues utiliza más información de las observaciones al convertir los puntajes en rangos, es más sensible, parece ser la más eficiente de las pruebas no paramétricas para k muestras independientes (Siegel, 1988).

En esta prueba se calcula el estadístico H que tiene una distribución aproximada a la chi cuadrada bajo la hipótesis de que los tres grupos tienen la misma distribución (Norusis, 1988). De ahí que para calcular el nivel de significancia se hace bajo la distribución de chi cuadrada.

El análisis se llevó a cabo por instrumentos, cada una de las características de los instrumentos de los tres diagnósticos se muestran en la tabla A (ver anexo 9). Sin embargo, las características significativas se resumieron en la tabla 4, en este apartado.

En la tabla 4 se puede ver que para los sujetos que respondieron Beck e IBT hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: la evolución, la frecuencia, la duración y el índice. Respecto al inventario de Temores los sujetos correspondientes a cada diagnóstico difirieron significativamente también respecto a los parámetros del dolor que fueron: la frecuencia, la duración y el índice.

En cuanto al inventario de Afirmatividad (aserción) difirieron significativamente en cuanto a la incomodidad y en los parámetros de dolor de frecuencia, duración, índice e intensidad.

Por último en el inventario del MMPI, las escalas en las que los tres grupos difirieron fue la escala F y la escala 8 (Es); en cuanto a los parámetros de dolor difirieron en el periodo de evolución, frecuencia, duración, índice y finalmente la intensidad promedio.

Medidas de KRUSKAL-WALLIS Variables	Medio del rango			Corrección para ligas	
	Dx1	Dx 2	Dx 3	Chi cuadrada	Significancia
Beck e IBT	n=22	n=27	n=32		
Evolución	32.91	38.07	49.03	6.7671	0.0339 *
Frecuencia	43.25	51.80	30.34	12.6916	0.0018 *
Duración	41.93	54.56	28.92	17.4403	0.0002 *
Indice	41.49	54.02	29.61	15.7862	0.0004 *
Tamores	n=19	n=25	n=23		
Frecuencia	38.00	42.16	21.83	14.4085	0.0007 *
Duración	38.11	44.60	19.09	21.7304	0.0002 *
Indice	37.21	43.84	20.65	17.6882	0.0001 *
Aserción	n=16	n=24	n=23		
Incomodidad	37.88	37.46	22.22	10.3322	0.0057 *
Frecuencia	34.25	39.48	22.63	10.4522	0.0054 *
Duración	34.84	41.73	19.87	17.2321	0.0002 *
Indice	34.13	41.38	20.74	15.1768	0.0005 *
Intensidad Prom.	21.16	34.92	36.50	7.5992	0.0224 *
MMPI	n=20	n=26	n=30		
Escala F	35.33	47.40	32.90	6.6041	0.0368 *
Escala B Es	39.45	46.31	31.10	6.6734	0.0356 *
Evolución	31.73	35.06	46.00	5.9911	0.0500 *
Frecuencia	39.67	48.44	29.10	10.9700	0.0041 *
Duración	37.08	53.35	26.58	20.5790	0.0002 *
Indice	35.78	52.08	28.55	16.2280	0.0003 *
Intensidad Prom.	26.42	42.06	43.47	8.1780	0.0168 *

Tabla 4. Resultados significativos de la comparación de los tres grupos diagnósticos de la prueba de análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis.

3.1 Comparación de los tres diagnósticos en cuanto a las características significativas.

Con el propósito de verificar en cual de los tres diagnósticos estaban las diferencias o cuál mostraba los puntajes significativamente más altos se realizó la prueba de U de Mann-Whitney, se fueron comparando de dos en dos grupos, ya que no existe a nivel no paramétrico un equivalente de la prueba de Scheffé o la U de Duncan, que es a nivel paramétrico y establece en cuales de las k muestras ya detectadas como significativas, estan las diferencias y un posible orden de estas.

La U de Mann-Whitney se aplicó a aquellas características que difirieron significativamente en la prueba de Kruskal-Wallis . Los resultados se muestran en las tablas 5 a 5c.

En la tabla 5 se muestran los resultados de Beck e IBT, respecto a al periodo de evolución se puede decir que el grupo de cefalea migrañosa tiene un periodo de evolución estadísticamente mayor que los grupos de tensional y mixta, y por otro lado el grupo de tensional y mixta no difieren significativamente en cuanto a su evolución. En cuanto a su frecuencia del dolor, esta es significativamente mayor para el diagnóstico de cefalea mixta y tensional respecto a los migrañosos, aunque la diferencia entre mixtos y tensionales no existe. La duración del dolor de los tensionales y mixtos es estadísticamente mayor que la de los migrañosos, mientras que no hay diferencia significativa entre la duración de los tensionales y mixtos. Finalmente, respecto al índice en la relación se puede establecer un orden, los sujetos con cefalea mixta presentan un índice mayor que los migrañosos y tensionales, a su vez los tensionales tienen un índice mayor respecto a los migrañosos.

En la tabla 5a. se pueden observar las características significativas de los sujetos que contestaron el inventario de temores. Las relación entre los parámetros del dolor en cada diagnóstico son similares a los del instrumento anterior.

La frecuencia, la duración y el índice son estadísticamente mayores para el grupo de cefalea mixta y tensional con respecto al diagnóstico de migraña. La frecuencia, la duración e índice del diagnóstico tensional no difiere estadísticamente respecto al de cefalea mixta.

En cuanto a las características significativas del inventario de Afirmatividad (aserción), las diferencias en cuanto al porcentaje de incomodidad son estadísticamente significativas entre los sujetos con cefalea mixta, los migrañosos y los de cefalea tensional. Esta diferencia no existe entre los tensionales y mixtos. El porcentaje de incomodidad es estadísticamente mayor para los sujetos con cefalea mixta y tensional que para los migrañosos, no habiendo diferencias significativas entre tensionales y mixtos (ver tabla 5b). Respecto a las características de dolor de los sujetos la frecuencia, duración e índice son diferentes estadísticamente entre los mixtos y migrañosos. Esta diferencia también se encuentra entre los tensionales y migrañosos. No hay diferencia estadísticamente significativa en estos parámetros entre el grupo de cefalea tensional y el de mixta. Un parámetro de dolor que resultó significativo en este instrumento y que en los demás no, es la intensidad promedio, respecto a esta los tensionales difieren significativamente de los migrañosos y mixtos, mientras que mixtos no difieren de los migrañosos. De ahí se puede decir que la intensidad promedio es mayor para los migrañosos y mixtos respecto a los tensionales, y que no hay diferencia significativa entre los mixtos y migrañosos.

Por último respecto a las características psicológicas estadísticamente significativas del MMPI, que fueron la escala F y 8 (Es). En la escala F, el grupo de cefalea mixta difiere significativamente respecto al tensional y al migrañoso. No hay diferencia estadística entre los tensionales y migrañosos. La puntuación F es mayor para los mixtos, seguidos por los tensionales y los migrañosos, aunque la diferencia entre los tensionales y migrañosos no es significativa (ver tabla 5c.). En cuanto a la escala 8 (Es) el diagnóstico que difiere estadísticamente es el de los migrañosos respecto a los mixtos y tensionales, no hay diferencias en esta escala entre los tensionales y mixtos, no es significativa. Esto es, los migrañosos obtuvieron el puntaje más bajo en esta escala y es significativo respecto a los otros dos grupos. El parámetro de dolor de frecuencia difiere en el diagnóstico de tensional y mixta respecto al migrañoso. Por ello la frecuencia es significativamente mayor para los diagnósticos mixta y tensional respecto al migrañoso, pero no difieren tensionales y migrañosos estadísticamente entre sí. En cuanto al índice y la duración, hay diferencias estadísticamente significativas entre los mixtos y tensionales respecto a los migrañosos. No hay, por otra parte diferencia estadísticamente significativa entre los tensionales y mixtos. Por ello, el grupo de cefalea mixta y tensional tiene un índice y una duración mayor que el de cefalea migrañosa. Otro parámetro de dolor significativo en este

instrumento fue la intensidad promedio, encontrándose que el diagnóstico de tensional difiere estadísticamente respecto al de migraña y mixto. No se encontró diferencia significativa entre los migrañosos y mixtos. Estos dos últimos muestran una intensidad significativamente mayor que los tensionales, mientras que no hay una diferencia entre los mixtos y migrañosos.

Medidas de MANN-WHITNEY Variable	Media de rango			Corrección para ligas
	GRUPO DIAGNOSTICO	U	Z	Significancia
Frecuencia	Dx1 22.61	244.5	1.0720	0.1418
	Dx2 26.94			
	Dx2 38.85	193.0	3.6795	0.0001 *
	Dx3 22.53			
	Dx1 32.14	250.0	1.8089	0.0352 *
	Dx3 24.31			
Duración	Dx1 21.45	219.0	1.5685	0.0584
	Dx2 27.89			
	Dx2 40.67	144.0	4.3823	0.0001 *
	Dx3 21.00			
	Dx1 31.98	253.5	1.7350	0.0413 *
	Dx3 24.42			
Indice	Dx1 20.95	208.0	1.7891	0.0368 *
	Dx2 28.30			
	Dx2 39.72	169.5	3.9952	0.0001 *
	Dx3 21.80			
	Dx1 32.14	250.0	1.7962	0.0362 *
	Dx3 24.31			
Evolución	Dx1 22.75	247.5	0.9979	0.1592
	Dx2 26.83			
	Dx2 25.24	303.5	1.9572	0.0251 *
	Dx3 34.02			
	Dx1 21.66	223.5	2.2656	0.0117 *
	Dx3 31.52			

Tabla 5. Resultados de la comparación de las características significativas mediante la prueba U de Mann-Whitney de los inventarios de depresión e IBT

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

$P < 0.01$

Medidas de MANN-WHITNEY Variable	Medio de rango			Corrección para ligas
	GRUPO DIAGNOSTICO	U	Z	Significancia
Frecuencia	Dx1 21.13	211.5	0.6270	0.2653
	Dx2 23.54			
	Dx2 31.62	109.5	3.7108	0.0001 ■
	Dx3 16.76			
	Dx1 26.87	116.5	2.5923	0.0005 ✕
	Dx3 17.07			
Duración	Dx1 20.55	200.5	0.8771	0.1902
	Dx2 23.98			
	Dx2 33.62	59.5	4.7070	0.0001 ■
	Dx3 14.59			
	Dx1 27.55	103.5	2.9092	0.0018 ■
	Dx3 16.50			
Indice	Dx1 19.89	188.0	1.1729	0.1204
	Dx2 24.49			
	Dx2 32.36	91.0	4.0559	0.0001 ■
	Dx3 15.96			
	Dx1 27.32	108.0	2.7932	0.0026 ■
	Dx3 16.70			

Table 5a. Resultados de la comparación de las características significativas del inventario de temores mediante el prueba de U de Mann-Whitney.

Medidas de MANN-WHITNEY	Medio del rango				Corrección para ligas
	GRUPO DIAGNOSTICO		U	Z	Significencia
Incomodidad	Dx1 20.63 Dx2 20.42	190.0	0.0553	0.4779	
	Dx2 29.54 Dx3 18.22	143.0	2.8317	0.0023	■
	Dx1 25.75 Dx3 16.00	92.0	2.6281	0.0043	■
Frecuencia	Dx1 18.53 Dx2 21.81	160.5	0.8900	0.1867	
	Dx2 30.17 Dx3 17.57	128.0	3.1831	0.0007	■
	Dx1 24.22 Dx3 17.07	116.5	1.9389	0.0252	■
Duración	Dx1 18.56 Dx2 21.79	161.0	0.8563	0.1959	
	Dx2 32.44 Dx3 15.20	73.5	4.3111	0.0001	■
	Dx1 24.78 Dx3 16.67	107.5	2.1869	0.0144	■
Indice	Dx1 17.81 Dx2 22.29	149.0	1.1873	0.1175	
	Dx2 31.58 Dx3 16.09	94.0	3.8739	0.0001	■
	Dx1 24.81 Dx3 16.65	107.0	2.1993	0.0139	■
Intensidad Promedio	Dx1 14.97 Dx2 24.19	103.5	2.4440	0.0072	■
	Dx2 23.23 Dx3 24.80	257.5	0.3939	0.3468	
	Dx1 14.69 Dx3 23.70	99.0	2.4296	0.0075	■

Table 5b. Resultados de la comparación de las características significativas del inventario de Afirmatividad (ejercicio) mediante la prueba U de Mann-Whitney

Medidas de MANN-WHITNEY Variable	Medio del rango			Corrección para ligas
	GRUPO DIAGNOSTICO	U	Z	Significancia
Escala P	Dx1 19.05	171.0	1.9796	0.0239 *
	Dx2 26.92			
	Dx2 33.98	247.5	2.3472	0.0094 *
	Dx3 23.75			
	Dx1 26.77	274.5	0.5071	0.3060
	Dx3 24.65			
Escala B Es	Dx1 21.17	213.5	1.0321	0.1510
	Dx2 25.29			
	Dx2 34.52	233.5	2.5748	0.0050 *
	Dx3 23.28			
	Dx1 28.77	234.5	1.2999	0.0968
	Dx3 23.32			
Frecuencia	Dx1 21.00	210.0	1.1254	0.1302
	Dx2 25.42			
	Dx2 36.52	181.5	3.4643	0.0002 *
	Dx3 21.55			
	Dx1 29.17	226.5	1.4657	0.0713
	Dx3 23.05			
Duración	Dx1 14.95	169.0	2.0172	0.0128 *
	Dx2 27.00			
	Dx2 39.85	95.0	4.8478	0.0001 *
	Dx3 18.67			
	Dx1 28.63	237.5	1.2383	0.1078
	Dx3 23.42			

Tabla 5c. Resultados de la comparación de las características significativas del MAPI mediante la prueba de U de Mann-Whitney

Medidas MANN-WHITNEY Variable	Medio del rango			Corrección para ligas
	GRUPO DIAGNOSTICO	U	Z	Significancia
Intensidad Promedio	Dx1 17.75	145.0	2.5489	0.0054 *
	Dx2 27.92			
	Dx2 27.63	367.5	0.3698	0.3557
	Dx3 29.25			
	Jx1 19.17	173.5	2.5071	0.0061 *
	Dx3 29.72			
Indice	Dx1 18.30	156.0	2.3047	0.0106 *
	Dx2 27.50			
	Dx2 38.08	141.0	4.0916	0.0001 *
	Dx3 20.20			
	Dx1 27.98	250.5	0.9806	0.1634
	Dx3 23.85			
Evolución	Dx1 22.00	230.0	0.6666	0.2525
	Dx2 24.65			
	Dx2 23.90	270.5	1.9654	0.0247 *
	Dx3 32.48			
	Dx1 20.23	194.5	2.0928	0.0182 *
	Dx3 29.02			

Tabla 50. Resultados de la comparación de las características significativas del MMPI mediante la prueba de U de Mann-Whitney

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

4. Comparación de cada grupo diagnóstico: cefalea tensional (Dx1), cefalea mixta (Dx2) y cefalea migrañosa (Dx3) con el grupo control.

Se realizó una comparación de cada uno de los grupos diagnóstico de cefalea con el grupo control, con el propósito de ver algunos de los rasgos distintivos entre cada diagnóstico y el grupo sin dolor de cabeza ni padecimientos crónico (grupo control). Los resultados de estas comparaciones se muestran en las tablas de la 6 a la 6b.

Se eligió la prueba de U Mann-Whitney ya que esta prueba se utiliza para dos grupos independientes donde se ha logrado por lo menos una medida de nivel ordinal siendo una alternativa útil en las pruebas no paramétricas ante la prueba paramétrica t de "student" (Siegel, 1988).

Esta estadística prueba que las dos distribuciones son iguales, es decir, que las dos distribuciones de la suma de rangos sean similares. Si uno de los grupos tiene más grande o más pequeño el rango, hay razones para pensar que las dos distribuciones subyacentes son diferentes (Norusis, 1988).

En la tabla se muestra la medida del rango, que es la suma de los rangos dividido entre el número de casos. El valor U, la estadística usada en esta prueba, es dado en la clasificación por el número de veces que un puntaje del grupo con n_2 casos precede a un puntaje con n_1 casos. Los valores de significancia se obtienen mediante la transformación del puntaje a la desviación estándar normal Z (Norusis, 1988 y Siegel, 1988). Si el valor de significancia es más grande que 0.05 y/o 0.01 entonces la hipótesis nula no puede ser rechazada.

4.1 Comparación entre el diagnóstico de cefalea tensional (Dx1) y el grupo control.

La primera característica significativa es el índice de depresión de Beck, éste es significativamente más grande en el grupo con cefalea tensional respecto al control (ver tabla 6).

En IBT (Inventario de Ideas Irracionales) el grupo de tensional muestra puntajes estadísticamente más altos en la idea 6 y en la idea 7 que son estadísticamente significativos (ver tabla 6).

Respecto al inventario de Afirmatividad (aserción), hay significancia en todas las medidas, los porcentajes de cada medida son significativamente mayores para el grupo de cefalea tensional. El porcentaje de temores es significativamente mayor para el grupo de cefalea tensional que para el control (ver tabla 6).

Respecto a las escalas del MMPI que difieren significativamente entre el grupo tensional y el control son la F, K, 1(Hs), 2(D), 3(Hi), 4(Dp), 6(Pa), 7(Pt) y 8(Es). El puntaje del grupo tensional es mayor en la escala F que en el control y en la escala K el grupo control tiene el puntaje mayor. En todas las escalas clínicas significativas el grupo con dolor de cabeza tiene los puntajes naturales mayores (ver tabla 6).

4.2 Comparación entre el diagnóstico de cefalea mixta (Dx2) y el grupo control.

El índice de depresión es estadísticamente mayor para el grupo de cefalea mixta que para el control. Respecto al IBT las ideas que difirieron significativamente fueron la 1, 5, 6, 7 y 9. En la tabla 6a. se puede ver que la media del rango es mayor para el grupo con dolor de cabeza que para el control. Respecto al inventario de afirmatividad (aserción) todas las características difirieron significativamente respecto al grupo control, siendo las medias de los rangos de los porcentajes mayores para el grupo con cefalea mixta (ver tabla 6a.).

La media del rango del porcentaje de temores es significativamente mayor para el grupo con dolor de cabeza mixto. En el MMPI las escalas que difirieron significativamente fueron las escalas F, K, 1(Hi), 2(D), 3(Hi), 4(Dp), 6(Pa), 7(Pt), 8(Es) y la O(Is). En la escala F la suma del rango del puntaje natural es mayor para el grupo con dolor de cabeza mixto y menor en la escala K respecto al control. En todas las escalas clínicas que resultaron significativas la suma del rango del puntaje natural fue mayor para el grupo con dolor de cabeza mixto comparado con el control (ver tabla 6a.).

4.3 Comparación entre el diagnóstico de cefalea migrañosa (Dx3) y el grupo control.

El índice de depresión es mayor para el grupo de dolor de cabeza migrañoso que para el control. Respecto a IBT las ideas que difirieron significativamente fueron la 4, 5, 6 y 7. En

todas ellas la media de la suma de rangos fue mayor para el grupo con cefalea migrañosa que para el control (ver tabla 6b).

Respecto al inventario de Afirmatividad (aserción) sólo resultaron significativos la puntuación total, el cuadrante 2, 3 y 4 y la probabilidad de respuesta; en todas las media de la suma de rangos del porcentaje de cada medida fue mayor para el grupo con cefalea migrañosa (ver tabla 6b.). En el MMPI las escalas que resultaron significativas fueron la K, 1(Hs), 2(D), 3(Hi), 7(Pt) y 8(Es). En la escala K el puntaje mayor lo obtuvo el grupo control en comparación con el migrañoso. En las escalas clínicas, el puntaje natural más grande estadísticamente significativo fue para el grupo con cefalea migrañosa (ver tabla 6b).

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Media del rango		Estadísticas		Corrección para ties
	Gpo. Con	Gpo. D.C. Dx 1	U	Z	Significancia
Beck e IBT	n= 20	n= 22			
Indice de depresión	11.00	31.05	10	5.6554	0.0001 ■
IBT					
Idea 1	21.38	21.61	217.5	0.0638	0.4740
Idea 2	20.67	22.25	203.5	0.4209	0.3369
Idea 3	21.50	21.50	220.0	0.0008	0.5000
Idea 4	19.65	23.18	183.0	0.9626	0.1679
Idea 5	19.05	23.73	171.0	1.2600	0.1035
Idea 6	16.17	26.34	113.5	2.7313	0.0032 ■
Idea 7	18.02	24.66	150.5	1.7933	0.0364 ■
Idea 8	22.02	21.02	209.5	0.2722	0.3927
Idea 9	21.52	21.48	219.5	0.0128	0.4949
Idea 10	20.42	22.48	198.5	0.5523	0.2904
Aserción	n= 20	n= 16			
Puntuación total	14.82	23.09	86.5	2.3439	0.0095 ■
Cuadrante 1	15.52	22.22	100.5	1.9043	0.0284 ■
Cuadrante 2	14.57	23.41	81.5	2.5045	0.0065 ■
Cuadrante 3	15.60	22.13	102.0	1.8486	0.0322 ■
Cuadrante 4	13.68	24.53	63.5	3.0767	0.0011 ■
Incomodidad	14.07	24.03	71.5	2.3189	0.0024 ■
Probable Respuesta	15.50	22.25	100.0	1.9109	0.0280 ■

Tabla 6 . Resultados de la comparación del grupo con cefalea tensional (Dx1) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA P<0.05
P<0.01

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medio del rango		Estadísticas		Corrección para ties
	Gpo. Con.	Gpo. D.C. Dx 1	U	Z	Significancia
Temores	n= 20	n= 19			
Porcentaje de temores	16.80	23.37	126.0	1.7989	0.0358 *
MMPI	n= 20	n= 20			
Escala L	22.27	18.73	164.5	0.9686	0.1663
Escala F	16.35	24.65	117.0	2.2554	0.0120 *
Escala K	23.77	17.23	134.5	1.7820	0.0373 *
Escala 1 Hs	13.35	27.65	57.0	3.8740	0.0001 *
Escala 2 D	15.40	25.60	98.0	2.7646	0.0026 *
Escala 3 H1	13.48	27.52	59.5	3.8091	0.0001 *
Escala 4 Dp	15.57	25.42	101.5	2.6741	0.0036 *
Escala 5 Mf	18.02	22.98	150.5	1.3427	0.0897
Escala 6 Pa	16.83	24.17	126.5	1.9986	0.0228 *
Escala 7 Pt	15.05	25.95	91.0	2.9546	0.0015 *
Escala 8 Es	15.27	25.73	95.5	2.9333	0.0023 *
Escala 9	18.10	22.90	152.0	1.3017	0.0965
Escala 0 Ia	18.42	22.48	158.5	1.1255	0.1302

Tabla 6. Resultados de la comparación del grupo con síndrome tensional (Dx 1) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medida del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Gpo. COZ.	Gpo. D.C. Dx. 2	U	%	Significancia
Jeck e IBT	n= 20	n= 27			
Indice de Depresión	10.50	34.0	1.0	6.0489	0.0001 *
IBT					
Idea 1	20.05	26.93	191.0	1.7215	0.0426 *
Idea 2	20.42	26.65	198.5	1.5641	0.0589
Idea 3	23.70	24.22	264.0	0.1321	0.4974
Idea 4	22.77	24.91	245.5	0.5419	0.2939
Idea 5	19.80	27.11	186.0	1.8426	0.0327 *
Idea 6	19.90	27.04	188.0	1.7498	0.0359 *
Idea 7	18.13	28.33	152.5	2.5929	0.0048 *
Idea 8	23.65	24.26	163.0	0.1529	0.4392
Idea 9	19.25	27.52	175.0	2.0833	0.0186 *
Idea 10	24.35	23.74	263.0	0.1511	0.4391
Aserción	n= 20	n= 24			
Puntuación Total	16.38	27.60	117.5	2.8893	0.0019 *
Cuadrante 1	17.75	26.46	155.0	2.2515	0.0122 *
Cuadrante 2	16.77	27.27	125.5	2.7082	0.0034 *
Cuadrante 3	18.10	26.17	152.0	2.0754	0.0289 *
Cuadrante 4	15.55	28.29	101.0	2.2803	0.0005 *
Incomodidad	16.10	27.83	112.0	3.0183	0.0013 *
Probable Respuesta	14.52	29.15	80.5	3.7608	0.0001 *

Tabla 6a. Resultados de la comparación del grupo con cefalea mixta (Dx 2) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medio del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Gpo. Con.	Gpo. D.C. Dx 2	U	Z	Significancia
Temores	n= 20	n= 25			
Porcentaje de temores	18.30	26.76	165.5	1.9340	0.0260 *
MMPI	n= 20	n= 26			
Escala L	23.65	23.38	257.0	0.0669	0.4733
Escala F	15.27	29.83	95.5	3.6540	0.0001 *
Escala k	28.33	19.79	163.5	2.1449	0.0160 *
Escala 1 Hs	11.93	32.40	28.5	5.1394	0.0001 *
Escala 2 D	14.98	30.06	89.5	3.7842	0.0001 *
Escala 3 H1	12.35	32.08	37.0	4.9228	0.0001 *
Escala 4 Dp	19.13	26.87	172.5	1.9495	0.0251 *
Escala 5 Kf	21.25	25.23	215.0	1.0004	0.1530
Escala 6 Pa	16.50	28.88	120.0	3.1208	0.0009 *
Escala 7 Pt	13.82	30.94	66.5	4.2939	0.0001 *
Escala 8 Sc	14.77	30.21	85.5	3.8737	0.0001 *
Escala 9 Ma	22.73	24.10	244.5	0.3444	0.3653
Escala 0 Is	17.13	28.40	132.5	2.9292	0.0024 *

Tabla 6a. Resultados de la comparación del grupo con cefalea mixta (Dx 2) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medida del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Gpo. Con.	Gpo. D.C.	U	Z	Significancia
Beck e IBT	n= 20	n= 32			
Índice de depresión	10.50	36.50	1.0	6.2008	0.0001 ■
IBT					
Idea 1	25.95	26.84	309.0	0.2094	0.4175
Idea 2	26.17	36.70	313.5	0.1236	0.4508
Idea 3	25.42	27.17	298.5	0.4127	0.3399
Idea 4	21.80	29.44	226.0	1.8202	0.0343 ■
Idea 5	21.25	29.78	215.0	2.0153	0.0219 ■
Idea 6	21.30	29.75	216.0	1.9812	0.0238 ■
Idea 7	22.08	29.27	231.5	1.6974	0.0443 ■
Idea 8	25.45	26.16	299.0	0.1021	0.3434
Idea 9	25.25	27.28	295.0	0.4799	0.3106
Idea 10	27.58	25.83	298.5	0.4122	0.3401
Aserción	n= 20	n= 23			
Puntuación total	18.15	25.39	155.0	1.8772	0.0302 ■
Cuadrante 1	19.38	24.24	177.5	1.2323	0.0998
Cuadrante 2	17.92	25.54	144.5	1.990	0.0233 ■
Cuadrante 3	18.25	25.26	155.0	1.8235	0.0337 ■
Cuadrante 4	16.00	27.22	119.5	2.9240	0.0018 ■
Incomodidad	25.05	21.09	209.0	0.5117	0.3044
Probable Respuesta	16.17	27.07	113.5	2.8394	0.0023 ■

Tabla 6b. Resultados de la comparación del grupo con cefaleas migrañosas (DX3) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

■ NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medias del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Gpo. Con.	Gpo. D.C. Dx 3	U	Z	Significancia
Temores	n= 20	n= 23			
Porcentaje de temores	18.95	24.65	169.0	1.4870	0.0685
MMPI	n= 20	n= 30			
Escala L	29.40	22.90	222.0	1.5567	0.0597
Escala F	21.38	28.25	217.5	1.6413	0.0503
Escala k	30.73	20.02	195.5	2.0750	0.0190 *
Escala 1 Ha	15.10	32.43	92.0	4.1271	0.0001 *
Escala 2 D	18.20	30.37	154	2.8955	0.0019 *
Escala 3 Hi	14.63	32.75	82.5	4.3147	0.0001 *
Escala 4 Dp	22.58	27.45	241.5	1.1619	0.1226
Escala 5 Mf	28.35	26.93	257.0	0.8538	0.1956
Escala 6 Pa	24.13	26.42	272.5	0.5472	0.2921
Escala 7 Pt	18.35	30.27	157.0	2.8354	0.0023 *
Escala 8 Es	21.30	28.30	216.0	1.6658	0.0478 *
Escala 9 Ma	26.92	24.55	271.5	0.9657	0.2858
Escala 0 Is	22.70	27.37	244.0	1.1109	0.1333

Tabla 6b. Resultados de la comparación del grupo con cefalea migrañosa (Dx3) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

$P < 0.01$

5. Comparación entre el grupo con dolor de cabeza crónico y el grupo control.

Como ya se había mencionado antes, este grupo de dolor de cabeza crónico quedó conformado aleatoriamente por los tres grupos diagnósticos, el número de la muestra total de cefaléicos fue de 81, de estos se eligieron 60 sujetos que habían respondido todos los instrumentos, de ahí se seleccionaron aleatoriamente 20 para igualar la muestra del grupo control.

Dado que se trata de dos muestras independientes, con un nivel de medición ordinal se utilizó nuevamente la prueba de U Mann-Whitney.

El índice de depresión es estadísticamente mayor para el grupo con dolor de cabeza crónico que para el grupo control. Respecto a IBT, las ideas significativas fueron 4 y 5, siendo mayor el porcentaje para el grupo con dolor de cabeza que para el control (ver tabla 7).

En el inventario de afirmatividad (aserción) todas las medidas fueron significativas, siendo mayor el porcentaje para el grupo con dolor de cabeza crónico. El porcentaje de temores fue estadísticamente mayor para el grupo con dolor de cabeza crónico (ver tabla 7).

Respecto al MMPI, las escalas que difirieron estadísticamente fueron las escalas F, 1(Hi), 2(D), 3(Hi), 4(Dp), 6(Pa), 7(Pt), 8(Es) y 0(Is). En la escala F, el puntaje es mayor para el grupo con dolor de cabeza crónico y en las escalas clínicas el puntaje es también estadísticamente mayor para el grupo con dolor de cabeza crónico que para el control (ver tabla 7).

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medias del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Grupo Con. n=20	Grupo D.C. n=20	U	Z	Significancia
Indice de depresión	17.42	23.58	138.5	1.6674	0.0477 *
IBT					
Idea 1	21.65	19.35	177.0	0.6309	0.2640
Idea 2	19.30	21.70	176.0	0.6621	0.2539
Idea 3	21.25	19.75	185.0	0.4131	0.3397
Idea 4	17.23	23.77	134.5	1.8155	0.0347 *
Idea 5	17.50	23.50	140.0	1.6594	0.0485 *
Idea 6	17.77	23.23	145.5	1.4972	0.0671
Idea 7	18.45	22.55	159.0	1.1296	0.1293
Idea 8	19.70	21.30	184.0	0.4469	0.3275
Idea 9	21.33	19.67	183.5	0.4559	0.3242
Idea 10	20.05	20.95	191.0	0.2483	0.4019
ASERTION					
Puntaje total	16.02	24.98	110.5	2.4249	0.0076 *
Cuadrante 1	17.08	23.92	131.5	1.8604	0.0314 *
Cuadrante 2	16.85	24.15	127.0	1.9824	0.0237 *
Cuadrante 3	15.93	25.03	103.5	2.4779	0.0066 *
Cuadrante 4	13.88	27.13	277.5	3.5894	0.0003 *
Incomodidad	17.38	23.63	137.5	1.6922	0.0453 *
Probable Respuesta	15.25	25.75	95.0	2.8411	0.0022 *

Table 7. Resultados de la comparación del grupo con dolor de cabeza crónico (D.C.C.) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

Medidas de MANN-WHITNEY Variables	Medias del rango		Estadísticas		Corrección para ligas
	Gpo. Con n= 20	Upo.D.C. n= 20	U	Z	Significancia
Porcentaje de temores	16.70	24.30	124.0	2.0570	0.0198 *
MMPI					
Escala L	20.98	20.02	190.5	0.2589	0.3978
Escala P	15.85	25.15	107.0	2.5259	0.0057 *
Escala K	23.00	18.00	150.0	1.3595	0.0870
Escala 1 Hs	13.23	27.77	54.5	3.9434	0.0001 *
Escala 2 D	14.90	26.10	88.0	3.0349	0.0012 *
Escala 3 H1	12.45	28.55	39.0	4.3659	0.0001 *
Escala 4 Dp	17.00	24.00	130.0	1.9012	0.0286 *
Escala 5 MF	18.83	22.17	166.5	0.9087	0.1817
Escala 6 Fb	17.17	23.83	133.5	1.8088	0.0352 *
Escala 7 Pt	14.52	26.48	80.5	3.2407	0.0006 *
Escala 8 Es	16.45	24.55	119.0	2.1947	0.0141 *
Escala 9 Ma	21.27	19.73	184.5	0.4203	0.3371
Escala 0 Is	16.90	24.10	128.0	1.9513	0.0255 *

Table 7. Resultados de la comparación del grupo con dolor de cabeza crónico (D.C.C.) y el grupo control con la prueba de U de Mann-Whitney.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.01$
 $P < 0.05$

6. Correlación de las características psicológicas y los parámetros de dolor de cabeza.

Se realizó una serie de correlaciones entre las medidas psicológicas de cada instrumento por grupo diagnóstico y los parámetros de dolor, con el objeto de conocer el tipo de relación que existe entre las variables y la dirección de la relación.

Se utilizó el coeficiente de correlación de rango de Kendall: r (tau) ya que es una medida de correlación para la misma clase de datos que r_s de Spearman que requiere de un nivel de medición ordinal de las dos variables. En ambas pruebas se utiliza la misma cantidad de información y por tanto tienen la misma capacidad para detectar la existencia de asociaciones (Siegel, 1988). Ambos coeficientes son bastante similares, ambos varían de +1.0 a -1.0, pero el valor absoluto de la tau de Kendall tiende a ser ligeramente más pequeño que la r de Spearman (Nie, 1970).

La significancia de la tau es determinada mediante la comparación de la tau a la distribución t de "student" (Siegel, 1988).

Los coeficientes de Kendall tau-b y sus niveles de significancia de todas las correlaciones hechas se encuentran en el anexo 9 en las tablas de la B a la E, cada tabla corresponde a un grupo diagnóstico.

Las correlaciones de los parámetros de dolor: frecuencia, duración, índice, intensidad promedio, intensidad mediana, intensidad máxima así como la edad y el periodo de evolución para el diagnóstico de cefalea tensional (Dx1) se muestran en la tabla B; para el diagnóstico de cefalea mixta (Dx2) en la tabla C; para el diagnóstico de cefalea migrañosa (Dx3) en la tabla D y finalmente para el grupo de dolor de cabeza crónico (D.C.C.) en la tabla E (ver anexo 9).

Sin embargo, en el presente apartado se muestran sólo las significativas, es decir aquellas correlaciones cuyos niveles de significancia son menores de 0.05 y 0.01.

Las correlaciones significativas entre los parámetros de dolor y las características del grupo con cefalea tensional se muestran en la tabla 8, las del grupo con cefalea mixta en la tabla 8a, las del grupo con cefalea migrañosa en la tabla 8b y finalmente las del grupo con dolor de cabeza crónico en la tabla 8c.

Características que se correlacionan	Spearman-r	Significancia
DOLOR DE CABEZA TENSIONAL (Dx1)		
Indice de depresión / frecuencia	0.249	0.006 **
Indice de depresión / intensidad mediana	0.228	0.048 *
IBT		
Idea 4 / evolución	-0.262	0.038 *
Idea 4 / intensidad promedio	-0.263	0.039 *
Idea 5 / intensidad mediana	-0.250	0.048 *
Idea 7 / evolución	0.275	0.038 *
Idea 7 / frecuencia	0.495	0.002 **
Idea 7 / intensidad promedio	0.295	0.047 *
Idea 7 / intensidad máxima	0.441	0.003 **
Idea 8 / evolución	-0.274	0.038 *
Idea 8 / frecuencia	-0.410	0.005 **
Idea 8 / indice	-0.269	0.045 *
Idea 8 / duración	-0.324	0.038 *
Idea 9 / evolución	0.305	0.039 *
ASERCIÓN		
Cuadrante 2 / intensidad promedio	-0.400	0.025 **
Cuadrante 3 / edad	0.338	0.032 *
Cuadrante 4 / edad	0.327	0.046 *
Incomodidad / evolución	-0.337	0.036 *
Incomodidad / intensidad promedio	-0.307	0.029 **
Probable respuesta / duración	0.296	0.039 *

Tabla 8. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza tensional (Dx 1)

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

** $P < 0.01$

Características que se correlacionan	G.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA TENSIONAL (Dx1)		
Porcentaje de temores / indice	0.294	0.042 *
MMPI Escala F / frecuencia	0.295	0.045 *
Escala F / intensidad promedio	0.345	0.030 *
Escala 1 Hs / frecuencia	0.384	0.009 **
Escala 2 D / frecuencia	0.391	0.005 **
Escala 4 Dp / frecuencia	0.249	0.035 *
Escala 5 Mf / edad	-0.340	0.009 **
Escala 6 Pa / frecuencia	0.293	0.016 *
Escala 8 Es / frecuencia	0.292	0.034 *
Escala 7 Pt / frecuencia	0.279	0.029 *
Escala 0 Is / frecuencia	0.397	0.009 **

Table 8. Correlecciones significativas de kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo de dolor de cabeza tensional (Dx 1).

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

** $P < 0.01$

Características que se correlacionan	C.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA MIXTO (Dx2)		
Índice de depresión / frecuencia	0.348	0.007 **
Índice de depresión / duración	0.322	0.012 *
Índice de depresión / índice	0.367	0.004 **
Índice de depresión / intensidad promed.	0.229	0.035 *
Índice de depresión / intensidad máxima	0.466	0.002 **
IBT		
Idea 3 / edad	-0.242	0.046 *
Idea 7 / evolución	0.260	0.048 **
Idea 7 / intensidad mediana	-0.259	0.043 *
ASERCIÓN		
Puntuación total / edad	-0.247	0.036 *
Cuadrante 1 / intensidad mediana	0.288	0.032 *
Cuadrante 1 / edad	-0.132	0.022 *
Cuadrante 2 / edad	-0.273	0.028 *
Cuadrante 3 / intensidad máxima	-0.298	0.035 *
Cuadrante 4 / duración	0.243	0.028 *
Cuadrante 4 / índice	0.263	0.046 *
Cuadrante 4 / intensidad mediana	0.317	0.035 *
MMPI		
Escala L / edad	0.295	0.046 *
Escala F / evolución	-0.295	0.032 *

Tabla 8a. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza mixto (Dx 2)

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

** $P < 0.01$

Características que se correlacionan	C.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA MIXTO (Dx2)		
Escala F / intensidad máxima	0.231	0.042 *
Escala K / intensidad mediana	0.246	0.045 *
Escala K / edad	0.246	0.045 *
Escala 1 Hs / índice	0.294	0.044 *
Escala 2 D / índice	0.238	0.048 *
Escala 3 Hi / duración	0.214	0.048 *
Escala 3 Hi / índice	0.251	0.047 *
Escala 5 Mf / frecuencia	-0.365	0.006 *
Escala 7 Pt / edad	-0.280	0.037 *
Escala 9 Ma / intensidad mediana	-0.252	0.043 *

Table 8a. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza mixto (Dx2)

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

**

$P < 0.01$

Características que se correlacionan	G.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA MIGRAÑOSO (Dx3)		
Índice de depresión / frecuencia	0.347	0.008 **
Índice de depresión / duración	0.238	0.022 *
Idea 2 / intensidad máxima	0.237	0.022 *
Idea 2 / edad	0.232	0.023 *
Idea 3 / duración	0.277	0.032 *
ASERCIÓN		
Puntuación total / evolución	0.249	0.045 *
Cuadrante 1 / evolución	0.244	0.048 *
Cuadrante 2 / evolución	0.227	0.047 *
Cuadrante 2 / índice	-0.232	0.035 *
Cuadrante 3 / índice	-0.262	0.046 *
Cuadrante 4 / índice	-0.236	0.047 *
Probable respuesta / evolución	0.265	0.038 *
MMPI		
Escala L / intensidad promedio	0.331	0.009 **
Escala L / intensidad mediana	0.260	0.045 *
Escala K / intensidad máxima	-0.321	0.023 *
Escala 1 Hs / duración	0.231	0.023 *
Escala 1 Hs / índice	0.246	0.022 *
Escala 2 D / duración	0.298	0.042 *

Tabla 8b. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con cefaleas migrañosas (Dx 3)

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

** $P < 0.01$

Características que se correlacionen	C.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA MIGRAÑOSO (Dx3)		
Escala 3 Hi / frecuencia	0.225	0.036 *
Escala 3 Hi / duración	0.236	0.022 *
Escala 4 Dp / frecuencia	-0.280	0.039 *
Escala 4 Dp / duración	-0.294	0.032 *
Escala 4 Dp / intensidad promedio	-0.302	0.008 **
Escala 4 Dp / intensidad mediana	-0.325	0.008 **
Escala 6 Pa / intensidad promedio	-0.231	0.032 *
Escala 7 Pt / frecuencia	0.229	0.038 *
Escala 7 Pt / duración	0.268	0.032 *
Escala 8 Es / frecuencia	0.236	0.027 *

Tabla 8b. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con cefaleas migrañosas (Dx 3).

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

**

$P < 0.01$

Características que se correlacionan	C.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA CRONICO		
Indice de depresión / frecuencia	0.650	0.008 ■ ■
Indice de depresión / duración	0.262	0.039 ■
Idea 1 (IBT) / frecuencia	0.364	0.017 ■
Idea 1 (IBT) / intensidad mediana	-0.344	0.038 ■
Idea 2 (IBT) / frecuencia	0.478	0.008 ■
Idea 2 (IBT) / intensidad máxima	0.238	0.037 ■
Idea 4 (IBT) / frecuencia	0.346	0.005 ■
Idea 4 (IBT) / edad	0.354	0.006 ■
Idea 6 (IBT) / frecuencia	0.318	0.050 ■
Idea 7 (IBT) / frecuencia	0.294	0.039 ■
Idea 7 (IBT) / intensidad máxima	0.510	0.006 ■ ■
Idea 8 (IBT) / edad	0.304	0.045 ■
Idea 10 (IBT)/ evolución	-0.346	0.037 ■
ASERCIÓN		
Cuadrante 1 / intensidad promedio	0.286	0.032 ■
Cuadrante 2 / indice	0.221	0.048 ■
Cuadrante 2 / edad	0.325	0.034 ■
Probable respuesta/ intensidad promedio	0.337	0.003 ■
Probable respuesta / intensidad máxima	0.347	0.041 ■
MMPI		
Escala L / indice	0.262	0.045 ■
Escala F / frecuencia	0.495	0.005 ■ ■
Escala 1 Hs / frecuencia	0.311	0.038 ■

Tabla 8c. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza crónico

■ NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

Características que se correlacionan	C.Kendall-b	Significancia
DOLOR DE CABEZA CRONICO		
Escala 2 D / frecuencia	0.485	0.003 ■ ■
Escala 2 D / duración	0.367	0.009 ■ ■
Escala 2 D / índice	0.347	0.013 ■
Escala 3 Hi / frecuencia	0.318	0.042 ■
Escala 4 Dp / duración	-0.263	0.042 ■
Escala 4 Dp / índice	-0.304	0.039 ■
Escala 4 Dp / intensidad máxima	-0.360	0.004 ■
Escala 4 Dp / edad	-0.257	0.036 ■
Escala 5 Mf / edad	-0.334	0.027 ■
Escala 6 Pa / frecuencia	0.566	0.006 ■ ■
Escala 7 Pt / frecuencia	0.607	0.002 ■ ■
Escala 8 Es / frecuencia	0.505	0.003 ■ ■
Escala 9 Ma / evolución	-0.281	0.048 ■
Escala 9 Ma / intensidad mediana	-0.381	0.031 ■
Escala 0 Is / evolución	0.326	0.035 ■
Escala 0 Is / frecuencia	0.430	0.027 ■
Escala 0 Is / duración	0.318	0.005 ■
Escala 0 Is / índice	0.395	0.004 ■ ■
Escala 0 Is / intensidad máxima	0.268	0.026 ■

Tabla 80. Correlaciones significativas de Kendall entre los parámetros de dolor y las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza crónico

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

**

$P < 0.01$

7. Análisis cualitativo de los instrumentos.

Para el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ideas Irracionales (IBT), el Inventario de Temores y el Inventario de Afirmatividad (Aserción) se realizó un análisis cualitativo, por el contenido de cada reactivo basándose en la frecuencia con la que cada sujeto por grupo diagnóstico (tensional, mixta y migrañosa) habían marcado ese reactivo o no, dependiendo de las características de cada instrumento. En las tablas de este apartado se muestran aquellos reactivos que:

- 1) Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el Dx1 (cefalea tensional), el Dx2 (cefalea mixta) y el Dx3 (cefalea migrañosa) mediante la prueba de χ^2 (Chi cuadrada).

Es importante mencionar que el paquete SPSS (v. 3.1, 1991), no tiene una prueba de χ^2 (Chi cuadrada) que compare k muestras independientes, por ello se llevó a cabo una comparación del Dx1 y el Dx2, del Dx2 con el Dx3 y finalmente del Dx1 con el Dx3.

Se eligió la χ^2 ya que se trata de grupos independientes, los datos se encuentran en frecuencias de categorías discretas y el nivel de medición es nominal. La hipótesis de esta prueba supone que los dos grupos difieren respecto a alguna característica y con respecto a la frecuencia relativa con que los miembros del grupo son encontrados en dicha categoría (Siegel, 1988).

- 2) El porcentaje de los sujetos que marcó el reactivo fue mayor del 60%, aun cuando no hubiera diferencia entre los grupos diagnósticos.
- 3) Se eliminaron los reactivos que:
 - a) no hubo diferencias significativas entre los tres diagnósticos de dolor de cabeza,
 - b) aquellos cuyas frecuencias en porcentaje eran menores que el 60% y/o eran similares a las del grupo control.

7.1 Inventario de Depresión de Beck

Para realizar el análisis en el Inventario de Depresión Beck se marcó con 1 aquellos reactivos en donde se había elegido una de las opciones, fuese cual fuese, diferente de 0. En la tabla 9 se muestran los reactivos que cumplieron con las condiciones anteriores, incluyendo al grupo control para compararlo con los demás grupos aunque sea de manera descriptiva ya que el análisis estadístico sólo se llevó a cabo entre los grupos diagnósticos. Dado que este instrumento a diferencia de los otros tiene más de dos opciones y tienen contenidos diferentes se incluyó el porcentaje de aquellas opciones que tenían altos porcentajes de haber sido elegidas por el grupo diagnóstico, para estas frecuencias no se realizó ningún análisis estadístico. Para verificar el contenido de los reactivos se puede ver el instrumento original en el anexo 4.

7.2 Inventario de Ideas Irracionales (IBT)

Los reactivos que se eligieron en este instrumento son aquéllos que conformaron el porcentaje de cada escala de acuerdo a la plantilla de calificación propia del instrumento; se marcó con 1 aquel reactivo que había sido calificado como idea irracional por la plantilla.

En la tabla 10 se muestran los reactivos que cumplieron con las condiciones anteriores y los niveles de significancia para la comparación entre los grupos. Para verificar el contenido de cada reactivo, se puede consultar el instrumento en el anexo 5.

7.3 Inventario de Temores

En el inventario de temores solo se tomaron en cuenta aquéllos reactivos marcados con la opción 4 y 5 del instrumento. Se marcó con 1 si dicho reactivo había sido elegido y calificado con 4 y 5. Los reactivos que cumplieron con las características anteriores se encuentran en la tabla 11. El contenido de cada reactivo puede verse en el anexo 6.

7.4 Inventario de Afirmatividad (aserción).

Para realizar el análisis de los reactivos de este instrumento se tomaron en cuenta de acuerdo a las cuatro columnas en las cuales el sujeto marca la opción que desea, las columnas son :

- a) comodidad con conocidos
- b) comodidad con extraños
- c) probabilidad de respuesta con conocidos
- d) probabilidad de respuesta con extraños

Marcando con 1 aquellos reactivos de aquellos sujetos que había elegido la opción 4 y 5 . En la tabla 12 se muestran los reactivos que de este instrumento cumplieron con las condiciones anteriores y se puede verificar su contenido en el anexo 7.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK									Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 22	Op.	Dx 2 n= 27	Op.	Dx 3 n= 32	Op.	Control n= 20	Op.	1y2	1 y 3	3 y 2
A	63.6% (14)	1 71% 2a 29%	51.0% (14)	1 64% 2 22%	37.5% (12)	1 83% 3 17%	25 % (5)	1 80% 2b 20%	n.s.	0.049	0.04
B	54.5% (12)	1 58% 2b 42%	55.5% (15)	1 67% 2b 13%	34.3% (11)	1 82% 2b 18%	25 % (5)	1 40%	n.s.	0.04	0.04
D	63.6% (14)	1b 64% 1a 28%	66.6% (18)	1b 50% 1a 33%	46.8% (15)	1b 53% 1 26%	30 % (6)	1b 78%	n.s.	n.s.	n.s.
E	27.2% (6)	1 50% 3 50%	51.8% (14)	1 43% 2a 21% 3 21%	28.1% (9)	1 44% 2a 33% 3 23%	25 % (5)	1 60%	0.045	n.s.	0.04
H	59% (13)	1 69% 2b 31%	70.3% (19)	1 47% 2b 26%	65.6% (21)	1 48%	50 % (10)	1 80%	n.s.	n.s.	n.s.
I	36.3% (8)	1 50% 2a 50%	14.8% (4)	1 75% 2a 25%	25 % (8)	1 62% 2a 25%	30 % (6)	1 66% 2 33%	0.04	n.s.	0.04
J	50 % (11)	1 64% 2 27%	51.8% (14)	1 86%	34.3% (11)	1 73%	30 % (6)	1 66%	n.s.	0.05	0.05
K	68.1% (15)	1 73% 3 27%	70.3% (19)	1 95%	56.2% (18)	1 72%	60 % (12)	1 58% 3 42%	n.s.	n.s.	n.s.
L	54.5% (12)	1 75% 2 25%	40.7% (11)	1 64% 2 27%	34.3% (11)	1 55% 2 36%	35 % (7)	1 57% 2 43%	n.s.	0.049	0.03
N	36.3% (8)	1 62% 2 26%	51.8% (14)	1 42% 2 50%	31.2% (10)	2 70% 1 30%	45 % (9)	1 67% 2 33%	0.04	n.s.	0.05

Tabla 9 Reactivos del Inventario de Depresión de Beck y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI CUADRADA)

n.s. = no significativo

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK									Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 22	Op.	Dx 2 n= 27	Op.	Dx 3 n= 32	Op.	Control n= 20	Op.	1 y 2	1 y 3	3 y 2
O	36.3% (8)	1a 50% 1b 25%	77.7% (21)	1b 47% 1a 33%	40.6% (13)	1a 54% 2 16%	25% (5)	1a 80%	0.02	n.s.	0.03
P	68.1% (15)	1 60% 2 33%	74 % (20)	1 70% 2 30%	56.2% (18)	1 50% 2 33%	35% (7)	1 71%	n.s.	n.s.	n.s.
Q	45.4% (10)	1 80%	77.7% (21)	1 86%	59.3% (19)	1 89%	30% (6)	1 66%	0.04	n.s.	0.04
R	50 % (11)	1 55% 2 27%	44.4% (12)	1 92%	18.7% (6)	1 84%	35% (7)	1 85%	n.s.	0.02	0.03
T	86.3% (19)	1 89%	88.8% (24)	1 88%	75 % (24)	1 92%	30% (6)	1 90%	n.s.	n.s.	n.s.

Tabla 9. Reactivos del Inventario de Depresión de Beck y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI CUADRADA)

n.s = no significativo

INV. IDEAS IRRACIONALES (IBT)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 22	Dx 2 n= 27	Dx 3 n= 32	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
1	77.2% (17)	77.7% (21)	68.7% (22)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
21	68.1% (15)	55.5% (15)	65.6% (21)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
41	22.7% (5)	37% (10)	21.8% (7)	25% (5)	0.04	n.s.	0.05
61	18.1% (4)	29.6% (8)	15.6% (5)	25% (5)	0.04	n.s.	0.045
71	27.2% (6)	48.1% (13)	46.8% (15)	40% (8)	0.05	0.05	n.s.
81	40.9% (9)	62.9% (17)	59.3% (19)	70% (14)	0.05	0.04	n.s.
91	22.7% (5)	18.5% (5)	6.2% (2)	10% (2)	n.s.	0.04	0.02
2	77.2% (17)	74 % (20)	65.6% (21)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
12	40.9% (9)	70.3% (19)	62.5% (20)	50% (10)	0.03	0.04	n.s.
32	63.6% (14)	44.4% (12)	37.5% (12)	60% (12)	0.05	0.03	n.s.
42	81.8% (19)	85.1% (23)	75 % (24)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
52	9% (2)	3.7% (1)	15.6% (5)	25% (5)	n.s.	0.03	0.03
72	77.2% (17)	88.8% (24)	75% (24)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
82	63.6% (14)	81.4% (22)	68.7% (22)	35% (7)	n.s.	n.s.	n.s.
92	50% (11)	70.3% (19)	68.7% (22)	65% (13)	n.s.	n.s.	n.s.
13	54.5% (12)	66.6% (18)	78.1% (25)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
63	54.5% (12)	55.5% (15)	68.7% (22)	40% (8)	n.s.	n.s.	n.s.
73	77.2% (17)	74 % (20)	81.2% (26)	80% (16)	n.s.	n.s.	n.s.
83	4.5% (1)	22.2% (6)	12.5% (4)	20% (4)	0.04	0.05	n.s.
93	45.4% (10)	25.9% (7)	50 % (16)	40% (8)	0.04	n.s.	0.03
4	50 % (13)	25.9% (7)	43.7% (14)	35% (7)	0.04	n.s.	0.05
14	68.1% (15)	44.4% (12)	62.5% (20)	55% (11)	0.05	n.s.	0.05
24	77.2% (17)	77.7% (21)	93.7% (30)	70% (14)	n.s.	0.05	0.05
34	30.9% (20)	74% (20)	87.5% (28)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
44	13.6% (3)	22.2% (6)	43.7% (14)	35% (7)	n.s.	0.03	0.04
54	63.6% (14)	59.2% (16)	56.2% (18)	45% (9)	n.s.	n.s.	n.s.
84	9 % (2)	29.6% (8)	25% (8)	25% (5)	0.03	0.03	n.s.
94	40.9% (9)	62.9% (17)	21.8% (7)	25% (5)	n.s.	0.03	0.02

Tabla 10. Reactivos del inventario de ideas irracionales (II?) y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (chi cuadrada)

n.s. = no significativo

INV. IDEAS IRRACIONALES (IBT)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 22	Dx 2 n= 27	Dx 3 n= 32	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
45	0% (0)	7.4% (2)	9.3% (3)	10% (2)	0.01	0.01	n.s.
55	50% (11)	85.1% (23)	78.1% (25)	60% (12)	0.05	0.04	n.s.
65	31.8% (7)	25.9% (7)	6.2% (2)	10% (2)	n.s.	0.01	0.01
75	40.9% (9)	18.5% (5)	43.7% (14)	15% (3)	0.02	n.s.	0.02
6	68.1% (15)	62.9% (17)	53.1% (17)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
26	86.3% (19)	74% (20)	78.1% (25)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
36	63.6% (14)	48.1% (13)	65.6% (21)	50% (10)	0.04	n.s.	0.04
56	72.7% (16)	48.1% (13)	68.7% (22)	60% (12)	0.05	n.s.	0.05
66	86.3% (19)	66.6% (18)	71.8% (23)	45% (9)	n.s.	n.s.	n.s.
76	95.4% (21)	85.1% (23)	84.3% (27)	65% (13)	n.s.	n.s.	n.s.
96	63.6% (14)	62.9% (17)	40.6% (13)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
7	50% (11)	66.6% (18)	56.2% (18)	40% (8)	n.s.	n.s.	n.s.
17	22.7% (5)	25.9% (7)	6.2% (2)	15% (3)	n.s.	0.04	0.04
27	40.9% (9)	55.5% (15)	28.1% (9)	15% (3)	n.s.	0.04	0.04
37	54.5% (12)	33.3% (9)	53.1% (17)	60% (12)	0.05	n.s.	0.05
47	59% (13)	55.5% (15)	75% (24)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
67	54.5% (12)	70.3% (19)	68.7% (22)	40% (9)	n.s.	n.s.	n.s.
18	63.6% (14)	44.4% (12)	75% (24)	60% (12)	0.03	n.s.	0.03
38	63.6% (14)	59.2% (16)	59.3% (19)	65% (13)	n.s.	n.s.	n.s.
78	45.4% (10)	62.9% (17)	53.1% (17)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
29	27.2% (6)	25.9% (7)	9.3% (3)	10% (2)	n.s.	0.03	0.03
49	63.6% (14)	77.7% (21)	65.6% (21)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
69	31.8% (7)	51.8% (14)	25% (8)	35% (7)	0.04	n.s.	0.05
89	40.9% (9)	59.2% (16)	65.6% (21)	40% (8)	0.04	0.04	n.s.
99	36.3% (8)	37.0% (10)	9.3% (3)	20% (4)	n.s.	0.02	0.02

Tabla 10. Reactivos del inventario de ideas irracionales (IBT) y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (chi-cuadrada) n.s. = no significativo

INV. IDEAS IRRACIONALES (IBT)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 22	Dx 2 n= 27	Dx 3 n= 32	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
10	86.3% (19)	85.1% (23)	93.7% (30)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
40	31.8% (7)	25.9% (7)	6.2% (2)	10% (2)	n.s.	0.01	0.02
50	81.8% (18)	70.3% (19)	56.2% (18)	50% (10)	n.s.	0.04	0.04
90	90.9% (20)	85.1% (23)	84.3% (27)	75% (15)	n.s.	n.s.	n.s.
100	63.6% (14)	77.7% (21)	78.1% (25)	20% (4)	n.s.	n.s.	n.s.

Tabla 10. Reactivos del inventario de ideas irracionales (IBT) y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI cuadrada) n.s.= no significativo

INV. TEMORES					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 19	Dx 2 n= 25	Dx 3 n= 23	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	3 y 2
3	10.5 % (2)	16 % (4)	0% (0)	10% (2)	n.s.	0.04	0.04
4	31.5 % (6)	20% (5)	8.6% (2)	10% (2)	n.s.	0.02	0.04
5	31.5% (6)	24% (6)	13% (3)	10% (2)	n.s.	0.02	0.03
7	36.8% (7)	52% (13)	21.7% (5)	15% (3)	0.03	n.s.	0.03
10	21 % (4)	20% (5)	8.6% (2)	15% (3)	n.s.	0.03	0.03
11	26.3% (5)	16% (4)	4.3% (1)	10% (2)	n.s.	0.04	0.03
12	26.3% (5)	8% (2)	21.7% (5)	5% (1)	0.02	n.s.	0.02
13	0 % (0)	32% (8)	13% (3)	10% (2)	0.007	0.03	n.s.
14	42 % (8)	8% (2)	21.7% (5)	10% (2)	0.008	n.s.	0.02
19	57.8% (11)	64% (16)	69.5% (12)	30% (6)	n.s.	n.s.	n.s.
34	5.2% (1)	20% (5)	4.3% (1)	5% (1)	0.03	n.s.	0.03
35	5.2% (1)	24% (6)	8.6% (2)	5% (1)	0.02	n.s.	0.02
42	45.7% (3)	0% (0)	8.6% (2)	15% (3)	0.04	n.s.	0.03
57	47.3% (9)	60% (15)	30.5% (7)	10% (2)	n.s.	0.03	0.04
61	31.5% (6)	44% (11)	21.7% (5)	20% (4)	0.04	n.s.	0.05
65	36.8% (7)	16% (4)	13% (3)	25% (5)	0.05	0.03	n.s.
66	52.6% (10)	32% (8)	34.7% (8)	20% (4)	0.05	0.04	n.s.
67	36.8% (7)	24% (6)	13% (3)	15% (3)	0.04	0.04	n.s.
76	47.3% (9)	28% (7)	47.8% (11)	25% (5)	0.05	n.s.	0.05
79	47.3% (9)	52% (13)	69.5% (12)	15% (3)	n.s.	n.s.	n.s.
80	5.2 % (1)	32% (8)	21.7% (5)	15% (3)	0.03	0.03	n.s.
82	15.7% (3)	40% (10)	13% (3)	0% (0)	0.04	n.s.	0.03
84	63.1% (12)	64% (16)	69.5% (16)	20% (4)	n.s.	n.s.	n.s.
89	0% (0)	12% (3)	8.6% (2)	10% (2)	0.009	0.01	n.s.
90	5.2% (1)	0% (0)	21.7% (5)	10% (2)	0.02	0.04	0.007

Tabla 11. Reactivos del inventario de temores y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI cuadrada). n.s. = no significativo

INV. AFIRMATIVIDAD (ejercicio)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 16	Dx 2 n= 24	Dx 3 n= 23	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
Incomodidad con Conocidos							
2	6.2% (1)	16.6% (4)	0% (0)	5% (1)	0.04	n.s.	0.02
5	18.7% (3)	25% (6)	8.6% (2)	30% (6)	n.s.	0.04	0.04
9	6.2% (1)	16.6% (4)	0% (0)	0% (0)	0.04	n.s.	0.02
16	6.2% (1)	20.8% (5)	13% (3)	10% (2)	0.04	n.s.	0.04
17	6.2% (1)	16.6% (4)	17.3% (4)	0% (0)	0.04	0.04	n.s.
19	0% (0)	8.3% (2)	13% (3)	0% (0)	0.05	0.03	n.s.
27	56.2% (9)	41.6% (10)	26% (6)	25% (5)	n.s.	0.05	0.04
28	18.7% (3)	41.6% (10)	21.7% (5)	10% (2)	0.05	n.s.	0.04
29	6.2% (1)	20.8% (5)	4.3% (1)	5% (1)	0.04	n.s.	0.04
32	43.7% (7)	54.1% (13)	17.3% (4)	15% (3)	n.s.	0.03	0.03
37	18.7% (3)	4.1% (1)	4.3% (1)	10% (2)	0.03	0.04	n.s.
39	37.5% (6)	62.5% (15)	34.7% (8)	15% (3)	0.04	n.s.	0.05
Incomodidad con Extraños							
4	87.5% (14)	66.6% (16)	69.5% (16)	15% (3)	n.s.	n.s.	n.s.
5	37.5% (6)	16.6% (4)	4.3% (1)	25% (5)	n.s.	0.01	0.04
6	43.7% (7)	41.6% (10)	13% (3)	45% (9)	n.s.	0.02	0.02
10	62.5% (10)	54.1% (13)	17.3% (4)	15% (3)	n.s.	0.03	0.03
14	18.7% (3)	50% (12)	17.3% (4)	30% (6)	0.03	n.s.	0.03
18	68.7% (11)	62.5% (15)	56.5% (13)	25% (5)	n.s.	n.s.	n.s.
19	31.2% (5)	37.5% (9)	17.3% (4)	45% (9)	n.s.	0.04	0.05
20	25% (4)	54.1% (13)	26% (6)	40% (8)	0.05	n.s.	0.05
22	62.5% (10)	66.6% (16)	34.7% (8)	15% (3)	n.s.	0.05	0.05
23	12.5% (2)	37.5% (9)	39.1% (9)	40% (8)	0.04	0.04	n.s.
27	75% (12)	66.6% (16)	56.5% (13)	25% (5)	n.s.	n.s.	n.s.
29	56.2% (9)	66.6% (16)	39.1% (9)	25% (5)	n.s.	0.04	0.05
31	50% (8)	45.8% (11)	21.7% (5)	20% (4)	n.s.	0.05	0.05
35	43.7% (7)	33.3% (8)	13% (3)	10% (2)	n.s.	0.04	0.05
36	56.2% (9)	62.5% (15)	26% (6)	20% (4)	n.s.	0.05	0.03
38	75% (12)	79.1% (19)	47.8% (11)	30% (6)	n.s.	0.04	0.04
40	75% (12)	66.6% (16)	47.8% (11)	20% (4)	n.s.	n.s.	n.s.

Table 12. Reactivos del inventario de Afirmatividad (ejercicio) y significancias de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI cuadrado). n.s. = no significativo

INV. AFIRMATIVIDAD (aserción)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 16	Dx 2 n= 24	Dx 3 n= 23	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
Probable respuestas con conocidos							
1	62.5% (10)	58.3% (14)	86.9% (20)	50% (10)	n.s.	0.04	0.04
2	56.2% (9)	62.5% (15)	60.8% (14)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
3	31.2% (5)	41.6% (10)	60.8% (14)	40% (8)	n.s.	0.04	0.04
4	68.7% (11)	58.3% (14)	69.5% (16)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
5	43.7% (7)	62.5% (15)	69.5% (16)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
8	62.5% (10)	66.6% (16)	52.1% (12)	35% (7)	n.s.	n.s.	n.s.
11	62.5% (10)	54.1% (13)	82.6% (19)	50% (10)	n.s.	0.03	0.04
12	68.7% (11)	79.1% (19)	78.2% (18)	60% (12)	n.s.	n.s.	n.s.
13	62.5% (10)	66.6% (16)	60.8% (14)	45% (9)	n.s.	n.s.	n.s.
17	75% (12)	79.1% (19)	52.1% (12)	45% (9)	n.s.	0.04	0.05
18	62.5% (10)	58.3% (14)	69.5% (16)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
19	6.2% (1)	25% (6)	34.7% (8)	5% (1)	0.03	0.03	n.s.
20	43.7% (7)	66.6% (16)	60.8% (14)	50% (10)	0.05	0.04	n.s.
22	68.7% (11)	58.3% (14)	47.8% (11)	20% (4)	n.s.	n.s.	n.s.
31	25% (4)	25% (6)	8.6% (2)	10% (2)	n.s.	0.03	0.03
32	37.5% (6)	66.6% (16)	30.4% (7)	15% (3)	0.04	n.s.	0.05
33	56.2% (9)	83.3% (20)	69.5% (16)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
34	31.2% (5)	66.6% (16)	47.8% (11)	30% (6)	0.05	n.s.	0.04
38	56.2% (9)	66.6% (16)	60.8% (14)	35% (7)	n.s.	n.s.	n.s.
39	50% (8)	66.6% (16)	43.4% (10)	30% (6)	0.04	n.s.	0.05
40	31.2% (5)	58.3% (14)	56.2% (13)	35% (7)	0.05	0.05	n.s.
Probable respuestas con extraños							
4	100% (16)	95.8% (23)	95.6% (22)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
7	87.5% (14)	83.3% (20)	86.9% (20)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
9	68.7% (11)	62.5% (15)	65.2% (15)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
14	63.7% (11)	87.5% (21)	82.6% (19)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
15	62.5% (10)	75% (18)	69.5% (16)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
17	93.7% (15)	95.8% (23)	82.6% (19)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
18	87.5% (14)	95.8% (23)	86.9% (20)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
20	68.7% (11)	83.3% (20)	65.2% (15)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.

Tabla 12. Reactivos del inventario de Afirmatividad (aserción) y significancia de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI cuadrada). n.s.= no significativo

INV. AFIRMATIVIDAD (aserción)					Significancia de la comparación entre:		
R.	Dx 1 n= 16	Dx 2 n= 24	Dx 3 n= 23	Control n= 20	1 y 2	1 y 3	2 y 3
21	81.2% (13)	83.3% (20)	69.5% (16)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
22	100% (16)	87.5% (21)	78.2% (18)	60% (12)	n.s.	0.04	0.05
24	68.7% (11)	83.3% (20)	69.5% (16)	65% (13)	n.s.	n.s.	n.s.
26	75% (12)	70.8% (17)	52.1% (12)	40% (8)	n.s.	0.04	0.04
28	68.7% (11)	70.8% (17)	69.5% (16)	35% (7)	n.s.	n.s.	n.s.
29	81.2% (13)	95.8% (23)	86.9% (20)	70% (14)	n.s.	n.s.	n.s.
31	25% (4)	33.3% (8)	13% (3)	0% (0)	n.s.	0.04	0.05
33	56.2% (9)	62.5% (15)	69.5% (16)	45% (9)	n.s.	n.s.	n.s.
34	37.5% (6)	58.3% (14)	65.2% (15)	40% (8)	n.s.	n.s.	n.s.
35	68.7% (11)	79.1% (19)	69.5% (16)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.
37	75% (12)	70.8% (17)	65.2% (15)	55% (11)	n.s.	n.s.	n.s.
38	87.5% (14)	83.3% (20)	95.6% (22)	65% (13)	n.s.	n.s.	n.s.
40	43.7% (7)	66.6% (16)	56.5% (13)	50% (10)	n.s.	n.s.	n.s.

Tabla 12. Reactivos del inventario de Afirmatividad (aserción) y significancia de acuerdo a la prueba de χ^2 (CHI CUADRADO). n.s. = no significativo

ANALISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSION

El presente apartado tiene como finalidad mencionar las características psicológicas que se encontraron a través del análisis estadístico cuantitativo, es decir, traducir los resultados numéricos a las características psicológicas que cada instrumento mide, resolviendo al mismo tiempo cada uno de los problemas de investigación que se plantearon.

Primero, respecto a las características demográficas es importante notar que la proporción de hombres en las muestras es similar, el número de ellos es reducido en cada una. Por tanto, no se puede hacer una generalización respecto a que las características sean las mismas para hombres que para las mujeres dado que en las muestras prevalecen las mujeres.

Respecto a la edad, aparentemente el grupo control es más joven que los sufridores de dolor de cabeza crónico, sin embargo en el análisis de varianza no se encontró dicha diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto al estado civil se puede observar que la mayoría de los cefaléicos reportaron estar casados a diferencia de los control que reportaron ser solteros, difiriendo significativamente. La escolaridad fue también diferente estadísticamente ya que los cefaléicos únicamente cursaron, en su mayoría la primaria y escasamente la secundaria, mientras que el nivel del grupo control se encuentra en bachillerato. En cuanto a la ocupación la mayoría de la población cefaleica reportó que se dedicaba al hogar mientras que el grupo control fueron en su mayoría empleados.

Resumiendo se puede decir que la muestra de los sufridores de dolor de cabeza quedó conformada en su mayoría por mujeres de nivel académico de primaria, casadas, dedicadas al hogar con una edad alrededor de los 30 a 35 años. Mientras que el control por mujeres, solteras, empleadas o dedicadas al hogar, con un nivel académico de bachillerato y una edad alrededor de los 28 a los 33 años.

1. Diferencias psicológicas entre los tres grupos diagnósticos de dolor de cabeza crónico.

En el presente trabajo el primer problema de investigación era encontrar las diferencias estadísticamente significativas en las características psicológicas de los diagnósticos de cefalea tensional, mixta y migrañosa. A este respecto, se encontraron solo tres aspectos en los cuales los tres grupos difirieron:

- a) Existen diferencias en cuanto al grado de incomodidad, medido por el inventario de afirmatividad (aserción) ante la emisión de conductas asertivas en cualquier situación, entre los tensionales, mixtos y migrañosos; es estadísticamente mayor la incomodidad experimentada por los tensionales y los mixtos que por los migrañosos, los tensionales y los mixtos no difirieron estadísticamente en esta característica.
- b) En cuanto a la escala F del MMPI, la puntuación es significativamente mayor para el grupo de cefalea mixta, que es diferente respecto a los tensionales y migrañosos. Los migrañosos y tensionales son similares entre sí. Por lo tanto se puede decir que los sujetos con cefalea mixta reconocen y aceptan tener problemas psicológicos que implican una tensión interna y una perturbación emocional (Núñez, 1991, Graham, 1987 y Rivera, 1987), son más inquietos, inestables, constantemente insatisfechos, rebeldes e inconformes (Núñez, 1987). Dada la elevación de esta escala, el grupo con cefalea mixta presenta una "solicitud de ayuda" y exagera más sus problemas al contestar sobre sus experiencias patológicas (Dahlstrom 1975, cit. por Núñez, 1987 y Rivera, 1987) que los migrañosos y tensionales. De acuerdo a Lanchar (1974, cit. por Núñez, 1975) esta elevación en la escala implica mayor autodevaluación y sentimientos propios de neurosis severa.
- c) En la escala 8 (Es) del MMPI, la puntuación es significativamente mayor para el grupo con cefalea tensional y mixta que para los migrañosos. El contenido de esta escala de acuerdo a Núñez (1987) implica aislamiento emocional, relaciones inadecuadas con los familiares, apatía e indiferencia. De acuerdo a Graham (1987), Núñez (1991) y Rivera

(1987) hay tendencia a la fantasía compensatoria, mayor dificultad para canalizar el enojo y por ende relaciones inadecuadas. Por lo que se puede decir que los cefaléicos mixtos y tensionales son personas más difíciles en sus relaciones interpersonales, negativas con poco talento social, irritables y resentidos con una dificultad para manejar y expresar su agresión, son más impulsivos, hostiles y con una conducta más inmadura que los migrañosos.

1.1 Comparación de cada grupo diagnóstico con el grupo control

Por otro lado se realizó una comparación entre cada grupo diagnóstico de dolor de cabeza crónico (tensional, mixto y migrañoso) con el grupo sin dolor de cabeza ni padecimientos crónicos (grupo control) para ver si de esta manera sobresalían algunas características propias de cada diagnóstico.

Comparando a los sujetos con dolor de cabeza tensional con el control se puede decir que los tensionales presentan un índice de depresión mayor que el grupo control. Esto es, presentan una variedad de síntomas que Beck et al. (1961 cit. por Rodríguez, 1992) han clasificado de la siguiente manera:

- A. Síntomas afectivos: ánimo abatido, pérdida de gratificación, pérdida emocional, episodios de llanto, tristeza, irritabilidad.
- B. Síntomas motivacionales: falta de satisfacción, sentimientos de fracaso, pérdida de interés, deseos suicidas.
- C. Síntomas cognitivos: devaluación, expectativas negativas, autculpa, autocrítica, indecisión, pesimismo.
- D. Síntomas somáticos: preocupación corporal, pérdida del apetito, peso y deseo sexual, fatiga, disminución del sueño y dolor de cabeza.

Siguiendo con la misma línea de Beck, de acuerdo a las categorías marcadas este grupo presenta una depresión leve comparada con la depresión nula del grupo control.

Los sujetos tensionales también difirieron del grupo control en las ideas 6 y 7 del IBT, esto es, en cuanto a la idea 6 se puede decir que los tensionales presentan cogniciones sobre "si algo es o puede ser peligroso o temible, uno deberá sentirse inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra", es decir, presentan una anticipación disfuncional al futuro que sólo les ocasiona una ansiedad, aprehensión y preocupación extremas que en lugar de ser funcional provoca malestar y lleva a evaluar eventos de una manera exagerada. En cuanto a la idea 7 que es la evitación de responsabilidades, la cognición básica es: " es más fácil evitar que afrontar las responsabilidades y dificultades de la vida". Evitar las responsabilidades revela una falta de confianza en sí mismo y demuestra una actitud pasiva (Ellis, A. y Abrahams , E.,1980; Ellis, A. y Grieger, P., 1977 y Ellis, A. y Harper, R., 1961).

Respecto a las características de afirmatividad o aserción, los sujetos con cefalea tensional presentan un déficit asertivo importante en la "expresión de las diferentes respuestas de ansiedad de un modo socialmente aceptable" (p. 104; Wolpe, 1981) y/o en "la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos" (p.101; Rimm y Masters,1984). La conducta asertiva implica tanto respuestas de rechazo como de aceptación. El déficit en los tensionales abarca los cuatro cuadrantes del instrumento, es decir presenta un déficit en las respuestas de petición a extraños y conocidos, amigos o relaciones íntimas así como las respuestas de rechazo y protectoras tanto con extraños como con conocidos. Muestran un nivel de Incomodidad mayor al emitir dichas respuestas así como una baja probabilidad de que las emitan.

De la misma manera los sujetos tensionales presentan un número mayor de temores que los sujetos que no padecen dolor de cabeza u otro padecimiento crónico, cuyo contenido se discute más adelante.

Entre las características que evalúa el MMPI que diferenciaron al grupo de cefalea tensional y al control se encuentran que los tensionales muestran una solicitud de ayuda manifiesta, inhibidos (F-MMPI), con un pobre concepto de sí mismos, con reacciones ante las situaciones de tensión (K-MMPI), con preocupaciones sobre la salud y temores concomitantes de la enfermedad (1Hs), así como una falta de esperanza y satisfacción por la vida, una falta de participación (2D). Presentan una variedad de quejas somáticas y reacciones histéricas ante las situaciones de tensión

(3Hi). Problemas familiares y sexuales (4Dp), así como temores e ideas irracionales (7Dp) y una sensibilidad excesiva hacia las opiniones de los demás (6Pa). Con actitudes rígidas. Además de aislamiento social y relaciones familiares deficientes (8Es), (Graham, 1987 y Núñez, 1991 y 1987). Estas características son las que sobresalen al compararlos con el grupo control.

Su perfil, por si solo, muestra una "solicitud de ayuda", refleja problemas específicos en situaciones sociales con reacciones de tensión (F=T56), con un concepto pobre de sí mismo, llenos de insatisfacción respecto a sus propias capacidades y habilidades (K=T49). Muestran un control de impulsos por medio de la somatización con quejas vagas y difusas (1Hs=T66). Evitan de cualquier manera afrontar las situaciones desagradables, muy controlados, indecisos y sumisos (2D=T77 y 5Mf=T54).

Quizá sus reacciones depresivas son debido a circunstancias ambientales de acuerdo a Guthrie (1952, cit. por Núñez, 1987 y 1991).

Se preocupan por situaciones aparentemente sin importancia o minuciosidades. Poco tolerantes a la frustración e insatisfechos (4Dp=72). Sensibles y alertas a la opinión de los demás, resentidos acerca de males reales o imaginarios, expresan su hostilidad en forma indirecta, (6Pa=T67). Rígidos, meticulosos y aprensivos porque creen que algo malo les va a suceder, insatisfechos con sus relaciones interpersonales, indecisos con manifestaciones de ansiedad preocupados por temores morales y religiosos (7Dp=T69). Con problemas para manejar su agresión (8Es=T74), impacientes y a veces expresan ideas de tristeza y frustración (9Ma=T60), realmente tímidos, aislados y cohibidos (0Is=T67).

Dada la combinación de las escalas 2-8 y de acuerdo a Núñez (1987 y 1991) y Graham (1987) son poco sociables, suelen distanciarse de la gente y evitan relaciones interpersonales por temor de involucrarse emocionalmente, son desconfiados y ofrecen una resistencia pasiva al medio, son poco originales, defensivos con rasgos obsesivo-compulsivos y además son estereotipados en sus relaciones interpersonales. Su falta de compromiso incrementa sus sentimientos de desesperación y falta de valía. Su perfil indica depresión, angustia, agitación y pérdida del control. Son muy sensibles y sospechosos en sus relaciones interpersonales, padecen de ideas de referencia, delirios de persecución, apatía y sentimientos intensos de inferioridad. Puede incluir pensamiento fantástico y afectividad aplastada. Comunican sentirse ansiosos, tensos,

agitados y asustadizos con perturbaciones del sueño. No son eficientes para llevar a cabo sus responsabilidades. Se presentan así mismos como físicamente enfermos. Dependientes e ineficaces tienen problemas para ser asertivos. Son irritables y rencorosos, temen perder el control y no se expresan directamente, rechazan los impulsos indeseables y pueden presentar periodos disociativos cognitivos, estos periodos son seguidos por culpa y depresión. Son suspicaces sobre las motivaciones de otros y sensibles a las reacciones de los demás.

Al igual que los tensionales, los mixtos presentan un índice de depresión significativamente mayor que el control, dado este índice se puede decir que presentan una depresión moderada de acuerdo a la escala de Beck et al. (1961) comparada con la nula del grupo control. Es de esperarse que también presenten una serie de síntomas, ya mencionados antes, por la depresión.

Los sujetos con cefalea mixta al igual que los tensionales presentan y difieren del control en la idea 6 y 7, de ahí se puede decir que presentan una anticipación disfuncional al futuro preocupándose excesivamente por la posibilidad de que algo peligroso o temible ocurra lo que los lleva a una ansiedad disfuncional y evitan en medida de lo posible las responsabilidades y dificultades de la vida, lo que implica una falta de confianza (Ellis et al., 1980, 1961 y 1977). Además de estas dos, presentan la idea 1, 5 y 9. La primera se refiere a que "el ser humano tiene la necesidad imperiosa de ser amado, estimado o aprobado por cada persona significativa", esto lleva a los individuos a la continua búsqueda de aprobación de las demás, capaces de cubrir las demandas más exageradas con tal de lograr la aprobación mermando su propio desarrollo (Ellis et al., 1980). La idea 5 se refiere a que los sujetos presentan un locus de control externo, es decir, "la desgracia humana se origina por causas externas y la gente, por tanto, tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones", a este respecto el sujeto pierde el control de su propia vida, responsabilizando a las causas externas los sucesos catastróficos que según él no tiene influencia para poder modificarlos, demostrando una actitud pasiva ante sus emociones, sentimientos y situaciones e incluyendo su dolor de cabeza (Ellis et al., 1977). La idea 9 es "la historia pasada es un factor determinante y decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y que conmocionó a uno debe seguir afectándole indefinidamente". Hay una sobregeneralización de las experiencias pasadas y de las situaciones que se actualizan en el

momento a pesar de las circunstancias para evitar el cambio de actitudes y conductas, no haciendo el esfuerzo por modificar las situaciones presentes (Ellis et al. 1977 y 1980).

Respecto a las características de afirmatividad o aserción, los sujetos con cefalea mixta al igual que los tensional presentan un déficit asertivo importante en la "expresión de las diferentes respuestas de ansiedad de un modo socialmente aceptable" (p. 104; Wolpe, 1981) y/o en "la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos" (p. 101; Rimm y Masters, 1984). La conducta asertiva implica tanto respuestas de rechazo como de aceptación. El déficit en los mixtos abarca los cuatro cuadrantes del instrumento, es decir presenta un déficit en las respuestas de petición a extraños y conocidos, amigos o relaciones íntimas así como las respuestas de rechazo y protectoras tanto con extraños como con conocidos. Muestran un nivel de incomodidad mayor al emitir dichas respuestas así como una baja probabilidad de que emitan estas.

De la misma manera los sujetos mixtos presentan un número mayor de temores que los sujetos que no padecen dolor de cabeza o cualquier padecimiento crónico, cuyo contenido se discute más adelante.

De acuerdo al MMPI, los mixtos difirieron de los control en cuanto a la percepción de sus problemas y de los recursos con los que cuentan para resolverlos (F y K-MMPI). Se muestran autodevaluados con falta de interés (K-MMPI). Muestran una preocupación mayor por el cuerpo y la salud así como los temores que la enfermedad conlleva (1Hs). Mayor pesimismo y una falta de esperanza, insatisfacción por la vida (2D). Con una variedad de quejas somáticas y reacciones histéricas ante las situaciones de tensión (3Hi). Presentan problemas familiares o sexuales (4Dp). Ideas de referencia y persecución, actitudes rígidas y una susceptibilidad exagerada (6Pa). Dudas excesivas, pensamientos obsesivos y temores, ansiedad y dudas sobre la propia capacidad (7Pt). Aislamiento de los contactos interpersonales y responsabilidades (0Is). Dificultad de control de impulsos con distorsiones de la realidad (8Es). (Graham, 1987 y Núñez, 1987 y 1991). Estas características son las que difieren los mixtos de los control.

Su perfil muestra, sin compararlo con el control, un agudo cuadro de perturbación emocional con una solicitud de ayuda y una exageración de su problemática (configuración LFK), desconfiados e inhibidos con un concepto muy pobre de sí mismos, insatisfechos con el medio,

apatía, evasión y de temperamento nervioso (2D=T78). Muy controlados e indecisos, desconfiados de sus habilidades. Evitan de cualquier manera afrontar situaciones desagradables (2D=T78). Reconocen fácilmente su autodevaluación (Marks y Seeman, 1963 cit. por Núñez 1987) con preocupación por situaciones sin importancia (2D=T78). Se muestran como histeroideos, con mecanismos de defensa represivos, sugiere inmadurez, egocentrismo, sugestibilidad y exigencias con una agresividad suprimida (3Hi=T73). Tienen una fuerte necesidad de dependencia e incapacidad para manejar la hostilidad hacia los demás. Tienen fuertes exigencias de afecto, apoyo, atención del medio, quejándose con frecuencia (3Hi=T73). Son inconformes con baja tolerancia a la frustración muy competitivos (4Dp=T69 y 5Mf=T61). Pueden presentar mentalidad esquizoide, son inusuales, excéntricos aunque pueden mantener una adaptación social. Se encuentran socialmente introvertidos relacionándose muy pobremente y tienden a evitar la realidad o las presiones así como los impulsos inaceptables (8Ea=T75). Su necesidad de ayuda es manifiesta con probables conflictos graves internos (8Ea=T75). Presentan también las características de la combinación 2-8 que se mencionaron en el perfil de los tensionales, que son similares a las que ya se mencionaron por otras escalas.

De acuerdo a la escala de Beck et al. (1961) los sujetos migrañosos presentan una depresión leve; difieren además significativamente del grupo control. Presentando la sintomatología depresiva antes mencionada.

Los sujetos migrañosos presentaron las ideas irracionales 4, 5, 6 y 7 significativamente mayores que los control. Respecto al idea 4 los migrañosos presentan la cognición de que "es terrible y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen" esto es una reactividad a la frustración mayor que los sujetos control, no soportan que las cosas no sucedan como ellos las desean (Ellis et al. 1977 y 1980). Por lo regular a la gente le agrada que las cosas marchen como desean, sin embargo angustiarse en exceso cuando esto no sucede así, convierte esta ansiedad en disfuncional para el sujeto. En cuanto a la idea 5, presentan un locus de control externo mayor que los sujetos control es decir, las cosas y situaciones son provocadas por agentes externos sobre las cuales se tiene poca o nula influencia para modificarlas. La idea 6 indica la anticipación disfuncional al futuro, preocupándose excesivamente por la posibilidad de

que algo terrible o peligroso ocurra, generando una sobrealerta y una ansiedad disfuncional. Dicha idea muestra una autodevaluación y poca confianza. Por otro lado la idea 7 indica la evitación de las responsabilidades y dificultades de la vida, adoptando una actitud pasiva ante las situaciones que implican responsabilidad (Ellis et al. 1977 y 1980). Los migrañosos no presentan un número mayor de temores que los control.

Los migrañosos presentan un mayor déficit asertivo en comparación con los sujetos control. La falta de aserción de los migrañosos se encuentra en conductas de rechazo o protección con extraños y relaciones situacionales de aproximación y/o peticiones con amigos y relaciones íntimas. No presentan incomodidad para emitir tales respuestas aunque la probabilidad de emitir la respuesta es baja comparada con los control, es decir carecen de las habilidades instrumentales para emitir conductas asertivas.

Respecto al MMPI las características en que difirieron los sujetos con cefalea migrañosa de los control fueron la percepción de los recursos con los que cuentan para afrontar sus problemas, mostrando un concepto inadecuado de sí mismos, con mecanismos de defensa poco adecuados e inútiles (K-MMPI). Presentan una preocupación mayor por el cuerpo y la salud (1Hs), así como pesimismo, falta de esperanza e insatisfacción por la vida (2D). Utilizan las reacciones histéricas ante la tensión con una variedad de quejas somáticas (3Hi). Muestran dudas excesivas, compulsivas, temores irracionales, ansiedad y duda sobre las propias capacidades (7Pt). Muestran aislamiento social, relaciones familiares deficientes con preocupaciones sexuales y de pobre control de impulsos (8Es), (Núñez, 1987 y 1991, Graham, 1987).

Su perfil, sin compararlo con el control, muestra que son perceptivos y aunque comunican sus padecimientos y fallas, tienden a negar otras limitaciones psicológicas (L=T50). Se muestran temperamentales, inestables y reaccionan ante las situaciones de tensión (F=T60). Utilizan evasiones defensivas a fin de aparentar que no les pasa nada (K=T47). No revelan sentimientos socialmente inaceptables (K=T47). Presentan quejas somáticas difusas y tiene control de sus impulsos por medio de la somatización (1Hs=T67). Están levemente deprimidos, preocupados y pesimistas por situaciones temporales (2D=T65). Tienen un grado aceptable de conformismo a las reglas (4Dp=T56). Su sensibilidad es indebida, no se sienten apropiados aunque poseen capacidad para organizar su trabajo (6Pa=T58). Son aislados y no se involucran con la gente, tienen

dificultad para manejar su agresión con conflictos internos (8Es=T60). Llevan acabo sus actividades como personas aparentemente comunes (9Ma=T34), sin embargo son reservados y difíciles de conocer, tímidos y cohibidos (0Is=T61).

Este grupo de cefalca migrañosa presenta la combinación 1-2 cuyas características sobresalientes son los malestares somáticos y el dolor. Se definen a sí mismos como físicamente enfermos, aunque puede no haber pruebas clínicas con base orgánica para sus síntomas (Graham, 1987 y Núñez, 1991). Se preocupan demasiado por su salud y el funcionamiento de su cuerpo; es probable que reaccionen exageradamente a los trastornos físicos menores. Puede haber dolores de cabeza y cardiacos, es probable que este involucrado el aparato digestivo. Se quejan de vértigo, insomnio, debilidad, fatiga y cansancio. Reaccionan a la tensión y la responsabilidad con síntomas físicos y "se resisten a explicar sus síntomas en términos psicológicos o factores emocionales" (Núñez, 1991 p.128).

Son por lo general ansiosos, tensos, nerviosos, irritables, se preocupan por muchas cosas, son inquietos y aprensivos. Presentan sentimientos de infelicidad o disforia, melancolía y pérdida de la iniciativa. Sentimientos de excesiva timidez, son introvertidos y retraídos en situaciones sociales, particularmente con miembros del sexo opuesto, aislados y solitarios. Tienen muchas dudas acerca de sus propias capacidades, indecisos y vacilantes. Son hipersensibles, desconfiados en sus relaciones interpersonales, hay una inclinación a una relación pasivo-dependiente y pueden incubrir hostilidad hacia las personas que perciben como indiferentes y que no les brindan apoyo (Rivera, 1987; Núñez, 1991 y Graham, 1987).

Aunque son diagnosticados como neuróticos, hay una proporción que se clasifica como esquizofrénico especialmente si la escala 1 y 2 se elevan junto con la 8 (Graham, 1987 y Núñez, 1991).

No son vistos como buenos candidatos para la psicoterapia ya que utilizan la represión y somatización en exceso y estan carentes de insight y autoconocimiento. Les es difícil aceptar la responsabilidad de su propia conducta y su estilo de vida es pasivo-dependiente (Rivera, 1987).

Esta combinación esta presente en grupos de enfermos con perturbaciones psicológicas.

"La somatización es manejada más como una racionalización y como la búsqueda de un mayor tiempo de reacción para enfrentar las situaciones difíciles ("mientras estoy enfermo, no

puedo pensar, no puedo actuar, no puedo decidir") que como una demanda de tolerancia y aceptación... La presencia de los síntomas físicos se puede entender como una disculpa ante la propias fallas." (Rivera, 1987, p. 54).

1.2 Comparación de las características psicológicas de los sufridores de dolor de cabeza crónico y un grupo sin dolor de cabeza ni padecimientos crónicos.

Dado que hay diversos autores que aseveran que los sujetos que padecen dolor de cabeza crónico no difieren entre los diagnósticos, para comprobar esto y observar las características de la muestra que se tiene, se eligió de los 56 sujetos que habían contestado todos los instrumentos una muestra aleatoria de 20 para igualar al grupo control. Comparando así los sujetos que no presentan dolor de cabeza ni padecimientos crónicos con el grupo conformado por los tres diagnósticos distribuidos aleatoriamente.

Los sujetos con dolor de cabeza crónico mostraron un índice mayor de depresión de acuerdo al inventario de Beck et al. (1961) comparados con los controles. Dada la escala de este autor se puede decir que los sujetos con dolor de cabeza crónico presentan una depresión leve, comparada con la nula del grupo control.

Esto lleva a afirmar que presentan un ánimo abatido, tristeza, llanto, irritabilidad, falta de satisfacción, sentimientos de fracaso, pérdida de interés, devaluación, autoculpa, autocrítica, indecisión, pesimismo, preocupación corporal, pérdida de peso, fatiga, alteraciones del sueño y dolor (Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G., 1979).

Respecto a las ideas irracionales, el grupo con dolor de cabeza crónico presenta la idea 4 y 5 significativamente mayor que el grupo sin dolor ni padecimientos crónicos. Esto significa que los cefaléicos presentan una reactividad mayor a la frustración "es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen". Para los cefaléicos es angustiante que las cosas no se presenten como ellos desean y carecen de flexibilidad para aceptar las situaciones no deseadas. Presentan también un locus de control externo "la desgracia humana se origina por causas externas y la gente por tanto tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones", esto significa que se sienten incapaces de modificar las situaciones o controlar su

dolor de cabeza por aquellas cosas que les son desagradables, adoptan una actitud pasiva (Ellis et al., 1961 y 1980).

Respecto a las características de afirmatividad o aserción, los sujetos con dolor de cabeza crónico, sin importar el diagnóstico, presentan un déficit asertivo importante en la "expresión de las diferentes respuestas de ansiedad de un modo socialmente aceptable" (p. 104; Wolpe, 1981) y/o en "la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos" (p. 101; Rimm y Masters, 1984) comparados con un grupo sin dolor de cabeza ni padecimientos crónicos.

La conducta asertiva implica tanto respuestas de rechazo como de aceptación. El déficit en los cefaléicos crónicos abarca los cuatro cuadrantes del instrumento, es decir presenta un déficit en las respuestas de petición a extraños y conocidos, amigos o relaciones íntimas así como las respuestas de rechazo y protectoras tanto con extraños como con conocidos. Muestran un nivel de incomodidad mayor al emitir dichas respuestas así como una baja probabilidad de que eviten adecuadamente dichas respuestas con bajos niveles de ansiedad.

La cantidad de temores es significativamente mayor para el grupo con cefalea crónica que para el grupo control.

Las características que resultaron significativas en el MMPI entre el grupo de dolor de cabeza y el control fueron tales como una percepción mayor de su problemática, con un perfil de solicitud de ayuda, se muestran como personas insatisfechas, obstinadas en sus opiniones e inestables (conf. LFK). Reaccionan contra las situaciones de tensión y presentan una mayor preocupación por la salud y los temores concomitantes con la enfermedad (1Hs). Muestran un mayor pesimismo, falta de esperanza, insatisfacción y falta de participación (2D). Utilizan en mayor grado reacciones histéricas ante las situaciones de tensión con una variedad de quejas somáticas, negando sus problemas emocionales y psicológicos (3Hi). Probablemente tienen problemas familiares y sexuales (4Dp). Poseen una sensibilidad excesiva a la opinión de los demás con actitudes rígidas (6Pa). Dudas excesivas sobre su capacidad y temores irracionales, infelicidad y quejas físicas (7Pt). Muestran una conducta aislada, agresiva, con relaciones familiares deficientes y con dificultad del control de impulsos (8Es); se aíslan del contacto y las responsabilidades sociales (0Is), (Graham, 1987 y Núñez, 1987 y 1991).

Muchas de estas características se corroboran cuando se interpreta el perfil por sí solo. Este indica un concepto de sí mismos autodevaluado, con mecanismos de defensa inútiles y con una franca solicitud de ayuda (conf. LFK). Muestran interés acerca de su salud, quejas somáticas difusas y vagas, con un pobre control de los impulsos por medio de la somatización (1Hs=T70). Insatisfechos con el medio y consigo mismos, se preocupan demasiado por las situaciones aparentemente sin importancia. Son desconfiados e indecisos, tímidos y sumisos. No se involucran en las relaciones interpersonales, se mantienen a distancia y sin afecto. Evitan de cualquier manera afrontar situaciones desagradables. Sus reacciones depresivas son probablemente debidas a las circunstancias ambientales (2D=T78). Reconocen fácilmente su propia autodevaluación y bajo estado de ánimo (2D=T78). Con baja tolerancia a la frustración y lástima de sí mismos, sensibles y reaccionan con depresión. Se muestran obsesivos, compulsivos con sentimientos de culpa (7Pt=T67). Tienen dificultad para manejar su agresión (8Es=T73), son aislados y cohibidos (0Is=T64), (Graham, 1987 y Núñez, 1987 y 1991).

Presentan la combinación 2-8 y por ello se puede decir que son poco sociables, suelen distanciarse de la gente y evitan relaciones interpersonales por temor de involucrarse emocionalmente, son desconfiados y ofrecen una resistencia pasiva al medio, son poco originales, defensivos con rasgos obsesivo-compulsivos y además son estereotipados en sus relaciones interpersonales. Su falta de compromiso incrementa sus sentimientos de desesperación y falta de valía. Su perfil indica depresión, angustia, agitación y pérdida del control. Son muy sensibles y sospechosos en sus relaciones interpersonales, padecen de ideas de referencia, delirios de persecución, apatía y sentimientos intensos de inferioridad. Puede incluir pensamiento fantástico y afectividad aplastada. Comunican sentirse ansiosos, tensos, agitados y asustadizos con perturbaciones del sueño. No son eficientes para llevar a cabo sus responsabilidades. Se presentan así mismos como físicamente enfermos, sus quejas somáticas incluyen vértigo y náuseas. Dependientes e ineficaces tienen problemas para ser asertivos. Son irritables y rencorosos, temen perder el control y no se expresan directamente, rechazan los impulsos indeseables y pueden presentar periodos disociativos cognitivos, estos periodos son seguidos por culpa y depresión. Son suspicaces sobre las motivaciones de otros y sensibles a las reacciones de los demás (Graham, 1987 y Núñez, 1987 y 1991).

2. Diferencias de los parámetros de dolor de cabeza entre los grupos diagnósticos.

El segundo problema de investigación era verificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros de dolor de cabeza crónico entre cada grupo diagnóstico (tensional, mixto y migrañoso).

Para resolver este problema y dado que no todos los instrumentos fueron válidos para todos los sujetos y con la finalidad de cada uno de los datos de dolor correspondiera a cada sujeto, el número de sujetos varió de un instrumento a otro y para cada instrumento tuvo sus parámetros de dolor específicos. Por ello se calcularon para cada instrumento las diferencias entre los grupos.

A pesar de que no en todos los instrumentos difirieron los mismo parámetros, de los cinco instrumentos los tres diagnósticos difirieron significativamente en la frecuencia, la duración y el índice del dolor de cabeza.

De ahí que la frecuencia (el número de episodios de dolor en un bloque de siete días) es mayor para el grupo de cefalea tensional y mixta que para los migrañosos. Los tensionales y mixtos no difirieron entre sí. Lo mismo sucedió en cuanto a la duración del dolor (el número de horas de dolor en un bloque de siete días) es mayor para el grupo de cefalea tensional y mixta que para los migrañosos. En cuanto al índice es significativamente diferente entre los tres diagnósticos, siendo mayor el índice para los de cefalea mixta, seguidos por los tensionales y menor para los migrañosos.

Del periodo de evolución sólo se diferenciaron los grupos que respondieron Beck, IBT y MMPI. La evolución no es diferente entre los tensionales y los mixtos, pero es significativamente mayor para los migrañosos. Estos datos significativos, aunque no aparecen en los dos instrumentos restantes podrían ser generalizados para toda la muestra de cefaléicos del estudio ya que el total de la muestra respondieron Beck e IBT.

Es importante mencionar que en el presente trabajo, como ya se había establecido en la metodología, a diferencia de otros estudio como los de Ramos (1989) y Rodríguez (1992), realizados con poblaciones similares, donde utilizaron el promedio de los parametros de dolor de 3 semanas de monitoreo antes de algún tratamiento psicofisiológico o psicológico; en el presente

trabajo únicamente se utilizaron los datos de la primera semana del dolor, basándose en el criterio de que el monitoreo en la segunda y aun más en la tercera semana se ve afectado por variables como el contacto con el terapeuta, la evaluación psicológica. El haber tomado únicamente los datos de la primera semana es una variante metodológica, ya que se necesitaría realizar un análisis comparativo de estas dos situaciones y ver cual es su impacto en los resultados obtenidos con la finalidad de adoptar un criterio uniforme respecto a utilizar un promedio de tres semanas o los datos únicamente de alguna de ellas.

Los datos del presente trabajo resultaron ser diferentes descriptivamente a los presentados por Rodríguez (1992), quien trabajó también con los tres diagnósticos en una muestra extraída de la misma población que la de este trabajo. Sin embargo, se puede observar la misma relación de los parámetros respecto a sus diagnósticos. Encontró que la frecuencia de dolor es mayor en los mixtos y que es muy similar a la de los tensionales; la duración fue mayor también para mixtos y tensionales comparados con los migrañosos y la intensidad máxima no parece ser relevante entre los diagnósticos. Aunque Rodríguez (1992) no realizó ningún análisis estadístico para verificar estas observaciones.

Otra variante metodológica del presente trabajo fue el haber utilizado una intensidad mediana, es decir, de las intensidades marcadas durante el periodo de 7 días, se tomó la mediana de estas; ya que se esperaba disminuir el efecto de la intensidad máxima que podría sesgar los datos. Sin embargo no se encontró diferencia estadísticamente significativa en este dato.

3. Relación entre el dolor y las características psicológicas de cada diagnóstico.

El tercer problema de investigación era encontrar la relación entre los parámetros de dolor de cabeza y el puntaje de cada instrumento psicológico por grupo diagnóstico. En estas correlaciones se incluyó también la edad.

Las relaciones encontradas no se pueden indicar como causales unas de las otras, únicamente se puede decir que son variables que se encuentran asociadas y que interactúan, pero no que la una sea la causa de la otra.

Dado los índices de correlación significativos para los sujetos con cefalea tensional se encontraron las siguientes relaciones:

1. el índice de depresión está asociado positivamente con la frecuencia y la intensidad mediana del dolor, es decir, a medida que se incrementan los episodios de dolor o su intensidad se incrementa también la sintomatología depresiva y viceversa, (+Beck/frec. e int. med.);

2. la tolerancia a la frustración (IBT4) disminuye a medida que aumenta el periodo de evolución y la intensidad promedio del dolor, es decir, cuando se tiene un periodo de evolución menor de padecer el dolor, la intensidad promedio es severa y la reactividad a la frustración es mayor, (- IBT4/ evol. e int. prom.);

3. el locus de control externo (IBT5) de los pacientes con dolor de cabeza disminuye a medida que aumenta la intensidad del dolor de cabeza o cuando el dolor es más intenso y viceversa, los sujetos reportan un locus de control interno mayor, aunque aquí se puede hipotetizar que este control interno es ficticio ya que podría ser que cuando el dolor aumenta el sujeto se va dando cuenta que este nada tiene que ver con los agentes externos y que este se va volviendo autónoma de los disparadores que antes lo ocasionaban o por otra parte el sujeto se muestra más atento a sus reacciones internas, (- IBT5/ int. med.);

4. a medida que el tiempo en que se padece el dolor (evolución) aumenta, así como el número de episodios del dolor (frecuencia), la intensidad promedio y la intensidad máxima en los sujetos tensionales en la misma medida aumenta su evitación a las responsabilidades y dificultades de la vida (IBT7), (+ IBT7/evol., frec., int. prom. e int. max.);

5. la necesidad de depender de los demás o apoyarse y la necesidad de alguien más fuerte (IBT8) se ve disminuida a medida que el tiempo en que se padece el dolor (periodo de evolución) aumenta, así como también aumentan los episodios del dolor (frecuencia), el índice y el número de horas de dolor (duración), (- IBT8/ evol., frec., ind. y durac.). No se puede afirmar que el sujeto se vuelva más independiente y confiado en sí mismo, sino que podría tratarse de que cuando dichas características se ven incrementadas el sujeto tiende más al aislamiento y susceptibilidad, la desconfianza hacia los demás y su opinión sobre él es negativa, además hay que tomar en cuenta el déficit asertivo, interpretándose esta correlación que en medida que disminuye la IBT8 hay una mayor incapacidad de recurrir a los demás en situaciones difíciles;

6. en medida en que aumenta el tiempo que ha transcurrido en el cual el sujeto tensional ha padecido el dolor de cabeza (periodo de evolución), aumenta también su cognición de que el pasado es determinante en la situación presente y que las situaciones pasadas continúan influyendo en la actualidad y que estas son poco modificables (IBT9). (+ IBT9/evol.);

7. entre menos se exponen a las respuestas asertivas de rechazo o protectoras ante los extraños y las relaciones situacionales (Cuad. 2 Afirm.) disminuye también la intensidad promedio del dolor, (- Cuad. 2 Afirm./ int. prom.). Se puede decir que el dolor intenso se presenta como una limitante para la conducta asertiva ante los extraños, o que viene a empeorar un déficit que ya se tenía o que no se expone para evitar un aumento en la intensidad del dolor;

8. las conductas asertivas de aproximación, de respuestas de peticiones con amigos y en relaciones íntimas (Cuad. 3 Afirm.) están en asociación con la edad, con el trascurso del tiempo aumenta también el déficit asertivo, (Cuad. 3 Afirm./edad);

9. la incomodidad experimentada por la emisión de conductas asertivas se ve disminuida cuando el tiempo en que se ha padecido el dolor (periodo de evolución) y la intensidad promedio aumenta, (- incomed./evol. e int. prom.). Esto se debe quizá, no a que la ansiedad e incomodidad se vea disminuida, sino que la probabilidad de la conducta asertiva se ve disminuida, por el aislamiento y que hay una menor exposición al exterior;

10. entre menor es la probabilidad de que el sujeto con cefalea tensional emita conductas asertivas mayor es también el número de horas en que se padece el dolor (duración), (+ Prob.Resp./durac.);

11. en los sujetos con cefalea tensional en la medida que aumenta el número de temores reportados por el sujeto se incrementa también el índice del dolor, es decir el índice del dolor guarda una relación con los temores que el sujeto experimenta, (+ Tem./ind.);

12. en la medida que aumenta la perturbación, inestabilidad emocional e insatisfacción, la percepción de la propia problemática, las reacciones ante las situaciones de tensión y el perfil de solicitud de ayuda también aumentan los episodios de dolor (frecuencia) y la intensidad promedio, o cuando hay una frecuencia mayor y una intensidad considerable dichas características se incrementan, (+ F-MMPI/frec. e int. prom.);

13. en la medida que aumenta la frecuencia del dolor de cabeza aumenta también la preocupación por el cuerpo, la salud y los temores sobre la enfermedad, la canalización somática de los conflictos psicológicos y emocionales, (1Hs/frec.);

14. la pobre autoestima, la depresión sintomática, la falta de satisfacción, esperanza, pesimismo y evasión para afrontar las situaciones desagradables, la desconfianza en la propia capacidad y la distancia en las relaciones interpersonales (2D) se incrementan a medida que se incrementa también los episodios de dolor (frecuencia), (+ 2D/frec.);

15. las dificultades con las figuras autoritarias, los problemas familiares y sexuales, el resentimiento, la inconformidad, la poca tolerancia a la frustración y la insatisfacción (4Dp) se ve incrementada a medida que aumenta la frecuencia del dolor de cabeza, (+4Dp/frec.);

16. las tendencias al masoquismo, las características del rol femenino como la pasividad, la sumisión, el papel femenino estereotipado así como la lástima por sí mismo, las quejas, el idealismo (5Mf) son características que se incrementan con la edad en los sujetos que padecen dolor de cabeza tensional o con el paso del tiempo (- 5Mf/edad);

17. al aumentar los episodios del dolor de cabeza (frecuencia) en los sujetos tensionales aumentan también las ideas de referencia, los sentimientos de persecución, la sensibilidad excesiva, las opiniones y actitudes rígidas, y las quejas sobre otras personas (6Pa), (+ 6Pa/ frec.);

18. de la misma manera, al aumentar los episodios de dolor (frecuencia) se incrementan las dudas excesivas, compulsivas, los temores e ideas irracionales, la ansiedad y el temor sobre la propia capacidad, el excesivo manejo cognitivo, perfeccionismo y la rigidez (7Pt), (+ 7Pt/frec.);

19. la tendencia a la fantasía y el mal manejo del enojo, la conducta aislada, agresiva, las relaciones familiares deficientes, las dificultades en el control de los impulsos, las distorsiones de la realidad y la respuesta emocional ambivalente y limitada (8Es) se incrementan en medida que aumentan los episodios de dolor de cabeza (frecuencia), (+ 8Es/ frec.);

20. en la medida en que aumenta la introversión, la inseguridad, la falta de originalidad en la solución de problemas, la incapacidad para tomar decisiones, las conductas de aislamiento social, la evitación del contacto y las responsabilidades sociales (0Is) se incrementan de igual manera los episodios de dolor (frecuencia), (+ 0Is/ frec.);

Para los sujetos con cefalea mixta las características que se correlacionaron significativamente con los parámetros de dolor de cabeza fueron los siguientes:

1. el índice de depresión de los sujetos con cefalea mixta y la sintomatología depresiva que este conlleva se ve incrementada cuando aumentan los episodios de dolor (frecuencia), las horas en las que se reporta el dolor (duración), el índice, la intensidad promedio y la intensidad máxima del dolor, (+ Beck/ frec., durac., indic., int.prom. e int. max.);

2. la tendencia a culpar a los demás por errores o fallas, el que las personas malas deben ser severamente castigadas o acusadas por sus faltas (IBT3) tienden a disminuir conforme la edad aumenta en los sujetos con cefalea mixta, o viceversa, (- IBT3/ edad);

3. la evitación de las responsabilidades y las situaciones desagradables de la vida (IBT7) aumentan a medida que los sujetos con cefalea mixta padecen más tiempo el dolor de cabeza (evolución), (+ IBT7/evol.). El tiempo en que se ha padecido el dolor parece ser una limitante o un pretexto para evitar las responsabilidades. Aunque por otra parte, se encontró que a medida que aumenta la intensidad, disminuye la evitación de las responsabilidades (IBT7), (-IBT7/int. med.). Esto no indica necesariamente que el individuo se vuelva más responsable o que posean las habilidades para afrontarlas, sino al parecer, el aumento en la intensidad conlleva a una disminución en los contactos sociales y las actividades;

4. el deficit asertivo global (Punt. Tot. Afirm.), que mide el instrumento de afirmatividad se ve disminuido al aumentar la edad, (- Punt. Tot. Afirm./ edad). Al parecer, con el paso del tiempo no se percibe la falta de las habilidades asertivas en este grupo de cefaléicos mixtos;

5. en la medida en que aumenta el deficit de las conductas de aproximación social o respuestas a peticiones de extraños y las relaciones situacionales (Cuadr. 1 Afirm.), aumenta también la intensidad, (Cuadr. 1 Afirm./int. med.) pero paralelamente disminuye con la edad o el paso del tiempo (- Cuadr.1/edad);

6. en medida en que aumenta el deficit asertivo en las respuestas de rechazo o protectoras ante los extraños y las relaciones situacionales (Cuadr. 2) se ven disminuidas con la edad o es menor la edad, (- Cuadr.2/ edad);

7. el deficit asertivo en las conductas de aproximación social o respuestas a peticiones de amigos o relaciones íntimas (Cuadr.3 Afirm.) se ve disminuido al aumentar la intensidad máxima, (-Cuadr. 3 Afirm./int. máx.). No es quizá porque las habilidades asertivas se incrementen sino porque hay un mayor aislamiento en estas relaciones;

8. el deficit asertivo en las respuestas de rechazo o protectoras con amigos o relaciones íntimas se incrementa a la vez que aumentan las horas en las que se padece el dolor (duración), el índice y la intensidad de este, (+ Cuadr. 4 Afirm./ durac., indic., int.med.);

9. la rigidez, las características de pariencia social, presentarse de una manera socialmente favorable y que no está dispuesto a admitir defectos menores (L-MMPI), se incrementan en medida que disminuye la edad para los sujetos que padecen cefalea mixta, (- L-MMPI/edad);

10. a medida que el sujeto presenta un mayor periodo de evolución del dolor, es decir, un tiempo mayor de padecer el dolor de cabeza, disminuye su percepción de la situación como problemática, tiene menos aceptación de los conflictos y ya no reconoce los problemas (F-MMPI), (- F-MMPI/ evolucion.). No es quizá porque la problemática se ve resuelta, sino porque el sujeto quizá se vuelva más pasivo y viva con su dolor de cabeza unicamente sobrellevándolo, de ahí que los sujetos que se presenten a los servicios de atención psicológica para el dolor de cabeza tengan un periodo considerable de evolución;

11. en medida en que la intensidad aumenta, también aumenta la aceptación de los conflictos y el reconocimiento de la problemática, (+ F-MMPI/ int. máx). La intensidad guarda una relación directa y proporcional con la solicitud de ayuda, a medida que se incrementa la intensidad es más patente la solicitud de ayuda.

12. en medida en que aumenta la percepción de los recursos para resolver los problemas (KMMPI) se incrementa también la edad y la intensidad del dolor, (+ KMMPI/edad e int. med.). Esto no indica necesariamente un mayor número de recursos quizá es más bien una actitud defensiva negadora, apoyado esto en la relación negativa de la escala F y la evolución, y la relación también negativa de la escala L y la edad;

13. en los sujetos con cefalea mixta, la preocupación por la salud física, el cuerpo y los problemas de la enfermedad, las tendencia a somatizar los conflictos emocionales (1Hs) se incrementan al incrementarse el índice del dolor, (+ 1Hs/ índice);

14. la depresión sintomática, la insatisfacción por la vida, la falta de esperanza y la falta de participación (2D), se incrementan al incrementarse el índice de dolor de cabeza, (+ 2D/ índice);

15. la necesidad de afecto, el egocentrismo exagerado, las tendencias a la dependencia, la necesidad de apoyo y atención, las características como la utilización de reacciones histéricas ante la tensión, la variedad de quejas somáticas y la negación de los problemas psicológicos y emocionales (3Hi), se incrementan al incrementarse el índice del dolor y las horas en que se experimenta este (duración), (+ 3Hi/ durac. e índice);

16. las tendencias al masoquismo, la pasividad, sumisión, la sensibilidad, la lástima de sí mismo, las quejas y las limitaciones, así como los defectos autopercibidos (5Mf) se incrementan al incrementarse la frecuencia del dolor, (- 5Mf/frec.);

17. en medida en que se incrementan las obsesiones y compulsiones, los miedos e ideas irracionales (7Pt) disminuye la edad de los sujetos que padecen cefalea mixta, (- 7Pt/edad);

18. la actividad motora, el humor, el habla, las ideas y las actividades, el nivel de aspiraciones, la energía vital (9Ma) se ven disminuidas al aumentar la intensidad del dolor (- 9Ma/ int. med.). Por sus relación con la escala 2D, la escala 9Ma acentúa las características depresivas.

Para los sujetos con *cefalea migrañosa* se encontraron las siguientes características que se correlacionaron significativamente con algunos parámetros de dolor y/o con la edad fueron:

1. el índice de depresión, es decir la sintomatología de la depresión se ve incrementada en medida en que se incrementa la frecuencia y duración del dolor, (+ Beck/frec. y durac.);

2. la cognición de que los individuos deben ser competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles, es decir, la idea del perfeccionismo (IBT2) se incrementa cuando aumenta la intensidad del dolor y la edad en los sujetos migrañosos, (+ IBT2/ int. máx. y edad). Estas tendencias perfeccionistas tienen un papel compensatorio de la baja autoestima;

3. la tendencia a culpar y a ser poco tolerantes con el error ajeno, y que las personas malvadas deben ser castigadas severamente por sus faltas (IBT3) se incrementa al incrementarse las horas en las que se padece el dolor de cabeza (duración), (+ IBT3/durac.);

4. el déficit asertivo global (Punt. Tot. Afirm.) de los sujetos migrañosos se incrementa al aumentar el tiempo en que el sujeto padece el dolor, a mayor tiempo que el sujeto a padecido el dolor (periodo de evolución) sus déficit asertivo es importante, (+ Punt. Tot. Afirm./ evolucion.). Se van aislando más, hay menos contacto con el exterior y menos capacidad instrumental;

5. el déficit de las conductas de aproximación social (Cuadr. 1 Afirm.), respuestas o peticiones con extraños y relaciones situacionales se incrementa al aumentar el tiempo en que se padece el dolor de cabeza (periodo de evolución), (+ Cuadr. 1 Afirm./ evolucion.);

6. en medida en que se incrementa el tiempo en que se padece el dolor (periodo de evolución), se incrementa también las respuestas de rechazo o protectoras con extraños (Cuadr. 2 Afirm.), (+ Cuadr. 2 Afirm./ evolucion.);

7. sin embargo, el índice parece guardar una relación inversa con el déficit asertivo en las respuestas de rechazo o protectoras con extraños y conocidos así como los de aproximación social y peticiones con amigos y/o relaciones íntimas, (- Cuadr. 2, 3 y 4 Afirm./índice); en medida en que menos se exponen al exterior menor es el índice;

8. la probabilidad de emisión de las respuestas asertivas disminuye a medida que aumenta la evolución o el tiempo en el que se ha padecido el dolor de cabeza crónico, (+ Probl. Resp./evoluc.);

9. la actitud de presentarse favorablemente, de no admitir defectos menores así como la apariencia social, asumir una dependencia social, un convencionalismo (LMMPI) se incrementa al aumentar la intensidad promedio y la intensidad mediana del dolor, (+ LMMPI/int. pro. e int. med.);

10. la percepción de los propios recursos para resolver los problemas y el concepto de sí mismo (K-MMPI) se ven disminuidos en medida en que aumenta la intensidad máxima, (-KMMPI/ int. máx.);

11. al aumentar la duración, es decir, el número de horas que se padece el dolor de cabeza y el índice de éste, se incrementa también la preocupación por la salud física, el cuerpo y los temores sobre la enfermedad, la tendencias a somatizar los conflictos emocionales (1Hs), (+ 1Hs/durac. e índice);

12. el número de horas en que se padece el dolor aumentan en la medida en que aumenta también la inseguridad, el pesimismo, la baja autoestima, la depresión sintomática, la falta de esperanza, la insatisfacción, la falta de participación (2D), esto es al aumentar la duración del dolor, aumentan también estas características, (+ 2D/duración);

13. al incrementarse la frecuencia y la duración del dolor, se incrementa también la utilización de reacciones histéricas, es decir, las necesidades de afecto y dependencia, ante las situaciones de tensión, la variedad de quejas somáticas y la negación de los problemas psicológicos y emocionales (3Hi), (+ 3Hi/frec. y durac.);

14. en medida en que se incrementa el conformismo ante las reglas sociales, no se dan enfrentamientos ante las figuras autoritarias (4Dp) también aumentan la frecuencia, duración, la intensidad promedio y la intensidad mediana del dolor de cabeza, (- 4Dp/durac., frec., int. prom., int. med.);

15. la defensividad, los sentimientos de persecución, la sensibilidad excesiva sobre las opiniones de los demás, así como las quejas sobre las otras personas (6Pa) se incrementan al incrementarse la intensidad promedio; (- 6Pa/int. prom.);

16. al aumentar la frecuencia y la duración del dolor se incrementa también características como dudas excesivas, las obsesiones y compulsiones, los temores irracionales y la ansiedad así como la duda sobre las propias capacidades (7Pt), (+ 7Pt/frec. y durac.). A poca frecuencia del dolor hay poco contacto con la ansiedad. En medida que empiezan a tomar contacto con la ansiedad la frecuencia del dolor y la duración también aumentan;

17. entre mayor es la tendencia a la fantasía, a la irritabilidad, al mal manejo de los impulsos agresivos negativos, al individualismo, a las respuestas emocionales ambivalentes, al aislamiento social, a las distorsiones de la realidad y la dificultad en el control de los impulsos (8Es) en la misma medida aumenta la frecuencia del dolor, es decir el número de los episodios de dolor (+ 8Es/frec.).

3.1 Relación de las características psicológicas del grupo con dolor de cabeza crónico y sus parámetros de dolor.

Del grupo conformado por los tres diagnósticos aleatoriamente, es decir el grupo con dolor de cabeza crónico se encontraron las siguientes correlaciones significativas con sus parámetros de dolor y/o la edad:

1. el índice de depresión y la sintomatología depresiva se incrementa al aumentar el número de episodios de dolor de cabeza (frecuencia) y las horas con dolor en un bloque de siete días (duración), (+ Beck/frec. y durac.);

2. la cognición sobre la necesidad imperiosa de ser amado y estimado (IBT1) se incrementada al incrementarse la frecuencia del dolor, aunque por otro lado se disminuye al incrementarse la intensidad mediana (+ IBT1/frec. y - IBT1/int. med.). Aquí es importante mencionar respecto a este último aspecto que quizás al aumentar la intensidad aumenta también el aislamiento social y el que esta idea se vea disminuida no implica que la irracionalidad de esta

haya disminuido sino el puntaje bajo en esta puede implicar una negación aparente por no poder tener lo que en realidad se desea o la resignación a no conseguir el afecto.

3. la idea sobre el perfeccionismo, es decir que los individuos deben ser aptos, competentes y eficaces en todos los aspectos de su vida (IBT2) se incrementa al aumentar la frecuencia e intensidad máxima del dolor, (+ IBT2/frec. e int. máx.). Estas ideas perfeccionistas son compensatorias de una baja autoestima.

4. la poca tolerancia a la frustración y que las cosas no suceden como uno quisiera que sucediesen es terrible (IBT4) se incrementa al aumentar los episodios de dolor (frecuencia) y de la misma manera al incrementarse la edad, (+ IBT4/frec. y edad);

5. la anticipación o la preocupación ante lo que podría ser peligroso o temible y pensar en que existe la posibilidad constante de que esto ocurra se incrementa (IBT6) al aumentar los episodios del dolor de cabeza (frecuencia), (+ IBT6/frec.);

6. la idea sobre evitar las responsabilidades y las dificultades en la vida (IBT7) se incrementa al incrementarse también los episodios del dolor (frecuencia) y la intensidad máxima, (+ IBT7/frec. e int. máx.);

7. la idea de la necesidad de depender de los demás y de necesitar de alguien más fuerte (IBT8) se incrementa con la edad de los sujetos migrañosos, (+ IBT8/edad);

8. al aumentar el tiempo en que se padece el dolor de cabeza (periodo de evolución) se disminuye a la vez la cognición de que existe una solución adecuada, precisa y correcta para los problemas (IBT10).(- IBT10/ evolucion.);

9. el deficit asertivo ante las respuestas o peticiones, aproximación social con extraños (Cuad. 1 Afirm.) se incrementa al aumentar la intensidad promedio del dolor, (+ Cuad. 1 Afirm./int. prom.);

10. el deficit asertivo al emitir respuestas de rechazo o protectoras con extraños (Cuad. 2 Afirm.) se incrementa al aumentar el índice del dolor y también la edad, (+ Cuad. 2 Afirm./índice y edad);

11. la probabilidad para emitir las respuestas asertivas se ve disminuida al aumentar la intensidad promedio y máxima del dolor de cabeza, (+ Prob. Resp. Afirm./ int. pro. e int. máx.);

12. la pérdida de la individualidad, la apariencia ante las situaciones sociales, de presentarse favorablemente y de no admitir los errores (LMMPI) se incrementa al aumentar el índice del dolor, (+ LMMPI/índice);

13. el reconocimiento de alguna problemática emocional, la aceptación de conflictos emocionales, la percepción de la problemática y la solicitud de ayuda (FMMPI) se incrementa cuando aumentan el número de los episodios del dolor (frecuencia), (+FMMPI/frec.);

14. al aumentar la frecuencia del dolor, es decir, el número de episodios del dolor, se incrementa la preocupación por la salud física, el cuerpo y los temores por enfermedad, la somatización de los conflictos emocionales (1Hs), (+ 1Hs/frec.);

15. la baja autoestima, la depresión sintomática, la falta de satisfacción, esperanza y participación así como el pesimismo (2D) se incrementan al aumentar la frecuencia, la duración y el índice del dolor, (+ 2D/frec., durac. e índice);

16. la necesidad de afecto y dependencia la utilización de las reacciones histéricas ante las situaciones de tensión, la variedad de quejas somáticas y la negación de los problemas psicológicos y emocionales (3Hi) se incrementa al aumentar la frecuencia del dolor, (+ 3Hi/frec.);

17. el conformismo, el seguimiento de las reglas sociales y la falta de rebeldía (4Dp), se incrementan en medida en que se incrementa también la duración, el índice, la intensidad máxima del dolor y la edad de los sujetos con dolor de cabeza crónico, (- 4Dp/durac., índice, int. máx. y edad);

18. las tendencias al masoquismo, la pasividad, la sumisión, la lástima de sí mismo, la duda de las propias capacidades, la sensibilidad y las quejas (5Mf) se incrementan con la edad en los sujetos con dolor de cabeza crónico, (- 5Mf/edad);

19. al aumentar el número de episodios con dolor de cabeza (frecuencia) se incrementa la sensibilidad hacia la opinión de los demás, las actitudes rígidas, quejas de otros y las ideas de referencia (6Pa), (+6Pa/frec.);

20. las ideas compulsivas y obsesivas, los temores irracionales, la ansiedad y la duda sobre la propia capacidad (7Pt) se incrementa en medida en que aumenta la frecuencia del dolor, (+7Pt/frec.)

21. al aumentar la frecuencia del dolor se incrementan también las respuestas emocionales ambivalentes, la conducta aislada, las relaciones familiares deficientes, las preocupaciones sexuales y la dificultad del control de impulsos agresivos (8Es), (+8Es/frec.);

22. en medida en que disminuye el humor, la actividad motora y en general la energía vital (9Ma) aumentan el periodo de evolución del dolor y la intensidad mediana de este, (-9Ma/evol. e int. med.);

23. las conductas de contacto social, de interacción e interés por las actividades sociales se ven disminuidas, la sensación de comodidad y la competencia social (0Is) en medida en que aumentan el periodo de evolución, frecuencia, duración, índice e intensidad máxima del dolor de cabeza, (+0Is/evol.,frec.,durac.,indice,int.máx.).

4. Contenido cualitativo de depresión, temores, ideas irracionales y afirmatividad para cada grupo diagnóstico (tensionales, mixtos y migrañosos).

Finalmente respecto al análisis cualitativo de los reactivos de cada instrumento se encontraron algunos contenidos importantes tanto para cada diagnóstico como para los sufridores de dolor de cabeza en general.

4.1. Inventario de Depresión de Beck.

Es importante mencionar primero aquellos reactivos donde no hubo diferencias entre los grupos dado sus diagnósticos, pero que el porcentaje de ocurrencia fue del 60% por lo menos en dos de los grupos y que estos no difirieron significativamente del tercero.

- a) Falta de satisfacción (D), es decir "no disfrutan de las cosas en la misma forma que antes"
- b) Autoacusaciones (H), "se critican mucho a sí mismos por sus debilidades o sus errores"
- c) Irritabilidad (K), "ahora se molestan o se irritan más fácilmente que antes"
- d) Perturbaciones del sueño (P), "ahora despiertan más cansados que antes"
- e) Preocupación somática (T), "se preocupan por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable"

Se puede decir que éstos son un contenido importante para los sujetos que padecen dolor de cabeza crónico y que no difiere entre los diagnósticos. Estas características comparadas con el grupo control podrían resultar relevantes, aunque en la presente investigación no se hizo dicha comparación. Respecto a la irritabilidad, es importante mencionar que el grupo control también obtuvo un porcentaje importante en este contenido.

Se encontraron contenidos que definieron claramente de los sujetos con cefalea mixta, esto es que obtuvieron porcentajes significativamente mayores en comparación con los tensionales y migrañosos, mientras que estos dos últimos no difirieron entre sí. Los contenidos en que difirieron los mixtos fueron:

- a) Sentimientos de culpa (E), es decir, "se sienten malos e indignos una buena parte del tiempo"
- b) Inhibición en el trabajo (O), "no trabajan tan bien como lo acostumbraban"
- c) Imagen Corporal (N), "les preocupa que parezcan viejos o poco atractivos"
- d) Fatigabilidad (Q), "se cansan más fácilmente que antes"

Por otra parte resultaron contenidos donde tanto los **tensionales** como los **míxtos** difirieron significativamente respecto a los **migrañosos**, con porcentajes más grandes, los **tensionales** y los **míxtos** presentaron la misma proporción:

- a) **Pesimismo (B)**, "se sienten desalentados con respecto al futuro"
- b) **Brotos de llanto (J)**, "ahora lloran más de lo que acostumbraban"
- c) **Pérdida del apetito (R)**, "su apetito no es tan bueno como antes"
- d) **Estado de animo (A)**, "se sienten tristes y melancólicos"
- e) **Aislamiento social (L)**, "se sienten menos interesados en otras personas de lo que era usual".

Por otro lado los contenidos que resultaron significativamente más altos tanto para **tensionales** como para los **migrañosos** en comparación con los **míxtos**:

- a) **Deseos autopunitivos (I)**, "han pensado en dañarse a sí mismo pero no lo llevaría acabo"

Es importante hacer la observación que aunque no se llevó acabo la comparación estadística con respecto al grupo control, al parecer el porcentaje de respuestas en los reactivos de **Autoacusaciones** "se critican mucho así mismos por sus debilidades o sus errores" y el de **Irritabilidad** "ahora se molesta o irritan más fácilmente que antes", los porcentajes para el grupo control son mayores al 50%.

4.2. Inventario de Temores

Los temores que no difirieron significativamente entre los grupos diagnósticos pero que fueron elegidos por más del 60% de estos fueron los siguientes:

- a) **Mirar hacia abajo desde edificios altos (r. 19)**
- b) **Perder el control (r. 79)**
- c) **Convertirse en enfermo mental (r. 84)**

Se puede afirmar que estos temores caracterizan a los sujetos con dolor de cabeza crónico sin importar el diagnóstico.

Los temores que caracterizaron a los sujetos mixtos, es decir, que resultaron significativamente mayores respecto a los otros dos diagnósticos fueron:

- a) Multitudes (r. 34)
- b) Espacios largos y abiertos (r. 35)
- c) Ser responsabilizado para tomar decisiones (r. 82)
- d) Hablar en público (r. 7)
- e) Perspectiva de ser operado (r. 61)

Los temores que resultaron significativamente mayores tanto para tensionales y migrañosos respecto a los mixtos fueron:

- a) Ser embromado e importunado (r. 12)
- b) Truenos (r. 14)
- c) Animales muertos (r. 42)
- d) Cometer errores (r. 76)

Los temores que resultaron significativamente mayores tanto para tensionales como para mixtos respecto a los migrañosos fueron:

- a) Estar solo (r. 3)
- b) Estar en un lugar extraño (r. 4)
- c) Caer (r. 10)
- d) Automóviles (r. 11)
- e) Voces altas (r. 5)
- f) Sangre humana (r. 57)

Los temores que resultaron significativamente mayores tanto para los mixtos como para los migrañosos:

- a) Dentistas (r. 13)
- b) Desmayarse (r. 80)

c) Sentirse diferente a otros (r. 89)

Los temores significativamente mayores unicamente para los tensionales fueron:

a) Sentirse desaprobado (r. 65)

b) Serpientes inofensivas (r. 66)

c) Cementerios (r. 67)

Por último el temor que resultó diferente entre los tres diagnósticos fue el "Silencio en la conversación" el temor es mayor para los migrañosos, seguido por los tensionales y finalmente por los mixtos. Aquí es importante mencionar que ninguno de los mixtos eligió el reativo.

En este instrumento hay que observar que las frecuencias con que se eligieron cada reactivo fueron bajas, aunque se encontraron diferencias estadísticas. Por otra parte los porcentajes del grupo control fueron bajos, aunque en algunos a casos los porcentajes resultaron muy similares a algun grupo cefaléico.

4.3. Inventario de Ideas Irracionales (IBT)

En este instrumento, los reactivos deben ser interpretados en forma irracional mencionado por Jones (1961) y no leer literalmente la oración, para comprender el contenido de estos se colocó una (A) acuerdo y una (D) desacuerdo, que es como respondieron los cefaléicos.

Los reactivos que no difirieron estadísticamente entre los diagnósticos pero cuyo porcentaje es mayor al 60% fueron:

- (1) Es importante para mí que otros me apruchen (A)
- (21) Quiero que todos me estimen (A)
- (2) Odio fracasar en algo (A)
- (42) Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago (A)
- (72) Me molesta muchísimo cometer errores (A)

- (82) Frecuentemente me irrito por pequeñeces (A)
- (92) Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien (A)
- (13) Muchas personas malvadas escapan del castigo que se merecen (A)
- (63) Todos son prácticamente buenos (D)
- (73) Es injusto que "paguen justos por pecadores" (A)
- (34) Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan (A)
- (54) Si las cosas me molestan las ignoro (A)
- (6) Tengo miedo de algunas cosas que amenudo me molestan (A)
- (26) No puedo olvidarme de mis preocupaciones (A)
- (66) Me preocupo demasiado por cosas futuras (A)
- (76) Algunas veces no puedo eliminar mis temores (A)
- (96) Frecuentemente me descubro planeando lo que hare en ciertas situaciones de peligro (A)
- (7) Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes (A)
- (47) La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras (A)
- (67) Me es difícil hacer tareas desagradables (A)
- (38) Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho (A)
- (78) Es fácil buscar consejo (A)
- (49) Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser (A)
- (10) Siempre hay una forma correcta de hacer cualquier cosa (A)
- (90) Siento que debería manejar las cosas en forma correcta (A)
- (100) No hay nada mejor que un conjunto ideal de circunstancias (A)

Se podría decir que estas son las ideas características de los sujetos con dolor de cabeza crónico sin importar el diagnóstico. Aunque sería conveniente observar que casi la totalidad de la muestra de tensionales marcó los reactivos:

- (34) Me molesto frecuentemente por situaciones que no me agradan 90.9%
- (76) Algunas veces no puedo eliminar mis temores, 95.4%
- (90) Siento que debería manejar las cosas en forma correcta 90.9%

De la misma manera casi toda la muestra de migrañosos marcaron:

- (10) Siempre hay una forma correcta de hacer las cosas, 93.7%

Aunque el contenido de "es injusto que paguen justos por pecadores" es alto para los cefaléicos también lo es para los del grupo control, igual sucedió con "frecuentemente me descubrió planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro".

El reactivo (78) "es fácil buscar consejo", 70%, resultó mayor para el grupo control que para los grupos con dolor de cabeza.

Los reactivos que resultaron significativamente mayores para los migrañosos y tensionales con respecto a los mixtos fueron:

- (93) Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo (D)
- (4) Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede (D)
- (14) Las frustraciones no me molestan (D)
- (75) La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida (D)
- (36) Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso (D)
- (56) Rara vez me preocupo por el futuro (D)
- (37) Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo (D)
- (18) Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes (A)

Los reactivos que resultaron significativamente mayores para los mixtos y los migrañosos respecto a los tensionales fueron:

- (12) Evito las cosas que no puedo hacer bien (A)
- (71) A menudo me preocupo por que tanto me aprueba o desaprueba la gente (A)
- (81) Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí (A)
- (83) Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad (A)
- (45) Una persona no esta triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así (D)
- (55) Mientras más problemas se tengan menos feliz será uno (A)
- (84) Me disgusta la responsabilidad (A)
- (89) En el fondo la gente nunca cambia (A).

Los reactivos que resultaron significativamente mayores para los tensionales y los mixtos con respecto a los migrañosos fueron:

- (91) Es molesto ser criticado pero no es catastrófico (D)
- (32) Me gusta triunfar en algo pero no siento que sea necesario (D)
- (65) Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de como se interprete el meno (D)
- (17) Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se presentan (D)
- (27) Evito enfrentar mis problemas (A)
- (29) Si algo afecto fuertemente mi vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro (D)
- (99) Yo no miro al pasado con remordimientos (D)
- (40) Siempre tendremos algunos problemas (D)

(50) Cada problema tiene una solución perfecta (A)

Los migrañosos resultaron significativamente más altos con respecto a los dos diagnósticos restantes en :

(24) Las cosas deberían ser mejores de como son (A)

(44) Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten (D)

(52) Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importar si soy bueno en ellas (D)

Los mixtos resultaron significativamente más altos que los otros dos diagnósticos en:

(41) Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío (D)

(61) Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí (D)

(69) Somos esclavos de nuestra historia personal (A)

(94) Rara vez me trastornan los errores de los otros (D)

4.4. Inventario de Afirmatividad (aserción)

Respecto al grado de incomodidad evaluado en "mucha incomodidad" y "demasiada incomodidad" en las situaciones donde es necesaria la conducta asertiva con los conocidos se encontraron los siguientes contenidos:

En los mixtos es significativamente mayor el grado de incomodidad con respecto a los otros dos diagnósticos en:

(2) Elogiar un amigo

(9) Preguntar al tener una duda

(29) Aceptar una cita

(16) Elogiar a una persona que a ud. le interesa sentimentalmente

(28) Decirle a una persona lo injusta que ha sido

(39) Decirle a un compañero o amigo de trabajo que ha dicho algo que a ud. le molesta

Para los tensionales el grado de incomodidad es significativamente mayor en:

(37) Aceptar cumplidos y elogios

Para los mixtos y migrañosos es significativamente mayor el grado de incomodidad en:

(17) Pedir una reunión o cita a alguien

(19) Aceptar o pedir aclaraciones sobre algo que no ha entendido

Para los mixtos y tensionales el grado de incomodidad es significativamente mayor en:

(5) Rechazar una invitación a una reunión

(32) Resistir una petición injusta de alguien a quien ud. estima

(27) Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se está interesado.

Los contenidos relevantes respecto al grado de incomodidad evaluada en mucha y demasiada incomodidad ante las respuestas asertivas con extraños fueron las siguientes:

En este rubro se encontraron cuatro reactivos en los cuales los diagnósticos no difirieron estadísticamente pero en los cuales respondieron más del 60% de la muestra:

(14) Pedir un favor a alguien

(18) Si una petición inicial suya es rechazada, volver a pedirla

(27) Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se esta interesado

(40) Pedir a una persona que le molesta en una situación pública que deje de hacerlo

Los mixtos mostraron un grado significativamente mayor de incomodidad que los migrañosos y tensionales en:

(14) Pedir una crítica constructiva

(20) Solicitar un empleo

Tanto los tensionales como los mixtos mostraron un grado significativamente mayor que los migrañosos en :

- (5) Rechazar una invitación a una reunión
- (6) Disculparse cuando se está en un error
- (10) Admitir ignorancia en una área
- (22) Decir a una persona lo que necesita de ella
- (31) Rechazar la insistencia para beber
- (35) Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo
- (36) Solicitar el regreso de alguna cosa que prestó
- (38) Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo
- (19) Aceptar y pedir aclaración sobre algo que no se ha entendido
- (29) Aceptar una cita

Los mixtos y los migrañosos presentaron un grado mayor de incomodidad que los tensionales en:

- (23) Pedir el servicio esperado cuando este no llega

Los contenidos que a continuación se mencionan corresponden a aquellos donde la probabilidad para ejecutar la conducta fue baja ya que se tomaron en cuenta las opciones de "De vez en cuando lo hago" y "Nunca lo hago".

Los reactivos de baja probabilidad de la respuesta para las respuestas con conocidos fue:

Se mencionan primero aquellos contenidos en los que no hubo diferencias entre los diagnósticos pero que fueron elegidos por lo menos por el 60% de la muestra y que se puede decir que caracterizan a los sufridores de dolor de cabeza crónico:

- (2) Elogiar a un amigo
- (4) Pedir un favor a alguien

Tanto los tensionales como los mixtos mostraron un grado significativamente mayor que los migrañosos en :

- (5) Rechazar una invitación a una reunión
- (6) Disculparse cuando se esta en un error
- (10) Admitir ignorancia en una área
- (22) Decir a una persona lo que necesita de ella
- (31) Rechazar la insistencia para beber
- (35) Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo
- (36) Solicitar el regreso de alguna cosa que prestó
- (38) Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo
- (19) Aceptar y pedir aclaración sobre algo que no se ha entendido
- (29) Aceptar una cita

Los mixtos y los migrañosos presentaron un grado mayor de incomodidad que los tensionales en:

- (23) Pedir el servicio esperado cuando este no llega

Los contenidos que a continuación se mencionan corresponden a aquellos donde la probabilidad para ejecutar la conducta fue baja ya que se tomaron en cuenta las opciones de "De vez en cuando lo hago" y "Nunca lo hago".

Los reactivos de baja probabilidad de la respuesta para las respuestas con conocidos fue:

Se mencionan primero aquellos contenidos en los que no hubo diferencias entre los diagnósticos pero que fueron elegidos por lo menos por el 60% de la muestra y que se puede decir que caracterizan a los sufridores de dolor de cabeza crónico:

- (2) Elogiar a un amigo
- (4) Pedir un favor a alguien

- (5) Rechazar una invitación a una reunión
- (12) Preguntar cosas íntimas
- (13) Callar a un amigo hablantín
- (18) Si una petición inicial suya es rechazada, volver a pedir
- (22) Pedir a una persona lo que ud. necesita de ella
- (33) Dejar un trabajo
- (38) Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo
- (8) Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a ud. le molesta.

Aunque es importante mencionar que en el reactivo 2 y 12 el grupo control también obtuvo el 60%.

Los mixtos y migrañosos presentan una mayor improbabilidad de emitir las respuestas asertivas que los tensionales en:

- (20) Solicitar un empleo
- (19) Aceptar y pedir aclaración sobre algo que no se ha entendido
- (40) Pedir a una persona que le molesta en una situación pública que deje de hacerlo

Los mixtos y tensionales presentan una mayor improbabilidad de emitir las respuestas asertivas que los migrañosos en :

- (1) Rechazar la petición de prestar su automóvil
- (17) Pedir una reunión o cita a alguien
- (31) Rechazar la insistencia para beber

Los migrañosos presentan una baja probabilidad significativamente de emitir las respuestas asertivas que los dos diagnósticos en:

- (11) Rechazar una petición para prestar dinero
- (3) Decir no a un vendedor insistente.

Los mixtos estadísticamente presentan una baja probabilidad de emitir respuestas asertivas en:

- (32) Resistir una petición injusta de alguien a quien ud. estima
- (39) Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha dicho o hecho algo que a ud. le molesta
- (34) Resistir la insistencia para cambiar su opinión

Finalmente en el rubro de la probabilidad de respuesta ante los extraños se encontró un número mayor de reactivos en los cuales los grupos diagnósticos no difirieron significativamente entre sí, pero donde por lo menos el 60% de la muestra eligió el reactivo, estos fueron:

- (4) Pedir un favor a alguien
- (7) Pedir comprensión cuando se tiene miedo
- (9) Preguntar al tener una duda
- (14) Pedir una crítica constructiva
- (15) Iniciar una conversación con extraños
- (17) Pedir una reunión o cita con alguien
- (18) Si una petición inicial suya es rechazada, volver a pedir
- (20) Solicitar empleo
- (21) Preguntar si se ha ofendido a alguien
- (24) Discutir abiertamente las críticas que le hagan a su conducta
- (28) Decirle a una persona lo injusta que ha sido
- (29) Aceptar una cita
- (33) Dejar un trabajo
- (34) Resistir la insistencia para cambiar su opinión
- (35) Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo

- (37) Aceptar cumplidos y elogios
- (38) Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo
- (40) Pedir a una persona que lo molesta en una situación pública que deje de hacerlo.

Aunque respecto a estos reactivos se puede decir que son característicos de los sujetos que padecen dolor de cabeza crónico, es importante notar que algunos reactivos como el 4, 7, 14, 15, 17, 18, 24, 29 y 38 el grupo control presenta también un porcentaje mayor del 60%

Por otra parte, los mixtos y tensionales presentan una menor probabilidad de emitir la respuesta asertiva que los migrañosos en:

- (26) Expresar su desacuerdo con quien se habla.
- (22) Pedir a una persona lo que ud. necesita de ella
- (31) Rechazar la insistencia para beber.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

A través de la revisión de las diversas investigaciones sobre las características psicológicas del sufridor de dolor de cabeza crónico hay algunas observaciones importantes que hacer.

La primera es que se ha considerado únicamente la significancia estadística de las características psicológicas medidas a través de una serie de métodos estadísticos para señalar las posibles diferencias de los cefaléicos con un grupo control o de las diferencias entre los diversos diagnósticos, esto en investigaciones como la de Arena et al (1986) y Passchier et al.(1984), por mencionar algunas. En estas investigaciones no se ha tomado en cuenta el contenido de los instrumentos en forma específica.

La segunda observación se refiere a que no se define bajo que circunstancias o medidas psicológicas se considera un mayor trastorno o disturbio psicológico, en investigaciones como la de Dieter et al. (1988) y Blanchard et al. (1985), donde los puntajes mayores son tomados como indicativos directos de un mayor deterioro psicológico, (no tomando en cuenta que en ciertas medidas psicológicas un puntaje alto está indicando un buen pronóstico al tratamiento, una actitud de cambio y una aceptación de las variables psicológicas que están originando la problemática). La tercera observación es que en muy pocos estudios se toma en cuenta el enfoque clínico, es decir, se tiende a seccionar los eventos psicológicos. No se tomo en cuenta, que el dolor de cabeza crónico es un complejo de eventos cognitivos, emocionales y fisiológicos, que la convierten en toda una entidad clínica cuyo estudio se vuelve complejo; se ha propuesto en algunas investigaciones verla únicamente desde los eventos cognitivos o emocionales sin considerar los sucesos somáticos como lo ha sugerido Dieter y Swerdlow (1988). Esto significa dejar de lado variables importantes que forman parte de este trastorno.

Por tanto, la interpretación e integración de resultados, discusión y conclusiones de la presente investigación se realizó bajo un enfoque integral, es decir tomando en cuenta los siguientes criterios:

- 1.- Criterio estadístico
- 2.- Criterio clínico
- 3.- Criterio holístico (enfoque global).

El primero se refiere a los resultados encontrados a través del análisis estadístico de los puntajes obtenidos en los instrumentos, lo que se refieren más bien a un enfoque experimentalista; el segundo trata de integrar aquellos aspectos psicopatológicos detectados en los instrumentos; y el tercero es con la finalidad de aportar un enfoque holístico de las características psicológicas del sufridor de dolor de cabeza crónico, sea como un grupo homogéneo o por grupo diagnóstico, a través de la utilización del contenido de instrumentos psicológicos y la integración de los dos criterios anteriores. Aun cuando algunas de las conclusiones parezcan que están basadas en uno sólo de los criterios esto sólo sirvió como punto de partida.

Esto es una aportación de la presente investigación ya que por lo general solo se ha recurrido a alguno de los criterios anteriores dejando de lado alguno de ellos aportado así sólo conclusiones limitadas.

Respecto al presente trabajo, la muestra de los sujetos que padecen dolor de cabeza crónico se caracterizó por ser mujeres entre 30 y 35 años de edad, casadas, con un nivel de escolaridad de primaria y que se dedicadas al hogar.

Los grupos no difirieron respecto a la edad, pero si a la escolaridad y el estado civil. Los cefálicos presentaron un nivel de escolaridad inferior (primaria) en comparación al de bachillerato de los sujetos control. De la misma manera, los cefálicos en su mayoría se reportaron como estar casados mientras que los controles se reportaron como solteros.

Esto es una limitante para la generalización de los resultados obtenidos en la presente investigación. A pesar de que en el procedimiento se trató de controlar estas variables desafortunadamente pocas veces se dispone con sujetos que deseen participar voluntariamente en esta clase de investigación que pudieran ser captados como una población control diferente a la

de la presente investigación. Dado que estas variables no pudieron ser controladas se sugiere que para futuras investigaciones se aparezcan y controlen más estrictamente.

Respecto a los resultados obtenidos, estadísticamente los tres diagnósticos de cefalea crónica, tensional, mixta y migrañosa sólo difirieron en la incomodidad para emitir respuestas asertivas.

Los tensionales y los mixtos tienen un mayor contacto interpersonal, una mayor capacidad de reconocer y aceptar sus dificultades emocionales, de alguna manera llevan al cabo conductas asertivas aunque con algún grado de ansiedad. Los mixtos y tensionales tienen la capacidad para reconocer ansiedad y pueden establecer contacto con afectos displacenteros en comparación con los migrañosos. Los mixtos por su parte tienden a exagerar su problemática como una forma de pedir ayuda, lo cual queda confirmado por la configuración del perfil de las escalas de control (L, F, K); no así en los tensionales que aunque también presentan una configuración de "solicitud de ayuda" (Rivera, 1987p. 26), no se ven en la necesidad de exagerar una problemática.

Por otro lado y basados únicamente en el criterio clínico, los migrañosos presentan también un pico de ayuda sin exagerar dentro de los límites esperados, lo que indica que también se presentan con problemas psicológicos pero con una menor capacidad para reconocerlos y aceptarlos. Esta actitud de los migrañosos hacia los conflictos psicológicos, su negación, su falta de elasticidad, resistencia y negación del afecto ya había sido mencionada por Wolff (1959 cit. por Passchier, 1981), por Diez (1975) y Featherstone et al. (1984).

Los tensionales tienen una mayor tendencia a la fantasía compensatoria con una mayor dificultad para canalizar el enojo y por ende relaciones inadecuadas. Los migrañosos no presentan estas características sino que tienen una menor capacidad para reconocer dificultades interpersonales porque su situación es más estática, con un período de evolución mayor con respecto a los otros grupos mixtos y tensionales que no presentan un deterioro tan crónico, aunque estos últimos muestran que están haciendo esfuerzos para adaptarse a sus condiciones y si resienten las dificultades que esto les conlleva. Otra limitante de la presente investigación fue en la comparación con el grupo control y los diferentes grupos diagnósticos o con el grupo con

dolor de cabeza crónico, ya que resultaron ser diferentes en cuanto al estado civil y la escolaridad. Esto implica una serie de variables que afectan a uno y otro grupo y que limitan las conclusiones. El estado civil que fue una variable en la que difirieron y donde se encontró que el mayor número de cefaléicos están casados, es importante para Featherstone et al.(1984), quien indicó que en los hombres migrañosos el estar casados era un estresor más que se aunaba a una serie de características como la inseguridad, el rol de las ganancias secundarias, la tendencia a negar sus problemas emocionales, la inflexibilidad y el resentimiento. Aunque esta investigación la cantidad de hombres fue mínima, hay características en las mujeres que conformaron la muestra que concuerdan con lo planteado por este autor.

De la misma manera la escolaridad fue mayor para el grupo de control que para los cefaléicos, esto haría suponer que poseen otra serie de recursos para enfrentar ciertas situaciones problemáticas y por tanto los cefaléicos podrían parecer con menos recursos.

Los tres grupos diagnósticos (tensionales, mixtos y migrañosos) y el grupo con dolor de cabeza crónico al compararlos con el control se mostraron más deprimidos. La depresión ha sido un problema que caracteriza a los sufridores de dolor crónico (Blumer, 1982 cit. por Weeb, 1983). Esto ha sido referido también como indefensión aprendida (Skevington, 1982 y 1983 cit. por Weeb, 1983). Al igual que en estudio de Rodríguez (1992), no hubo diferencias estadísticas entre los diagnósticos en cuanto al nivel depresivo. Lo cual se contrapone al estudio de Blanchard y Andrasik (1990) quienes señalaron que los sujetos con cefalea tensional serían aquellos que presentarían un mayor deterioro, por el número de días que presentan el dolor. Aunque no se especifica, lo que se entiende por deterioro psicológico, siguiendo esta línea, era de esperarse que este grupo se mostrara más deprimido.

La depresión también se presentó en los cefaléicos crónicos independientemente de su diagnóstico de la presente muestra, lo que se corrobora con otras investigaciones como Crisp et al 1977 y Gionatti et al., 1972(cits. por Ziegler,1979); Ramos, 1989 y Palacios et al., 1987.

Al comparar cada uno de los grupos diagnósticos con el grupo control se pudo observar que los tres grupos presentan una anticipación disfuncional al futuro, es decir, no tienen tolerancia a la duda ni a la incertidumbre, esto los lleva a desarrollar una estructura de

pensamiento disfuncional anticipatoria, que podría decir que están continuamente "curándose en salud".

Esta anticipación disfuncional ya había sido planteada por Kerejarto (1978) como unos de los múltiples factores que estarían determinando los trastornos psicómáticos. Los factores que favorecen el origen de los trastornos psicómáticos son:

1.- Factores de personalidad:

- a) predisposición a la neurosis
- b) introversión
- c) escasa capacidad, duda y falta de claridad para tolerar
- d) tendencia a observar las propias reacciones fisiológicas
- e) participación del yo
- f) escasa capacidad para la adaptación y habituación
- g) tendencia a la reacción específica individual
- h) escasa habituación a nuevos estímulos

2.- Factores de elaboración

- a) tendencia a rechazar
- b) tendencia a anticiparse a sucesos desagradables
- c) tendencia a no canalizar el enojo hacia afuera ("angerout"), sino hacia adentro ("angerin")

3.- Factores ambientales

- a) número y clase de crisis vitales
- b) frecuencia del cambio de condiciones vitales externas
- c) deficiente contacto social
- d) privación precoz en la infancia y/ o superestimulación

c) ambiente negativo por ejemplo calor, vivir o trabajar en grupos demasiado grandes ("crowding"). (Kerenjarto, 1978, p. 47).

Por otra parte, los tres grupos presentaron también una dificultad para postergar. De acuerdo a Jones (1968) esta postergación hace referencia a un hedonismo de corto alcance. Sin embargo, en este caso y dado el enfoque integral esta dificultad para afrontar las responsabilidades por parte de los cefaléicos es más bien una postergación por lo que de ansiedad y amenazante tienen estas. No sienten tener los suficientes recursos psicológicos para responsabilizarse y tomar decisiones. En este punto sería importante una integración con las historias clínicas de estos sujetos. El estudio de Palacios (1993, en prensa) confirmó esta postura al indicar a través de análisis de las historias clínicas donde no hay una orientación hacia el placer, presentan un inadecuado manejo del tiempo libre, se orientan más hacia actividades y obligaciones. De la misma manera Anderson y Franks (1981, cit. por Passchier et al., 1984) indicaron una alta motivación al desempeño, miedo a fallar y ansiedad debilitante en la ejecución de las tareas en este tipo de pacientes.

Se sugiere que en estudios posteriores se realice una correlación entre la escala 7 del IBT y la escala K del MMPI para verificar estas aseveraciones, así como darle relevancia al enfoque clínico apoyándose no sólo en los datos que un instrumento pueda aportar sino basarse en toda una serie de datos y antecedentes del paciente a través de la historia clínica.

Al comparar estos diagnósticos con el grupo control, los sujetos con cefalea mixta fueron los únicos que establecieron una relación clara entre la situación actual y la pasada con una aparente actitud desfavorable al cambio. Se menciona que es aparente ya que en estos casos los puntajes altos no indican mayor deterioro por el contrario, como ya se mencionó antes este grupo tiene una mayor conciencia de su situación de problemática emocional. Esta escala indica más bien que hay una mayor conciencia de relacionar los aspectos negativos con la situación actual. En este grupo es más claro su necesidad de búsqueda de afecto, aun buscan y esperan el afecto son receptivos reconociendo esta necesidad a pesar de percibir que no tienen recursos.

Quizá los tensionales y migrañosos, a pesar de que no difirieren del grupo control en la necesidad de afecto, estaría indicando que los migrañosos no buscan afecto por un periodo de

evolución del dolor mayor, el sujeto está resignado y no hace nada por buscar la atención y el afecto de los demás por indefensión aprendida o por un problema de autoeficacia (Seligman 1975).

En estas comparaciones los migrañosos fueron los únicos que disfrutaron de los control respecto a la poca tolerancia a la frustración, una menor tolerancia con una actitud exigente, absolutista, caracterizada por los deberías y/o tendrías hacia el mundo y las personas. Lo cual implica su dificultad para aceptar la realidad, (Ellis y Grieger, 1967). Esta poca tolerancia, en sí misma genera enojo e implica que todo aquello indeseable o molesto lo viven como terrible y catastrófico. Estas actitudes de los migrañosos ya habían sido señaladas por Wolff en 1959 (cit. por Passchier et. al., 1984) y Diez en 1975.

Respecto a la afirmatividad (aserción) es una área importante en la población de los cefaléicos, dado que se encontró un déficit generalizado de esta área, que es una de las habilidades sociales con respecto al grupo control.

Esto indica que este tipo de pacientes con dolor de cabeza crónico como diagnósticos específicos y/o como grupo homogéneo tienen dificultades para acercarse o rechazar a la gente tanto extraños como desconocidos, sea para expresar su opinión, afectos, derechos, marcar límites a la gente, etc. Estos resultados se ven apoyados por Eker Khouri-Haddad (1987) quien señaló la falta de asertividad de estos pacientes por la duda en sí mismos, ya que confunden la aserción con la agresión y temen herir los sentimientos de otros.

Esta falta de aserción implica que adolecen de un repertorio de conductas o habilidades que en sí mismas son recursos para enfrentar situaciones sociales y estresantes, por un lado, pero también carecen de habilidades que son recursos para enfrentar otras situaciones estresantes de carácter no interpersonal.

Cabe señalar por otra parte, que el hecho de que los migrañosos no hayan diferido de los control en la aproximación con extraños y en el parámetro de incomodidad, no significa necesariamente que estén mejores en esas áreas asertivas, sino más bien reflejan su tendencia a aislarse de la gente. Se puede considerar un rasgo estructural y crónico y como se indicará posteriormente a través de otros análisis se sienten mejor cuando están solos. Esto porque en el

inventario de temores el 0% marcó de este grupo marcó el miedo a estar solos; no les interesa exponerse, son sedentarios, aislados con poca capacidad de reconocer afectos displacenteros.

Respecto al inventario de temores se supone que a mayor número de temores la persona está neurotizando. En este, los migrañosos presentan el mismo número de temores que los sujetos control, lo que no implica que estén mejor que los otros dos diagnósticos. Esto es más bien porque no se exponen a las contingencias ambientales donde se encuentran los elementos amenazantes y atemorizantes. Por otra parte los mixtos y tensionales continúan en contacto con el medio, aun cuando no tienen recursos y perciben los temores con la capacidad de percibirlos e identificarlos.

Por otra parte, respecto al inventario del MMPI cabe aclarar que a diferencia de otros estudios como el de Andrasik et al. (1988), donde únicamente se llevó el análisis por las escalas y bajo un enfoque estadístico, en esta investigación a parte de realizar este análisis se hizo también bajo un enfoque clínico de acuerdo a la configuración del perfil de cada grupo y sus combinaciones.

Cabe señalar que el análisis estadístico se realizó con la puntuación natural de cada escala, esta fue una limitante para este análisis ya que de esta forma sólo algunas escalas resultaron significativas cuando se compararon los tres grupos mediante Kruskal-Wallis, mientras que cuando se trazó el perfil se puede observar algunas diferencias importantes al convertirse en puntuaciones T. Por lo que se sugiere que en posteriores investigaciones se realicen ambos análisis para descartar el posible error o acierto de esta investigación o que se lleve al cabo un replica de este estudio pero ahora hacer el análisis con puntuación T, para detectar otras posibles diferencias que no se encontraron en este estudio.

Los tres diagnósticos difirieron en la escala K respecto al control, esto significa "que se sienten con menor número de recursos psicológicos y un autoconcepto pobre" (Núñez, 1991 p. 58). La baja autoestima y el pobre autoconcepto se ha señalado ya como una característica importante del sufridor del dolor de cabeza crónico (Elton et al., 1978). Sin embargo los migrañosos clínicamente presentan una menor capacidad de insight, de darse cuenta de la pobreza en el manejo para mantenerse y manejarse en situaciones sociales (Núñez, 1991; Graham, 1987 y Rivera, 1987). En general los tres grupos cuentan con pocos recursos, sin embargo es mayor en

los migrañosos quienes sienten que sus mecanismos de defensa no son útiles, se perciben como personas indefensas con una actitud desfavorable hacia sí mismos y con sentimientos de inferioridad. Indica también una debilidad yoica con un miedo a desestructurarse o de "volverse loco". Esto se confirma en el inventario de temores, dado que el reactivo de "miedo de volverse loco" fue cualitativamente significativo, no sólo para los migrañosos sino también para los otros diagnósticos.

Los tres grupos canalizan somáticamente su conflictiva interna, tiene una dificultad para admitir conflictos emocionales, con una excesiva atención al cuerpo y la salud. Posee tendencias narcisistas, es decir, están más atentos de ellos que del medio se sienten insatisfechos, rechazando la idea del factor psicológico como causa de sus problemas. Estas preocupaciones corporales excesivas de los pacientes con dolor crónico ya habían sido mencionadas por Strassberg et al., (1981). Presentan una expresión indirecta de la hostilidad (Núñez, 1991, Graham, 1987 y Rivera, 1987). Dado que la escala 1 (Hs) es mayor que la escala 3 (Hi) en los mixtos y migrañoso de acuerdo a Núñez (1991) tiene una predisposición a los trastornos del aparato digestivo.

De la misma manera los tres grupos difirieron del control en cuanto a la escala de depresión, esto es, presentan una autoestima empobrecida en comparación con el control, tiene sentimientos de inseguridad, pesimismo, molestia por el fracaso y por no lograr las satisfacciones. Respecto al grupo control son más autoexigentes con aspiraciones desproporcionadas a los recursos (Núñez, 1991 y Rivera, 1987). Presentan una necesidad de ser dependientes, esto indica características de necesidades no satisfechas en la infancia ni hasta el momento, esta postura ya había sido establecida por Kererjarto (1978) y Ekker Khouri-Haddad (1987). Son irritables, buscan aprobación social y son dependientes de esta aprobación (Graham, 1987 y Rivera 1987).

De la misma manera, solo los tensionales y mixtos difieren del control mostrando una actitud de desconfianza, resentimiento, sensibilidad en las relaciones interpersonales, adherencia, inflexibilidad, actitudes y tendencias al perfeccionismo. Aunque los migrañosos no son significativos respecto al control, clínicamente, y dado que la escala 6(Pa) se encuentra hacia abajo, se pueden encontrar las mismas características en los migrañosos. Aquí es cuando se vuelve importante el enfoque clínico de lo contrario este dato se perdería.

Los tres grupos diagnósticos difirieron en cuanto al control respecto a su mayor tendencia hacia actitudes rígidas, exigencia con los otros y sus mismos temores, obsesiones, preocupaciones excesivas. Aunque no los expresan porque sienten que no son tomados en cuenta por su falta de recursos.

Es importante mencionar que, clínicamente, los migrañoso están por debajo de los tensionales y mixtos ya que indica una negación de la emoción y la ansiedad y un pronóstico pobre dada la poca motivación al cambio (Rivera 1987). La escala 7(pt) que muestra estos datos requiere de un abordaje clínico y no sólo estadístico.

Finalmente, el único grupo que difiriendo del control en cuanto a la escala 0 (Is) fue el mixto; no hay que dejar de lado que este grupo está exagerando su problemática muestran una mayor tendencia al aislamiento dado que es una escala situacional, este grupo percibe que hay un cambio en su vida, tiene mayor apatía, timidez e inseguridad.

Desde un enfoque clínico y con base a las combinaciones que presentan los perfiles de cada grupo hay características sobresalientes que mencionar.

Dada la combinación 2-8, 4-6 y 5 presente en los tensionales, se puede decir que tienen sentimientos de culpa y minusvalía con tendencia a aislarse del grupo social provocado por los fuertes sentimientos de minusvalía y de sentirse poco merecedora del afecto de los demás, justificándolos inclusive por experiencias reales de humillación y rechazo a través de pensamientos. "El manejo de la agresión se ve más claramente vuelto hacia el propio sujeto ... los elementos autoagresivos se manifiestan a través de sentimientos de minusvalía e inferioridad que aparecen como forma de autodesprecio y pesimismo acerca de las propias capacidades" (Rivera, 1987 p. 78 y 79). Muestra una actitud masoquista y probablemente tengan problemas con la pareja disfuncional, se perciben como víctimas del medio. Poseen un pobre control de sus impulsos, perciben el ambiente social opresivo, utilizan principalmente el mecanismo de proyección con el que elaboran un sentimiento de injusticia a hacia ellos, perciben que los demás están en deuda constante con ellos, hay una inconformidad y resentimiento constante que difícilmente se manifiesta en una conducta abierta" (Rivera, 1987, p-61). La proyección funciona para sobreinterpretar las situaciones de crítica y rechazo, llevándolo a justificar su resentimiento y

posición pasiva, los problemas son en relación de quienes los rodean y no de ellos mismos. "Sus síntomas físicos pueden incluir dolores de cabeza, entre otros" (Graham, 1987 p. 81).

Son inmaduros, narcisistas, pasivos-dependientes, demandan atención, son especialmente rencorosos con la autoridad y pueden ir en su contra (Graham, 1987). Probablemente presentan problemas familiares importantes, si son solteros culpando a los padres y no participan en las responsabilidades familiares.

Este grupo presente un buen pronóstico para el tratamiento dado que las "escalas de sufrimiento" 2-7 están elevadas y moderadamente elevadas, respectivamente. Aunque no reconocen del todo su conflictiva hay un leve reconocimiento cuando responsabilizan al medio dado que la 4 y 9 están altas tiene la energía para buscar la satisfacción de sus necesidades.

Por otro lado los mixtos que presentan la combinación 2-8 con la escala 1 (Hs) alta y la 3(Hi) alta también. Presentan las características similares de los tensionales de sentimientos de la minusvalía y culpa, se sienten poco merecedores del afecto, su agresión esta volcada hacia si mismos. Incrementadas estas características por una marcada inseguridad ante el temor a ser rechazados, presentan también una tendencia al masoquismo aunque su proyección a responsabilizar a otros es menor, ni de culpar a los otros. Presentan una preocupación corporal excesiva son demandantes y críticos con los demás, expresan una hostilidad indirecta e ineficazmente. Por su escala 3(Hi) esperan y demandan la atención y afecto de los demás, "utilizan medios indirectos para obtener atención y afecto" (Graham, 1987 p. 45). Tienen una fuerte dependencia hacia las demás personas con poca tolerancia a la frustración y al rechazo.

Su perfil muestra con claridad su conflictiva, dado la elevación de las escalas 2 y 7 poseen más motivación al cambio y un buen pronóstico al tratamiento. Por su exageración en la configuración del pico de ayuda hay una urgencia del cambio y continúan luchando por satisfacer sus necesidades de afecto y dependencia.

En cambio la combinación de los migrañosos 2-1 da como resultados características cualitativas diferentes para este grupo. Este grupo se resiste a los intentos de explicar sus síntomas en términos de factores emocionales y psicológicos. No tienen un buen pronóstico a la terapia dada la represión y somatización en exceso, se les dificulta aceptar la responsabilidad de su propia conducta en su estilo de vida (Rivera, 1987; Graham, 1987 y Núñez, 1981).

"La somatización es manejada más como una racionalización y como la búsqueda de un mayor tiempo de reacción para enfrentar las situaciones difíciles" (Rivera, 1987 p.54). Muestran una acentuada falta de recursos y de impulsos vitales. Hay poca energía vital para ser utilizada en un cambio. Hay una actitud de insatisfacción con el rol femenino encubierta por una aparente orientación al logro. No muestran una búsqueda de afecto y dependencia, muestran una actitud pasiva. No aceptan ni reconocen la desconfianza que presentan al medio. Sus relaciones son más difíciles, mostrando una importante negación de la ansiedad.

Aun cuando los tensionales y mixtos descargan en mayor medida los impulsos en comparación a los migrañosos, hay tendencias a la fantasía hay una mala canalización del enojo, mientras que los migrañosos son negadores y reprimen sus impulsos hostiles. De la misma manera, Spierling (1975, cit. por Schnard, et al. 1980), indica que el enojo reprimido es pantognómico de los migrañosos. La características del enojo reprimido de los migrañosos se encuentra también en investigaciones como la de Andrasik et al. (1982 cit. por Passicher et al. 1984), el ser más rígidos se planteo en Birhldorff et al. (1971, cit. Passicher et. al., 1984).

Por otra parte, los sufridores de dolor de cabeza como grupo homogéneo sin considerar su diagnóstico y tomando en cuenta las limitaciones, dado que difirieron del grupo control en la escolaridad y el estado civil; se mostraron más deprimidos, tienen una menor tolerancia a la frustración con un locus de control externo un déficit aserivo en todas las áreas medidas por el instrumento y un mayor número de temores, un perfil de solicitud de ayuda, preocupación por la salud y sensaciones corporales, necesidad de afecto y dependencia, rigidez, sensibilidad excesiva a la opinión de los demás y duda sobre la propia capacidad, aislados socialmente, con un pobre manejo de los impulsos agresivos y fantasías compensatorias. La baja tolerancia a la frustración y pasividad encontrada en la muestra de la presente investigación fue también mencionada por Lamprecht, Summer y Overbeck (1977 y 1979 cit. por Zenz, 1983). Su excesiva sensibilidad y ansiedad se describió en la investigación de Eker-Khoury Haddad (1984).

Además, este grupo muestra una llamada de ayuda no poseen los recursos necesarios para hacer frente a los problemas, muestra tendencias a la agresión pasiva, tiende a canalizar somáticamente sus conflictos emocionales con una actitud masoquista, posee tendencias a inculpar

al medio ambiente, su energía vital es pobre, sus intereses reducidos, con poca actividad y tendencias al aislamiento social.

Resumiendo los cefaléicos crónicos se muestran con más conflictos que el grupo control, tanto por diagnósticos, sea tensional, mixto o migrañoso y como grupo homogéneo, esto ya había sido planteado por Williams et al. (1986).

En otro orden de ideas la obtención de las correlaciones tuvo como finalidad verificar la existencia de la relación entre las características psicológicas y los parámetros de dolor, además esto proporcionó un visión más específica de la relación del dolor con las características psicológicas, de la dinámica de cada diagnóstico y se pueden sugerir pautas para el tratamiento, con la idea de romper la relación concomitante entre las variables.

Antes de continuar es importante mencionar que en el presente trabajo se hace un énfasis en las características psicológicas encontradas y que las pautas de tratamiento sugeridas se enfocan básicamente en estas, sin embargo no se descarta la posibilidad de utilizar como apoyo algún tipo de tratamiento psicofisiológico que apoyara al psicológico, ya que se reconoce que el dolor de cabeza es una interacción entre muchos aspectos del paciente que lo padece.

De las correlaciones del grupo con cefalea tensional se detectó una buena correlación de nivel ($p < 0.01$) entre los síntomas depresivos y los episodios del dolor, en medida que aumenta uno se incrementa el otro o disminuye, lo mismo sucede respecto a la intensidad (mediana). Pareciera ser que en estos pacientes hay una inutilidad aprendida, que incrementa su dolor, es decir, sienten que no pueden modificar el medio, entre más aguda es esta sensación el dolor aumenta, o viceversa.

Por otra parte entre más tolerancia hay a la frustración menor es el periodo de evolución o viceversa, a mayor capacidad de tolerar la frustración, el periodo de evolución y la intensidad promedio aumenta. Esta podría ser la causa de que los sujetos se presenten a la atención con un periodo de evolución considerable ya que pierden la capacidad de tomar contacto con los eventos displacenteros aun cuando estos continúan. Esto también implicaría que en medida que pudieran

expresar sus impulsos agresivos y enojo ante aquellas situaciones o cosas que no suceden de acuerdo a sus expectativas, la intensidad del dolor disminuiría y el dolor no se mantendría por tanto tiempo. De la misma manera entre más se acentúan el locus de control interno ilusorio, la intensidad mediana se incrementa y viceversa.

La opción de tratamiento sería enseñar al sujeto a aceptar la frustración. Al parecer lo que agota a los tensionales es vivir en forma amenazante las responsabilidades en función de sentir que no poseen los recursos necesarios para éstas. Esto es, entre más dificultad hay para asumir las responsabilidades más se incrementa la frecuencia del dolor y su intensidad. De ahí se desprende la hipótesis de que cada vez que el cefaléico tensional tiene que asumir una responsabilidad sobreviene un dolor de cabeza. Por ello se sugiere que en otras investigaciones se verifique la dificultad para asumir las responsabilidades de la vida diaria mediante alguna escala de Hassles.

Por otra parte, en medida que el sujeto no es capaz de apoyarse en los otros, el periodo de evolución del dolor, la frecuencia, el índice, la duración aumentan. En los estudios de corte cognitivos se menciona que el apoyo social es un recurso psicológico para manejar el estrés; el solicitar apoyo disminuye lo que de amenazante y estresante tenga la situación.

Se sugiere que en investigaciones posteriores se investiguen el apoyo social y se correlacione con IBT 8, la afirmatividad con IBT 8 y la IBT8 con la escala K para apoyar esta observación.

En este sentido en medida que el cefaleico aprendiera a ser independiente y autosuficiente su dolor disminuiría. Sería importante investigar si este tipo de paciente se siente orgulloso de su aparente independencia o si más bien se trata de una falta de afirmatividad para pedir ayuda.

En este grupo también se observa una correlación entre IBT9 y el periodo de evolución del dolor, esto significa que entre más aceptan que el pasado ha determinado sus vidas, el periodo de evolución aumenta. La pauta de tratamiento sería orientarlos hacia el presente y futuro estructurando las actitudes del pasado.

Respecto a las medidas de afirmatividad, pareciera ser que entre menos se exponen a la interacción con los extraños su intensidad promedio del dolor disminuye, entre más se ven presionados o interactúan con los extraños en defensa de sus derechos, la intensidad promedio del dolor empeora.

En cuanto a la aproximación y rechazo con conocidos entre mayor es el déficit de la actividad con los conocidos hay una relación de la actividad con la edad, sería conveniente como acción de tratamiento mejorar su actitud frente a la familia. El grado de incomodidad también está relacionado al dolor; es decir, en medida que sean capaces de tomar contacto con ésta, el periodo de evolución del dolor y la intensidad promedio del dolor disminuirían. Una pauta de tratamiento psicológico es que aprendan a tomar contacto y acepten la incomodidad que la emisión de las respuestas asertivas. De los mismos parámetros de la afirmatividad en la medida en que decrementa la probabilidad de actuar afirmativamente, la duración del dolor aumenta.

Esto es indicativo de que en los tensionales hay mucha pasividad y que el sólo hecho de actuar disminuiría o incluso haría que se desapareciera el dolor de cabeza.

Resumiendo, una parte importante del tratamiento sería sacar a los tensionales de la actitud pasiva en la que se encuentran.

Respecto a las características que detectó el MMPI en las correlaciones con el dolor se puede decir que entre mayor es la sensación de su conflictiva interna, la intensidad promedio y los episodios de dolor se incrementan. Por ello sería importante enseñar a este tipo de pacientes a reconocer y manejar sus conflictos psicológicos.

De las tendencias narcisistas entre más se aceptan, la frecuencia del dolor se incrementa, la medida a tomar sería disminuir esta tendencia, para disminuir también la frecuencia del dolor, estos pacientes requerirían una orientación externa en todos los aspectos.

Por otro lado mientras más inseguros se sienten de sí mismos y menos confían en ellos, en sus capacidades y habilidades la frecuencia del dolor aumenta también y viceversa.

Entre mayor son sus conflictos con su familia, la autoridad, normas y reglas mayores el número de episodios de dolor y viceversa. Estos pacientes reflejan una clara problemática con la familia, por ello en medida en que se mejore su actitud hacia la familia los episodios del dolor disminuyen.

Se observa, que a medida en que se incrementa la edad, se acentúa la actitud pasiva y sumisa de estos pacientes. De ahí que se resalte la necesidad de una intervención oportuna que

permita romper y/o evitar la tendencia a la pasividad y por ende una mayor tendencia al aislamiento.

Los pacientes con cefalea tensional se estructuraron como individuos autosuficientes y sus conflictos familiares actuales son un continuo reactivar los conflictos del pasado. Friedman (1979) planteó la presencia de sentimientos hostiles hacia los miembros de la familia o figuras autoritarias en este tipo de pacientes. En medida en que se intervenga tempranamente el pronóstico será más favorable y aprenderán a apoyarse en los demás.

La correlación entre los impulsos hostiles y la frecuencia indica que al no reconocer estos y proyectarlos, los episodios de dolor se incrementan. Es importante entonces para el tratamiento que el cefaléico tensional reconozca su hostilidad, aceptando su participación en los conflictos dejando de culpar a los demás.

Por otro lado la fantasía compensatoria que se ve incrementada al incrementarse la frecuencia del dolor, sugiere que el tratamiento implicará el aceptar su realidad y contacto con los impulsos hostiles.

Se puede observar la presencia de muchos elementos cognitivos, lo que indica una tendencia a la intelectualización y un pobre contacto y manejo de las emociones e impulsos.

El mejor nivel de significancia ($p < 0.01$) y el mayor número de correlaciones significativas (40%) se obtuvo al correlacionar la frecuencia del dolor. Se puede decir que los episodios de dolor se incrementan al incrementarse la inutilidad aprendida, la dificultad para enfrentar las responsabilidades la falta de confianza en si mismo en los propios recursos, la tendencia narcisista y el aislamiento entre otras.

En resumen la problemática de los pacientes con cefalea tensional se ubica en sentirse víctimas de la familia. La que probablemente los ha obligado a enfrentar solos el medio y el estrés. No se apoyan en la familia y por ende se aíslan del ambiente que es una extensión de la familia, con un resentimiento que quizá se remita desde la infancia. Por otra parte, las correlaciones que dieron los mejores niveles son las que tienen que ver con la frecuencia, por lo que esta podría considerarse el parámetro de dolor con un mejor nivel predictivo. Por otro lado,

las correlaciones que tiene que ver con el paso del tiempo (periodo de evolución del dolor y edad) parecen indicar que si este tipo de pacientes que padecen cefalea no son atendidos oportunamente el pronóstico de tratamiento será negativo. Por ello es necesario diseñar intervenciones tempranas oportunas.

Los pacientes con dolor de cabeza mixto, fueron el diagnóstico que tuvo el mayor número de correlaciones entre los parámetros de dolor y el Inventario de Depresión de Beck. Por ello se puede decir que el Inventario de Depresión de Beck es un buen predictor del dolor de cabeza y de la misma forma, el índice, que es un parámetro global del dolor, es el que tiene el mejor nivel de significancia ($p < 0.01$) en este diagnóstico, lo mismo ocurre con la frecuencia y la intensidad máxima. Se observa que al aumentar los parámetros del dolor se incrementa la sintomatología depresiva. De ahí que si se mejora la inutilidad aprendida, la seguridad en sí mismo, se disminuye el pesimismo y desconfianza sobre el futuro el dolor podría desaparecer.

El transcurso del tiempo (periodo de evolución del dolor) tiene que ver con el mal manejo de las responsabilidades, a medida que transcurre más tiempo con el dolor, hay una mayor evitación de las responsabilidades y viceversa. De la misma con el paso del tiempo (edad) se recrudescen la actitud moralista y rígida con las fallas y omisiones de las demás. En cualquiera de las dos opciones, con el paso del tiempo se refortalece una actitud rígida.

Respecto a la afirmatividad, con el paso del tiempo ya no se reconoce el déficit asertivo y se percibe como algo normal. A mayor déficit con la aproximación con extraños la intensidad mediana aumenta. Entre más tiempo pasa se pierde la capacidad de reconocer como problemática la interacción con el medio y sobre todo con los extraños. Esto implica una tendencia al aislamiento.

De la misma manera entre más se sientan presionados a interactuar con los conocidos se incrementará la intensidad máxima. El rechazo con extraños y la dificultad que tienen para expresar sus molestias con conocidos se correlacionan con todos los parámetros de dolor, incluyendo el índice. Por lo que a este grupo diagnóstico si se le enseña a expresar el enojo con los conocidos y defender sus derechos los diferentes parámetros de dolor se mejorarían.

Mientras que en los tensionales la afirmatividad con los conocidos tiene que ver con el paso del tiempo tanto en aproximación como rechazo, en los mixtos las correlaciones indican, que el

déficit con conocidos tiene que ver más con los parámetros del dolor y se centran fundamentalmente en las habilidades de rechazo.

Por otra parte, con el paso del tiempo hay una mayor tendencia a buscar la aprobación social, al convencionalismo y una mayor pérdida de la individualidad, que junto con el periodo de evolución hay un menor reconocimiento y aceptación de conflictos internos. Por lo que estas dos correlaciones podrían indicar que entre más pasa el tiempo el sujeto se ve forzado a asumir una actitud de resignación e intentar aceptarla aunque pierdan individualidad y capacidad de lucha.

Parece ser que los mixtos si pasa el tiempo se volverán migrañosos porque dejan de aceptar la problemática. Hasta el momento en que fueron evaluados y dada su evolución, todavía tienen la capacidad de aceptar sus conflictos emocionales, aunque a medida que dejan de aceptarlos su intensidad máxima aumenta.

Por otro lado, la correlación entre los recursos e intensidad mediana confirma lo anterior, es decir, que en medida que se perciban con menos recursos y haya un empeoramiento del autoconcepto la intensidad mediana se incrementa. Para investigaciones posteriores sería conveniente buscar las correlaciones entre las escalas F y K, la hipótesis aprobar sería que la percepción de la problemática tendría que ver con la percepción de recursos pobres. De ahí que la pauta de tratamiento, sería mejorar los recursos y el autoconcepto, esto llevaría al paciente a enfrentar sus conflictos y de la misma manera la percepción de los conflictos disminuiría. Una forma de confirmarlo es el número de correlaciones del Inventario de Depresión de Beck con los parámetros de dolor. En el mismo sentido se sugiere que en posteriores estudios se correlacione Beck e K-MMPI y se esperaría una correlación negativa.

Dada la relación entre los recursos y la edad, así la aceptación de la problemática interna y el periodo de evolución estaría indicando que entre más pasa el tiempo las defensas del sujeto se vuelven más rígidas con una menor aceptación de fallas y debilidades.

Lo que se resume que con el paso del tiempo, este tipo de pacientes con cefalea mixta se rigidizan cada vez más a través de mecanismos defensivos, estereotipados y rígidos.

Con base a lo anterior, la intervención oportuna y temprana en este caso tendría un pronóstico altamente probable en medida en que habría una menor rigidez y mecanismos defensivos menos estereotipados.

En otro sentido, el índice, que es un parámetro global del dolor de cabeza se correlacionó con las tendencias narcisistas, es decir, las tendencias de canalizar somáticamente la tensión, sus necesidades de afecto y dependencia. Al mismo tiempo el índice también se correlacionó significativamente con la escala de autoestima y propia seguridad y en la medida que ésta se deteriora se entra en un estado de pesimismo incrementándose también el índice.

En resumen, hasta el momento pareciera ser que se detectó una interrelación entre la autoestima, las necesidades de afecto y dependencia no satisfechas, con una tendencia a culparse a sí mismo por el fracaso en la consecución de sus metas, detectándose aquí un círculo vicioso entre estas tres.

Mientras que los tensionales culpan a la familia, están resentidos y enojados con esta, y por ello renuncian a apoyarse en ella, los mixtos se culpan a sí mismos, aunque dependen del exterior.

En este sentido es favorable comprender el déficit asertivo de rechazo con conocidos por lo que en posteriores investigaciones se sugiere hacer una correlación entre IBT 3 y afirmatividad. La hipótesis es que la afirmatividad de este tipo de pacientes este relacionada con su necesidad de afecto.

Con el paso del tiempo estos pacientes se resignan a no alcanzar el afecto deseado y la no satisfacción de sus necesidades de dependencia, mientras que los tensionales responsabilizan a la familia por su fracaso en la satisfacción de estas necesidades y dado la esterilidad de la lucha con la familia la búsqueda de la satisfacción pierde su significancia, por otra parte los mixtos dependen de la familia y buscan afecto y dependencia. Los tensionales se estructuran como más autosuficientes aun cuando no poseen los recursos para realmente serlo.

Por otra parte, los tensionales tienden a postergar la toma de responsabilidades. Los mixtos por su parte no pueden posponerlas y esto les genera ansiedad. Tienen una mayor orientación a los deberes y a las responsabilidades con la consecuente incapacidad para postergarlos.

La correlación entre la pasividad y dependencia y la frecuencia indica que entre menos activos son, entre menos independientes el número de episodios de dolor se incrementa.

En un sentido similar en la medida que este grupo pierde energía vital, la intensidad aumenta, finalmente con el paso del tiempo la capacidad de aceptar y reconocer la ansiedad

disminuye, esto confirma lo ya dicho sobre la defensividad, rigidez y un pronóstico, no muy favorable si no se realiza una intervención oportuna.

En resumen, pareciera ser que los mixtos se encuentran en un periodo de transacción, de tensionales a migrañosos, que dadas las características psicológicas que presentan en el momento de la evaluación y si el tiempo continua transcurriendo van adquiriendo características psicológicas propias de los migrañosos. En el momento de la evaluación estos pacientes pueden detectar los cambios en su vida a causa del dolor y los niveles de ansiedad son altos, sin embargo, hay parámetros que muestran tendencias a la pasividad, a la dependencia y pérdida de la individualidad y si el tiempo transcurre sin la atención oportuna se irán rigidizando y perderán contacto con la realidad. Por ello se hace necesario una vez más mencionar la necesidad de una atención oportuna.

Se sugiere que en futuras investigaciones se realicen correlaciones entre las propias escalas o medidas psicométricas, por ejemplo entre IBT7 e IBT5, Beck y MMPI, Beck y F-MMPI, afirmatividad y Ols -MMPI.

Respecto al diagnóstico de migraña hay algunas observaciones interesantes que lo hacen diferentes de mixtos y tensionales. Por ejemplo, fue el diagnóstico que obtuvo el mayor número de correlaciones con la escala 4 Dp-MMPI con los parámetros del dolor, en una relación negativa en la cual mientras los parámetros de dolor se incrementan la escala tiende a bajar. Además de que en el perfil es la segunda escala más baja de los migrañosos. De acuerdo a Rivera (1987, p.28) "El sujeto al responder acerca de sí mismo trata de controlar su información acerca de sus descargas impulsivas... esto es la posibilidad de un control bastante frágil". De ahí que el perfil de los migrañosos aparentemente sin tanta demanda de ayuda ni con tantos conflictos como tensionales y mixtos, únicamente sean muestras de la rigidez y sobrecontrol de los migrañosos respecto a sus impulsos y ansiedad. Muestran un control bastante frágil que se agudiza al incrementarse los parámetros de dolor.

Hay buenos niveles de correlación en el índice depresivo. En medida que los elementos depresivos se incrementan el número de episodios y la duración del dolor también. Esto indica

que en medida que empeora el estado de ánimo la frecuencia y duración aumenta, destacando la frecuencia.

Las tendencias perfeccionistas se correlacionan con la intensidad máxima y la edad. En realidad estas tendencias perfeccionistas son compensatorias de una baja autoestima, estas actitudes perfeccionistas también denotan tendencia a la autoexigencia.

Por otra parte, indican una tendencia rígida, estricta y exigente hacia las ejecuciones y hacia los errores de los demás, todo esto se incrementa con el tiempo (edad) y de la misma manera se incrementa la duración del dolor.

En la medida que el déficit asertivo aumenta hay una asociación con un mayor periodo de evolución. Las categorías de rechazo con conocidos se asocian con el índice general del dolor en una asociación negativa que pareciera indicar que en la medida en que más se exponen a la interacción social más se incrementa el índice general de dolor. Para estas correlaciones con el índice el criterio que permite esta interpretación es el clínico e integral. De lo contrario la interpretación sólo con base al criterio estadístico hubiera conducido a interpretaciones erróneas.

En el ámbito de la afirmatividad también se observa que la evolución se asocia a un mayor déficit en la probabilidad de respuesta.

La investigación de Levor et al. (1986) apoya las correlaciones encontradas en este diagnóstico entre la frecuencia y las características de afecto, dependencia y la preocupación somática. Aunque en la presente investigación no se encontraron correlaciones entre la frecuencia y la escala 9Ma-MMPI y escala F del MMPI como en la de Levor et al. (1986).

Por otro lado, en la medida que este grupo tiende a comportarse más convencional con pérdida de la individualidad, acatamiento de normas y convencionalismos sociales, la intensidad promedio y la intensidad mediana paralelamente tienden a incrementarse. Asimismo entre los recursos y la intensidad máxima; en esta correlación se observa una asociación negativa la cual puede interpretarse como una tendencia a una menor disponibilidad de recursos psicológicos, una menor capacidad de insight, un empobrecimiento del autoconcepto, a la vez que se incrementa la intensidad máxima.

Entre más se acentúan la tendencia narcisista, preocupación somática y la canalización somática, los parámetros de duración e índice se asocian en la misma dirección. De igual manera, en la medida que empeora la autoestima y el pesimismo, las horas de dolor se incrementan paralelamente. Además entre más se incrementan las tendencias de necesidad de afecto y dependencia, mayor es el número de episodios de dolor y el número de horas del mismo. También está indicando una menor tolerancia al rechazo social.

Cabe mencionar que de acuerdo a Rivera (1987), en la medida en que las tendencias narcisistas se incrementan se acompaña de sensaciones físicas que tiene la habilidad de manipular a las personas que la rodean con las desventajosas consecuencias que serían " las ganancias secundarias para obtener tolerancia y compañía incondicionales" (Rivera, 1987 p. 54).

Estas ganancias secundarias agregan un elemento de complejidad en términos de la respuesta al tratamiento.

Muestran también una menor capacidad de reconocer y aceptar sus impulsos hostiles. Es importante señalar que las correlaciones de intensidad promedio e intensidad mediana con estas características alcanzaron un nivel óptimo ($p < 0.01$).

De acuerdo con Rivera (1987 p. 29), la característica sobresaliente "es una mayor tendencia al conformismo y autoridad", otra es la "mayor tendencia a ser moralista, conformista y pasiva, con pocos intereses" (Núñez 1991 p. 95) y finalmente mayor rigidez (Graham, 1987).

Estas correlaciones tanto por calidad y cantidad de las asociaciones resultan de especial interés para la comprensión del dolor de cabeza migrañoso ya que estarían indicando que aun cuando no hay características relevantes estadísticamente o descriptivamente, clínicamente muestran una falta de reconocimiento de los impulsos hostiles y que la agresión está dirigida hacia el sí mismo. Sperling (1952 y 1964, cit. por Eker Khouri Haddad, 1987) sugiere que en el tratamiento para los migrañosos sería importante integrar el concepto del sentimiento de enojo.

Por otra parte, en la medida que la intensidad promedio de dolor se incrementan, paralelamente las actitudes de desconfianza, cautela y suspicacia se incrementan acompañándose todo ello con descargas agresivas como una forma de defensa anticipada. Todo esto caracteriza al mecanismo de proyección.

De igual forma, en la medida en que se incrementan las tendencias rígidas, perfeccionistas, las actitudes exigentes con ellos mismos y los demás, paralelamente se incrementan los episodios de dolor y la duración de los mismos. Todas estas características conducen a la ansiedad.

Finalmente, en medida en que se incrementan las tendencias a la fantasía y al aislamiento emocional con un pobre contacto interpersonal estas tendencias se asocian a un mayor número de episodios de dolor de cabeza.

En conclusión, el base en todo lo anterior se puede decir que este grupo presenta un perfil psicológico del tipo constrictivo (combinación 2-1). Lo cual indica un sobrecontrol en la libre expresión de los afectos y de impulsos. Asimismo por el número de correlaciones que se asocian al paso del tiempo (periodo de evolución). Este grupo pareciera ser que se deterioran en cuanto a la capacidad y eficiencia para manejar el entorno social. Caracterizándose, entonces por una actitud de resignación y fracaso que con el tiempo se va acentuando y lo que además le da al conjunto rasgos de tipo esquizoides tanto por el aislamiento afectivo como el social. Estas características, se pueden considerar en los otros dos diagnósticos aunque no con la misma agudeza. La resignación muestra rasgos de fracaso, no así en los mixtos.

En conclusión el fracaso social pareciera ser producto de que perciben la satisfacción de la necesidad de afecto y dependencia, estructurándose socialmente con actitudes rígidas e intolerantes con el medio. Pareciera ser que la única satisfacción de este grupo es una orientación al logro; aunque, con una consecución al fracaso en la persecución de estas metas observándose clínicamente una desproporción entre los recursos y aspiraciones. Dada la propensión al narcisismo esto reafirma sus rasgos esquizoides y la energía hacia sí mismo en forma defensiva.

Finalmente es importante destacar que el parámetro de dolor como intensidad y periodo de evolución pueden ser utilizados como buenos predictores en la comprensión del dolor de cabeza migrañoso.

Para el grupo que quedo conformado por los tres diagnósticos, grupo con dolor de cabeza crónico, de las correlaciones que resultaron significativas, es importante mencionar que la frecuencia obtuvo un nivel de correlación importante con el índice depresivo, es decir, en medida que se incrementan los episodios del dolor y las horas de este, contingentemente se incrementa la

sintomatología depresiva. De la misma manera la necesidad de ser amado y aprobado se incrementa al incrementarse la frecuencia e intensidad del dolor, las tendencias perfeccionistas compensatorias de una baja autoestima guardan relación con el incremento o disminución de la frecuencia e intensidad máxima del dolor. La poca tolerancia a la frustración y que las cosas no sucedan como uno quisiera y de no ser así se vuelven intolerables y catastróficas, se incrementa esta cognición al incrementarse la frecuencia e intensidad máxima. La necesidad de dependencia se incrementa con la frecuencia y el paso del tiempo.

Al aumentar el tiempo en que se padece el dolor, se disminuye la cognición de las soluciones adecuadas e ideales; esto podría ser indicativo del conformismo para no buscar ni soluciones ideales ni prácticas.

El déficit asertivo ante las respuestas y la aproximación con extraños se incrementa al incrementarse la intensidad de dolor, de la misma manera ocurre con la falta de emisión de respuestas asertivas. Esto podría relacionarse a las correlaciones significativas de frecuencia, duración, índice e intensidad de dolor con el contacto social, la interacción y el interés hacia la actividades sociales.

Los cefálicos crónicos se muestran como individuos aislados y con poco contacto con el exterior, teniendo esto una relación directa con el dolor de cabeza. El transcurso del tiempo en el que se padece dolor se correlaciona con la disminución del contacto social. En la misma línea la energía vital y la actividad motora también disminuyen con el paso del tiempo y con el incremento de la intensidad de dolor.

Resumiendo, todo esto conforma un complejo de variables que interactúan una con otras y que muestran una disminución de la asertividad y el contacto social.

Es importante indicar que en este grupo se obtuvieron correlaciones importantes con el aislamiento social y el poco contacto con la gente, de la misma manera sucedió con la características de conformismo y el seguimiento de normas sociales. Al incrementarse los parámetros de dolor como la duración, el índice y la intensidad se incrementa también el conformismo a las reglas sociales y la figuras autoritarias.

Entre las pautas de tratamiento, estaría el incrementar las conductas asertivas, proporcionar las habilidades conductuales de estas, incrementar la percepción de los recursos y la aceptación de

la problemática, enseñar las habilidades para buscar el apoyo social y aumentar el contacto con el medio.

Por otro lado, en la investigación de Rodríguez (1992), no se encontró ninguna correlación significativa entre el índice de depresión de los tensionales y los mixtos con los parámetros del dolor mientras que en la presente investigación si se encontraron. En cuanto a los migrañosos si se encontraron correlaciones significativas con la frecuencia y duración y no así con el índice del dolor como se encontró en el presente trabajo.

En conclusión respecto a los parámetros del dolor en las correlaciones, para los tensionales la frecuencia fue el parámetro que obtuvo el número mayor de correlaciones significativas (el 45% de las correlaciones), para los mixtos que obtuvo el mayor número de correlaciones fue la intensidad (32%) de las correlaciones y para los migrañosos la intensidad y la duración (un 25% de las correlaciones para cada uno). Finalmente para el grupo de cefalea crónica fue la frecuencia con el 35% de las correlaciones significativas.

Es importante indagar estos parámetros que resultaron importantes para cada diagnóstico ya que estos muestran parte de la dinámica propia de cada uno.

Se ha mencionado ya que la correlación no indica una relación causal a-b pero si que se mueve en forma contingente dada su tipo de relación. De ahí que sea una pauta para el tratamiento sea psicológico o psicofisiológico dirigido a la disminución de los parámetros del dolor directamente, es decir, el rompimiento se esta relación concomitante.

Para la adecuada comprensión de los problemas psicósomáticos entre ellos el dolor de cabeza, es necesario un abordaje clínico integral, que considere no sólo los puntajes de los instrumentos psicológicos, sino también su contenido cualitativo. En el presente trabajo se utilizó el contenido como una forma de salvar un poco la limitante de los datos numéricos con los que se evalúa cada instrumento que no han sido estandarizados en poblaciones mexicanas control, para que puedan servir de base segura en la comparación con otras poblaciones clínicas o de características diferentes.

Se vuelve necesario entonces realizar investigaciones sobre los instrumentos utilizados para evaluar al sufridor de dolor de cabeza crónico ya que esto representa una limitante en la generalización de los resultados obtenidos en cualquier investigación similar a esta dado que los instrumentos no han sido estandarizados a poblaciones mexicanas.

El análisis cualitativo de los reactivos de cada instrumento, aunque se basa en frecuencias, permitió verificar los contenidos u apoyar las conclusiones y comentarios anteriores así como encontrar algunos otros datos de relevancia que el análisis puramente estadístico no permite observar.

Una de las observaciones relevantes en el inventario de depresión de Beck fue que la respuesta al estado de ánimo, es decir que, se siente triste y melancólico resultó significativamente mayor para los mixtos y tensionales respecto a los migrañosos. De la misma manera sucedió con el pesimismo, se sienten desalentados respecto al futuro, más brotes de llanto, el aislamiento social y la pérdida del apetito.

Esto es una aparente contradicción, ya que en puntaje global de los migrañosos se muestran deprimidos mientras que en el contenido se niega el estado de ánimo disfórico y no se reporta el desaliento ni se percibe el aislamiento social, aunque presentan todos los componentes de la depresión. Estas observaciones sirven para hipotetizar la posibilidad de una depresión enmascarada o encubierta. Las características principales son la presencia de síntomas somáticos frecuentes con la negación de sentimientos objetivos de tristeza (Mendels, 1971 y López IBor, 1972 cit. por Rodríguez 1992). Para estos pacientes sus quejas físicas están en primer lugar, lo que oculta la depresión en el fondo, Mackinnon y Michels, (1973 cit. por Rodríguez 1992, p. 15) menciona que "el paciente cefaleico presenta una depresión sin producir un sufrimiento emocional intenso que se manifiesta en la esfera corporal de la persona".

Respecto a los migrañosos se apoyaría la hipótesis de Rodríguez (1992), quien también encontró evidencias de depresión enmascarada en estos pacientes. Este tipo de paciente presenta una depresión crónica dado su periodo de evolución mayor, se muestran más constriñidos en su capacidad para reconocer sus impulsos hostiles y las sensaciones displacenteras.

Los migrañosos presentarían una depresión psicótica, ya que no responden al medio, pero esta acompañada de manifestaciones somáticas y alteraciones con el contacto con el exterior (Bellack y Small, 1990).

En este mismo sentido es importante mencionar los rasgos autopunitivos significativamente mayores en migrañosos y tensionales, estos son una vez más indicativos de los impulsos hostiles volcados contra sí mismo de los migrañosos (Andrasik et al., 1982 cit. Passchier et al., 1982).

Por otro lado los mixtos se diferenciaron claramente en la inhibición en el trabajo, la fatigabilidad, su preocupación por su imagen corporal y los sentimientos de culpa, es decir los mixtos se culpan más a sí mismos a diferencia de los tensionales que no reconocen sus impulsos hostiles. De la misma manera que cuando los mixtos exageran su problemática, estos contenidos son indicativos de que aun pueden percibir su deterioro y darse cuenta de los cambios que han tenido, con una sensación de alarma.

Respecto a los contenidos que caracterizan a todos los cefaleicos, especialmente en las perturbaciones del sueño sería conveniente precisar el contenido de esto y saber si es el despertar más temprano y cansado, o el no poder conciliar el sueño o despertar durante la noche y/o no poder volver a conciliar el sueño. Por lo tanto se sugiere que para posteriores investigaciones se precise el tipo de alteración.

Una hipótesis sería que los migrañosos dadas las características ya mencionadas despiertan más temprano y cansados mientras que los mixtos y tensionales tendrían una combinación de las diferentes alteraciones dados los niveles de ansiedad y la excesiva actividad cognitiva.

El análisis de la frecuencia puede resultar pobre y limitado por lo que se hace necesario e indispensable el análisis cualitativo ya que los puntajes son abstracciones, para posteriores investigaciones sería recomendable utilizar análisis multivariados como cluster, discriminantes y los análisis de factor.

En cuanto a los temores es importante mencionar que los cefaleicos como grupo sientan temor a perder el control y a convertirse en enfermo mental. Esto habla de la debilidad yoica de este tipo de pacientes y del problema que tienen para manejar sus impulsos hostiles.

A pesar de estos contenidos y basándose en otros instrumentos se puede decir que los mixtos y tensionales toman contacto con el enojo pero no lo saben manejar, los tensionales temen a la pérdida del afecto y los migrañosos cuentan con muy pocos recursos (Martín, 1983).

El temor a convertirse en enfermo mental es indicativo del predominio de la actividad cognitiva, por ello es probable que sus defensas sean de tipo cognitivas como la intelectualización y la racionalización, negación, estados confusionales y problemas de concentración y memoria. Para Alexander (1957, cit. por De la Fuente 1981) esto haría referencia a la fase intelectual de la agresión.

Por otro lado los migrañosos presentan un menor reconocimiento de la problemática y menor contacto con los sentimientos desagradables.

Los temores de los mixtos tienen que ver con el temor de no poder responder a las demandas del ambiente. Mientras que los tensionales tienen que ver con una situación de aislamiento y de soledad, se sienten vulnerables sin el apoyo de los demás. Los migrañosos por su parte se encuentran en una situación de aislamiento se sienten y saben solos, no buscan apoyo porque no se sienten capaces de conseguirlo.

El medio ambiente para los mixtos es un obstáculo y les genera ansiedad, para los tensionales no perciben la necesidad de recurrir a él y finalmente para los migrañosos el medio ambiente no existe y si existe es angustiante.

Por otro lado el análisis cualitativo de los reactivos de afirmatividad e ideas irracionales resultó difícil en medida del número de los reactivos y de la complejidad de las relaciones entre las frecuencias significativas. Por ello se sugiere que en estos dos instrumentos el uso de un análisis, aunque nominal u ordinal más complejo como los análisis multivariados, por ejemplo, cluster y/o discriminantes.

Sin embargo respecto al análisis del Inventario de Ideas Irracionales (IBT), se puede decir que los migrañosos se muestran más moralistas. Los tensionales se preocupan por aquellas cosas que no pueden impedir, evitan lo desagradable de las actividades. Los mixtos por su parte son más responsables y no postergan tanto sus decisiones aun cuando son desagradables. Mientras que los migrañosos no pueden reconocer lo desagradable de la situación. Los mixtos pueden aun tomar decisiones aunque les cueste trabajo mientras que los migrañosos y tensionales las postergan en

medida de lo posible. Los mixtos y tensionales reconocen lo que tiene su vida de problemática mientras que los migrañosos no. Estos últimos poseen una orientación de logro para hacer las cosas (Anderson y Franks, 1981 cit. por Passchier et al., 1984).

A los tensionales les preocupa la crítica y no la desaprobación aunque ponen atención a la esta, a los mixtos les preocupa la crítica y la desaprobación mientras que a los migrañosos les preocupa la aprobación aun cuando lo niegan.

Los tensionales muestran tendencias perfeccionistas, necesidad de triunfar aunque sus logros están en función de otros con un resentimiento hacia la familia. Los mixtos por su parte tiene un necesidad de triunfo para demostrarse así mismos que pueden lograrlo, aunque cuando se exigen demasiado evitan la responsabilidad. Por su parte los migrañosos evitan aquellas cosas que no pueden hacer y fundamentan su estima en cuanto a lo que hacen.

El nivel de tolerancia para los tensionales y migrañosos esta más disminuido que para los mixtos, mientras que los tensionales lo aceptan, los migrañosos lo disimulan y tratan de ocultarlo. A los mixtos les trastornan los demás, las realizaciones de otros obstruyen sus ejecuciones.

En los migrañosos puede observarse una desconfianza en los propios recursos. Los tres grupos se muestran dependientes, lo reconocen y no buscan consejo.

Únicamente los mixtos y tensionales reconocen la influencia del pasado mientras los migrañosos no y ven una imposibilidad de cambio, muy probablemente es una consecuencia de su alto periodo de evolución.

Los mixtos y tensionales se orientan hacia la búsqueda de soluciones perfectas o ideales mientras que los migrañosos que no aceptan su problemática, no buscan algún tipo de solución, se práctica o ideal.

Los migrañosos atribuyen al medio su enojo y tristezas a diferencias de los mixtos y tensionales sólo atribuyen aspectos desagradables pero no sus emociones; muestran una actitud retraída y replegada.

Respecto al inventario de afirmatividad, se confirma lo ya dicho, los migrañosos no tienen interacción con el medio, ni iniciativa, ni contacto; los mixtos tienen una deficiencia global están aun en el medio aun cuando carecen de las habilidades. Su déficit asertivo en el rechazo con

conocidos se apoya en que sus derechos y necesidades estén subordinadas a los demás. Por otro lado a los migrañosos les cuesta trabajo apoyarse en los demás mostrando una dificultad para recibir cosas del medio. Los tensionales por su parte, tienen mayor dificultad para defender sus derechos más que la expresión de molestia.

La evaluación de las características asertivas y de las conclusiones que de ahí se deriven están limitadas dado que se ha hablado de que estas se ven influenciadas por cuestiones culturales y por el bajo nivel académico del grupo de cafalécicos respecto al control. Sin embargo independientemente de esta situación, el déficit asertivo de los cefalécicos es una situación problemática, ya no poseen los recursos para enfrentar el estrés.

En términos de tratamiento en entrenamiento asertivo, los tensionales requieren trabajar sobre la reestructuración de medio ambiente cambiar su actitud respecto a este y ver su participación en el mismo.

Los migrañosos requieren de ser sensibilizados al medio para hacerlo menos atemorizante a la vez que una reestructuración también de este. Finalmente los mixtos aunque tiene contacto con el medio no poseen las habilidades necesarias dado que presentan una mayor incomodidad; serían convenientes las técnicas de relajación para disminuir la ansiedad. Sus derechos están en segundo plano y no pueden decir "no" a la gente.

Para posteriores investigaciones sería conveniente indagar el lugar que ocupan en la familia ya que se planea formular que esta variable tiene una influencia sobre la conducta asertiva y otras características psicológicas. La hipótesis sería que los mixtos y tensionales son los primogénitos y se estructuraron como autosuficientes y cuidadores, quizá los tensionales sean también intermedios y rebeldes, mientras que los migrañosos son los últimos.

Los migrañosos no tienen contacto con el medio, no poseen la iniciativa ni la intención de establecer contacto, muestran una dificultad cuando tienen que responder a una iniciativa extraña.

Dados los resultados anteriores y a pesar de que no se especifica concretamente en otras investigaciones que se entiende por mayor disturbio psicológico, de acuerdo a los resultados de la presente investigación estos contradicen la postura de Kudrow y Sutkus (1979, cit. Williams et al., 1986 y cit. Dieter et al. 1988) en cuanto a que del más normal al más neurótico estarían primero lo migrañosos, mixtos y finalmente los tensionales. La negación y rigidez de los

migrañosos y la falta de capacidad para aceptar los conflictos psicológicos reflejado en las bajas puntuaciones de los inventarios no indican que sean más normales, por lo contrario esto los llevan a periodos de evolución mayores que los otros dos diagnósticos y les da un pobre pronóstico para el tratamiento, sea psicológico o psicofisiológico. Por otro lado; los altos niveles de ansiedad y reconocimiento de una problemática importante por parte de los mixtos y tensionales, lo que los hacen aparecer en las evaluaciones como más neuróticos dados los puntajes, pueden ser utilizados como motivación al cambio y que puedan mantener contacto con su problemática y carencia de recursos, esto les dará un mejor pronóstico al tratamiento.

Aunque por otra parte en la investigación de Dieter y Swedlow (1988), al igual que en la presente se encontró que los cefaleicos mixtos representaron características más elevadas que los otros dos diagnósticos, por ejemplo, una mayor ansiedad canalizada somáticamente, mayor búsqueda de aprobación y afecto y una baja de energía vital e intereses sociales. Si se estableciera un orden como en estas investigaciones tomando en cuenta los resultados de la presente se diría que los mixtos son los que presentan un mayor disturbio psicológico seguido de los tensionales y finalmente los migrañosos, basándose en los puntajes.

Aunque no se esta de acuerdo con esta postura ya que se mencionó que muchas de sus características son favorables al tratamiento.

En otro orden de ideas respecto a la perspectiva psicobiológica de Bakal (1982) podrían argumentarse que sus conclusiones sobre que la comprensión del dolor de cabeza crónico no sería alcanzado a través del uso de medidas generales de personalidad ya que las considera como modalidades abstractas, son correctas en medida de que ya se mencionó que muchas de estas investigaciones solo se abocan a los resultados cuantitativos y no indagan el contenido, dejando de lado el enfoque clínico.

Las conclusiones de la presente investigación se verían enriquecidas si se llevara al cabo un anclaje de estas con la historia clínica multimodal de cada paciente en el estudio .

Hay una serie de investigaciones (Engel, 1959 y Blumer et al. 1975 cit. por Webb, 1983), establecieron los orígenes de la cefalea crónica en la infancia por una serie de eventos que trastornaron el desarrollo psicológico, por lo que se sugiere que para posteriores investigaciones se investiguen los antecedentes de la infancia, la edad de pérdidas abandonos, maltratos y la falta

de aceptación en la niñez (Eker Khouri-Haddad, 1984). La hipótesis probable sería que los migrañosos tuvieron estas series de alteraciones a una edad más temprana mientras que mixtos y tensionales en una edad más tardía.

Por otra parte se recomienda investigar las situaciones conflictivas que sugiera Eker Khouri-Haddad (1984) y Bakal (1982) que son probablemente capaces de exacerbar el dolor de cabeza.

En la presente investigación se realizaron las correlaciones de las características psicológicas con el dolor comprobándose la aseveración de Harper y Steger (1978 cit. por Bakal, 1982), quienes encontraron que la frecuencia del dolor covariaba en una relación lineal con los síntomas psicológicos y corporales reportados por la escala del MMPI se comprobó la postura de Bakal (1982 p. 25) de que "el hecho de que el número de ataques experimentados estén relacionados al grado de todo el disturbo psicológico representa una importante observación teórica y clínica. Sugiere que los componentes cognitivos y fisiológicos del síndrome del dolor de cabeza están intrínsecamente relacionados el uno con el otro".

Respecto a la postura de Bakal (1982) del "continuo de severidad del dolor", donde en los extremos están el dolor de cabeza tensional y el migrañoso, y entre ellos una serie de formas del dolor donde se observa un gran solapamiento de síntomas, en la presente investigación y basándose únicamente en los parámetros de dolor, como el índice, la frecuencia y la duración, este continuo no se cumple ya que los mixtos presentan valores más altos seguidos por los tensionales y los migrañosos.

Respecto a estos parámetros de dolor se encontraron resultados similares que en el estudio de Rodríguez (1992), en donde se compararon también tres diagnósticos los mixtos presentan los valores más altos en cuanto a la frecuencia, duración e índice. Esto podría deberse a sus características psicológicas.

Es importante mencionar que respecto a estas últimas si hay diferencias entre los grupos más bien de orden cualitativo y que al parecer los mixtos se encuentran en un periodo de transición entre los migrañosos y tensionales considerando su evolución y relación de estas con algunas características psicológicas, podría decirse que si el tiempo transcurre los mixtos adquieren características de los migrañosos.

Finalmente, pese a las limitaciones del presente trabajo se aportaron datos que indican que sí existen diferencias entre los grupos diagnóstico y en la relación entre los diversos parámetros de dolor y las características psicológicas, dando importante pautas para el tratamiento. Por otra también se resaltó la importancia de un enfoque integral y no únicamente los resultados de carácter cuantitativo. Se hace necesario el uso de análisis multivariados que reflejen el tipo de relación entre las diversas variables y que faciliten el manejo de reactivos y contenidos cualitativos. Se hace énfasis en la necesidad de reforzar la investigación del dolor de cabeza, no solo en lo concerniente a las características psicológicas sino también a otra serie de factores que confluyen en esta entidad clínica.

REFERENCIAS

- Andrasik, F., Blanchard, E., Arena, J. Teders, S., Teevan, R. y Rodichok, L. (1982). Psychological Functioning in Headache Sufferers. Psychosomatic Research, 44(2), 171-182.
- Arena, J.G., Andrasik, F. y Blanchard, E.B. (1984). The role of affect in the etiology of chronic headache. J. Psychosom. Res., 28, 79-86.
- Arena, J.G., Andrasik, F. Y Blanchard, E.B. (1985). The role of personality in the etiology of chronic headache. Headache, 25, 296-301.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B., Andrasik, F. y Appelbaum, K. (1986). Obsessions and compulsions in three kinds of headache sufferers: Analysis of the Maudsley questionnaire. Behav. Res. Ther., 24(2), 127-132.
- Bakal, D. (1982). The psychobiology of chronic headache. New York: Springer.
- Bakal, D., Kaganov, J.A. y Demjen, s. (1983). Headache assesment from a severity perspective. En: Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. (Eds.) Perspective in research on headache. Lewinston, New York: Hogrefe. pp. 45-55.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 53-63.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press.

- Bellak, L. y Small, L. (1990). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Ed. Pax-México.
- Blanchard, E. y Andrasik, F. (1982) Psychological Assessment and Treatment of headache: Recent Developments and Emerging Issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(6), 859-87.
- Blanchard, E. y Andrasik, F. (1985). Management of chronic headaches: A Psychological approach. Headington Hill, England: Pergamon Books. [Trad. castell.: (1989). Tratamiento del dolor de cabeza crónico: Un enfoque psicológico. Barcelona: Martínez Roca]. Blanchard, E., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., (1990). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. J. Consult. Clin. Psychol., 58 (2), 216-224.
- Blanchard, E., Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L. (1990a). Placebo controlled evaluation of abbreviated progressive muscle relaxation and of relaxation combined with cognitived therapy in the treatment of tension headache. J.Consult. Clin. Psychol., 58 (2), 210-215.
- Blanchard, E., O'Keefe, D., Neff, D. Jurish S. y Andrasik, F. (1981). Interdisciplinary Agreement in the Diagnosis of Headache Types. J. Behav. Assesment, 3(1), 5-9.
- Borgeat, F. Elie, R. y Larouche, L.M. (1985). Pain response to voluntary muscle tension increses and biofeedback efficacy in tension headache. Headache, 25, 387-391.
- Budzynski, T.H., Stoyva, J.M., Adler, C.S. y Mullaney, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. psychosom. Med., 35 484-496.

Carrobbles, J.A.I., Cardona, A. y Santacreu, J. (1981). Shaping and generalization procedures in the EMG-biofeedback treatment of tension headaches. Brit. J. Clin. Psychol. **20**, 49-56.

De la Fuente Múñiz, R. (1981). Psicología Médica. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

De la Fuente, J.R.; Pucheo, C. y Medina, M. (1985). La investigación en psiquiatría y salud mental: Un ejercicio preliminar de prospectiva. En: Velázquez Arrellano, A. (Comp). La salud en México y la investigación clínica: Desafíos y oportunidades para el año 2000. México, D.F.: UNAM.

Demjen, S., Bakal, D. y Dunn, B. (1990). Cognitives Correlates of Headache Intensity and Duration. Headache, **30**, 423-427.

Dhopes, V., Herring, C. y Anwar, R. (1980). Tension Headache in emergency department patients. Psychosomatics, **21**(8), 631-635.

Dieter, J. y Swerdlow, B. (1988). A replicative investigation of the reliability of the MMPI in the classification of Chronic Headaches. Headache, **28**, 212-222.

Diez, Benavides, M. (1975). Proceso psicossomático terapéutico. México, D.F.: Ed. Trillas.

Eker Khouri-Haddad, M.D. (1984). Psychiatric Consultation in a Headache Unit. Headache, **24**, 322-328.

Ellis, A. y Abrahams, E. (1980). Terapia Racional Emotiva. México: Interamericana.

- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). Handbook of Rational Emotive Therapy. New York: Springer.
- Ellis, A. y Harper, R.A. (1961). Psicoterapia Racional Emotiva. México: Herrera Hermanos.
- Elton, D., Stanley, G. y Burrows, G. (1978). Self-esteem and Chronic pain. Journal of Psychosomatic Research, 22, 25-30.
- Featherstone, H. y Beitman, B. (1984). Marital migraine: A refractory daily headache. Psychosomatics, 25(1), 30-38.
- Fitterling, J.M., Martin, J.E., Gramling, N., Cole, P. y Milan, M.A. (1988). Behavioral management of exercise training in vascular headache patients: An investigation of exercise adherence and headache activity. J. Appl. Behav. An. 21(1), 9-19.
- Friedman, A. (1979). Characteristics of tension Headache: A profile of 1,420 cases. Psychosomatics, 20(7), 451-461.
- Garvey, M., Tollefson, G. y Schaffer, C. (1984). Migraine Headaches and Depression. American Journal of Psychiatry, 141(8), 986-988.
- Gauthier, J., Lacroix, R., Coté, A., Doyon, J. y Drolet, M. (1985). Biofeedback control of migraine headaches: A comparison of two approaches. Biofeedback and Self-Regulation, 10(2), 139-159.
- Graham, J.R. (1987) MMPI Guía práctica. México, D.F.: Ed. Manual Moderno.

Grambill, E. y Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assesment and research. Behavior Therapy, 6, 350-362.

Granados (1987). Depresión en pacientes con dolor crónico benigno. Tesis de Mestría. Facultad de Medicina. U.N.A.M. México, D.F.

Haber, J., Kuczmierczyk, A. y Adams, H. (1985). Tension Headaches: Muscle Overactivity or Psychogenic Pain. Headache, 25, 23-39.

Halliday, J. (1973). Medicina Psicosocial. Buenos Aires: Ed. EUDEBA

Holroyd, K.A., Holm, J.E., Hursey, K.G. (1988). Recurrent vascular headache: Home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. J. Consult. Clin. Psychol., 56(2), 218-223.

Holroyd, K.A., Penzien, D.B., Hursey, K.G. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headaches. J. Consult. Clin. Psychol., 52, 1039-1053.

Jones, R.G. (1968). A factored measure of Ellis irrational beliefs system with personality and maladjustment correlates. Doctoral Dissertation. Texas Technical Colleges.

Kerekjarto, M.V. (1978). Psicología Médica. España, Barcelona: Ed. Científico-Médica.

Kerlinger, P. (1982). Investigación del comportamiento. México: Interamericana.

- Levin, J. (1977). Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. México, D.F.: Ed. Harla.
- Levor, M., Cohen, M., Naliboff, B. y McArthur, D. (1986). Psychosocial Precursors and Correlates of migraine Headaches. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(3), 347- 353.
- MacKinnon, A. y Michels, R. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana.
- Martin, J. (1983). Muscle-contraction (tension) headache. Psycho-somatics, 24(4), 319-324.
- Mizener, D. Thomas, M. y Billings, R. (1988). Cognitive changes of migraineurs receiving biofeedback training. Headache, 28, 339-343.
- Nie, N.; Bent, D.; Hull, H. (1970). SPSS (statistical package for the social sciences). USA: Ed. McGraw-Hill.
- Norusis, M. (1988). SPSS-X. Introductory Statistics Guide for SPSS-X Release 3. USA, Washington: SSPS In.
- Norusis, M. (1988). SPSS/PS+ Advanced Statistics V 2.0. USA, Washington: SPSS In.
- Núñez, R. (1991). Manual Práctico del MMPI. México, D.F.: Ed. Trillas.
- Núñez, R. (1987). Pruebas Psicométricas de la Personalidad. Manual Práctico del MMPI. México: Ed. Diana.

Olesen, J. (1989). New international headache classification. Neuroepidemiology, 8, 53-55.

Palacios, P., Figueroa, C. y Rojas, M. (1987). El perfil cognitivo conductual del paciente con dolor de cabeza crónico: un estudio preliminar. Trabajo presentado en el IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Puebla, Pue., México.

Palacios, P. y Rojas, M. (1986). Evaluación integral y tratamiento no farmacológico del dolor de cabeza crónico. Proyecto de Investigación. ENEP-Zaragoza, U.N.A.M. México, D.F.

Passchier, J., Helm-Hyllkema, H. y Ohebeke, J. F. (1984). Personality an Headache Type: a controlled study. Headache, 24, 140-146.

Philips, H. (1987). Avoidance Behavior and its role in sustaining chronic pain. Behav. Res. Ther., 25(4), 273-279.

Philips, C. y Hunter H. (1982). Hedache in a Psychiatric Population. The Journal of nervous and Mental Disease, 170 (1), 34-40.

Ramírez, J. J. (1985). A critical analysis of traditional tension headaches model. Headache, 25, 337-339.

Ramos, B. (1989). Comparación de los índices de depresión en dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor. Tesis de Licenciatura. E.N.E.P. Zaragoza. México, D.F.

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 headaches population. J. Behav. Med., 10(1), 49-60.

- Raskin, N. (1982). Migraine. Psychosomatic illness review. Psychosomatics, 23(9), 897-907.
- Rimm, D. y Masters, J. (1984). Terapia de la Conducta. México: Ed. Trillas.
- Rivera, J. D., (1987). Interpretación clínica y psicodinámica del MMPJ. México: Ed. Diana.
- Rodríguez De San Miguel, J. L. (1992). Depresión e ideas irracionales en cefaléicos. Tesis de Licenciatura. F.E.P. Zaragoza. México, D.F.
- Rojas, M.E. (1986) Rehabilitación neuromuscular con retroalimentación biológica: Problemas Metodológicos. Tesis de Licenciatura. ENEP Zaragoza U.N.A.M. México, D.F.
- Rojas, R. M., Beltran, R. L., Vargas, A.P., Ramos, R.B., Figueroa, L.C. y Dorantes, F. (1991). Relación depresión-dolor de cabeza crónico: comparación de tres grupos con estatus clínico diferente. Gaceta Médica del Instituto de Salud del Estado de México. 1 (2), p. 61-65.
- Schnard, D. y Hunter, J. (1980). Migraine incidence in clinical vs nonclinical populations. Psychosomatics, 21(4), 314-325.
- Seligman, M. (1975). Indefensión. En la depresión del desarrollo y muerte. Madrid: Debate.
- Siegel, S. (1988). Estadística no paramétrica. México: Ed. Trillas.
- Spierings, E.L.H. (1988). Recent advances in the understanding of migraine. Headache, 28, 665-658.

- Strassberg, D., Reimherr, F., Ward, M., Russell, S. y Cole, A. (1981). The MMPI and Chronic Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(2), 220-226.
- Turkat, I. D., Brantley, P., Orton, K. y Adams, H. (1981). Reliability of headache Diagnosis. J. Behav. Assessment, 2(1), 1-3.
- Weatherhead, D. (1980). Headache associated with psychiatric disorders: Classification and etiology. Psychosomatic, 21(10), 832-840.
- Webb, W. (1983). Chronic pain. Psychosomatics, 24(12), 1053-1063.
- Williams, D., Thompson, K., Haber, J. y Raczyński, J. (1986). MMPI and Headache: a special focus on differential diagnosis, prediction of treatment matching. Pain, 24, 143-158.
- Wittkower, E. y Cleghorn, R. Progresos en Medicina Psicósomática. Ed. EUDEBA. Buenos Aires, 1966.
- Wolpe, J. (1981). Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Ed. Trillas.
- Wolpe, J. y Lang, P. (1969). Fear survey schedule educational and industrial testing service. En: Alberti, R.E. (1977). Assertiveness. Innovations application, issues California. Impact Publishers, Inc.
- Zenz, H. (1983). Social aspects of management of headache patients. En: Holroyd, K.A., Schlote, B. y Zenz, H. (Eds.). Perspectives in research on headache. Lewiston, New York: Hogrefe. pp. 105-114.

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

Ziegler, D. (1979). Headaches syndromes: Problems of definition. Psychosomatics, 20(7), 443-447.

ANEXOS

TRATAMIENTO DEL DOLOR DE CABEZA MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION Y DE RETROALIMENTACION BIOLOGICA

REGISTRO INDIVIDUAL DE DATOS SEMANALES

SEMANA	FREC.	DURAC.	I.M.	INDICE	R° FIS.(1)	R° FIS.(2)	T.A.	PULSO
1 Del al								
2 Del al								
3 Del al								
4 Del al								
5 Del al								
6 Del al								
7 Del al								
8 Del al								
9 Del al								
10 Del al								
11 Del al								
12 Del al								

Grupo: _____

Paciente: _____

Dx: _____

Terap.: _____

.....

Abreviaturas:

I.M.= Intensidad
Máxima

T.A.= Tensión Ar-
terial

Dx= Diagnóstico

R° FIS.(1)= Respues-
ta Fisiológica en-
treñada.

R° FIS.(2)= Respues-
ta Fisiológica de
observación.

ANEJO 2

ATENCION: 1)Hacer alguna marca que permita distinguir las semanas correspondientes al periodo de LB del de TRATAMIENTO; 2)En los datos de R° FIS. (1) y(2) anotar las unidades (mv o °P); 3)En la sección correspondiente anotar cualesquier comentario, observación o aclaración pertinente, indicando la fecha de la nota.

4. Patologías concomitantes:

Hipertensión Anemia Probl. visuales Amibiasis
Sinusitis Parasitosis Intestinal Infecciones Ginecológicas
Problemas neurológicos diversos:

Otras:

B: Antecedentes Familiares: (si) (no)

Padre Madre Hermanos(as)

Abuelos(as) (mat) (pat) Tíos(as) (mat) (pat):

Periodo de evolución: Dx.:

Trat. recibidos: Resultados:

IV. ESPECIFICACIONES DE LA CEFALEA.

Frecuencias /semana /mes

Duración promedio de cada episodio:

Intensidad promedio de la cefalea:

1 2 3 4 5

1=dolor muy leve

3=dolor severo

5=dolor incapacitante

2=dolor moderado

4=dolor muy severo

¿Cómo comienza usualmente la cefalea?

repentinamente

nunca se le quita

gradualmente

otras:

¿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? (si) (no) ¿Cuándo?

Topografía (indicar con una flecha la irradiación, si es que la hay).



FALSA DE ORIGEN

Descripción del dolor.

Punzante **Pulsátil** **Pesadez** **Ardor** **Picante**
Tirantez **Sensación de presión** **Como si fuera a explotar**
Otras:

Prodromos (síntomas precedentes a la cefalea): (si) (no)

Trastornos visuales:

Dolor de estómago
Tics oculares
Lagrimeo (unilateral) (bilateral)
Dolor ocular (unilateral) (bilateral)
Mareos
Zumbido de oídos
Trastornos gástricos
Frío **Calor** ¿en qué parte(s) del cuerpo?
Fotofobia
Otros(s):

Eventos antecedentes:

1. Situacionales
2. Físicos/fisiológicos (e.g. náusea, vómito, menstruación, ejercicio, etc.):
3. Conductuales:
4. Afectivos/emocionales:
5. Cognitivos:

Eventos concomitantes

1. Físicos/fisiológicos:
2. Conductuales (incluye acciones para combatir el dolor, e.g. tomar medicinas, acostarse, etc.):
3. Afectivos/emocionales:
4. Cognitivos:

Eventos posteriores:

1. Físicos/fisiológicos:
2. Conductuales:
3. Afectivos/emocionales:
4. Cognitivos:

Tratamientos actuales:

- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1. Analgésicos: (narcóticos) | Resultados: |
| 2. Sedantes: | Resultados: |
| 3. Miorelajantes: | Resultados: |
| 4. Vitaminas: | Resultados: |
| 5. Vasoconstrictores: | Resultados: |
| 6. Acupuntura: | Resultados: |
| 7. Otros: | Resultados: |

Atribución del problema:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------|
| 1. "no se" | 2. "nervios" | 3. "problemas" |
| 4. preocupaciones específicas: | 5. menstruación | 6. Otra(s): |

FALLA DE ORIGEN

Severidad del problema:

- | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------|
| 1. No es un problema | 2. Levemente inquietante | |
| 3. Moderado | 4. Severo | 5. Incapacitante |

OBSERVACIONES:

Entrevistador:

FALLA DE ORIGEN

Elaborado por Mario E. Rojas Russell
E.N.E.P. Zaragoza. Fac. Psicología
Junio, 1989.

Nombre del Paciente: _____
Puntuación: _____

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK Y COLS.

ANEXO 4

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

A. ESTADO DE ANIMO

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

B. PESIMISMO

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

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

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

D. FALTA DE SATISFACCION

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

E. SENTIMIENTO DE CULPA

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

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

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

FALLA DE ORIGEN

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

G. ODIO A SI MISMO

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

H. AUTOACUSACIONES

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

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

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

J. BROTOS DE LLANTO

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

K. IRRITABILIDAD

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

L. AISLAMIENTO SOCIAL

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

M. INDECISION

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

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

N. IMAGEN CORPORAL

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

O. INHIBICION DEL TRABAJO

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

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

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

Q. FATIGABILIDAD

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

R. PERDIDA DE APETITO

- Mi apetito es peor que lo usual.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor ahora.
- No tengo apetito de nada.

S. PERDIDA DE PESO

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

T. PREOCCUPACION SOMATICA

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

U. PERDIDA DE INTERES

- He notado algún cambio reciente en el interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo ahora.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- He perdido el interés en el sexo por completo.

FALLA DE ORIGEN

ANALISIS MULTIMODAL DEL INVENTARIO DE
DEPRESION DE BECK.

Nombre: _____

Fecha: _____

No. de Expediente: _____

Terapeuta: _____

REACTIVO	MODALIDAD	PUNTAJE	CONTENIDO
A. Edo. de Animo.	AFECTO		
B. Pesimismo.	COGNICION		
C. Sentimiento de fracaso.	COGNICION		
D. Falta de satisfaccíon.	AFECTO		
E. Sentimiento de culpa.	COGNICION		
F. Sentimiento de castigo.	COGNICION		
G. Odio a sí mismo.	AFECTO		
H. Autoacusaciones	COGNICION		
I. Deseos autopunitivos.	COGNICION		
J. Brotes de llanto.	CONDUCTA		
K. Irritabilidad	AFECTO		
L. Aislamiento social.	RELAC. INTER.		
M. Indecisión	COGNICION		
N. Imagen corporal	COGNICION		
O. Inhibición del trabajo.	CONDUCTA		
P. Perturbación del sueño.	DROGAS		
Q. Fatigabilidad	SENSACIONES		
R. Pérdida de apetito.	DROGAS		
S. Pérdida de peso	DROGAS		
T. Preocupación somática.	COGNICION		
U. Pérdida de Libido.	DROGAS		
P.T. _____			

FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

ANEXO 3

Este inventario pretende investigar la manera en que Ud. piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales Ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá trazar aquel número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
3. Significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
4. Significa MODERADAMENTE DE ACUERDO
5. Significa TOTALMENTE DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTA acerca de la afirmación y no como Ud. cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con número 3, o neutrales, lo más que le sea posible.

- | | |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben | 1 2 3 4 5 |
| 2. Podría fracasar en algo | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo | 1 2 3 4 5 |
| 9. "El que nace para asceta, del corredor no pasa" | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa | 1 2 3 4 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario | 1 2 3 4 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien | 1 2 3 4 5 |
| 13. Muchas personas salvadas escapan del castigo que merecen | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas | 1 2 3 4 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan | 1 2 3 4 5 |

FALLA DE ORIGEN

- | | |
|--|-----------|
| 18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado | 1 2 3 4 5 |
| 20. No hay solución perfecta para algo | 1 2 3 4 5 |
| 21. Quiero que todos me estimen | 1 2 3 4 5 |
| 22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo | 1 2 3 4 5 |
| 23. Los que se equivocan merecen ser censurados | 1 2 3 4 5 |
| 24. Las cosas deberían ser mejores de como son | 1 2 3 4 5 |
| 25. Yo causo mis propios estados de ánimo | 1 2 3 4 5 |
| 26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones | 1 2 3 4 5 |
| 27. Evito enfrentar mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma | 1 2 3 4 5 |
| 29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro | 1 2 3 4 5 |
| 30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida | 1 2 3 4 5 |
| 31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén | 1 2 3 4 5 |
| 32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario | 1 2 3 4 5 |
| 33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada | 1 2 3 4 5 |
| 34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan | 1 2 3 4 5 |
| 35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas | 1 2 3 4 5 |
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso | 1 2 3 4 5 |
| 37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo | 1 2 3 4 5 |
| 38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho | 1 2 3 4 5 |
| 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado | 1 2 3 4 5 |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas | 1 2 3 4 5 |
| 41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío | 1 2 3 4 5 |
| 42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago | 1 2 3 4 5 |
| 43. Rara vez culpo a la gente por sus errores | 1 2 3 4 5 |
| 44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten | 1 2 3 4 5 |
| 45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así | 1 2 3 4 5 |

FALLA DE ORIGEN

46. No puedo tolerar el probar fortuna	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo otros piensan	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno	1 2 3 4 5
66. Me preocupa demasiado por las cosas futuras	1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupo por cuánta gente me aprueba o desaprueba	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores	1 2 3 4 5
73. Es injusto que " paguen justos por pecadores"	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida	1 2 3 4 5

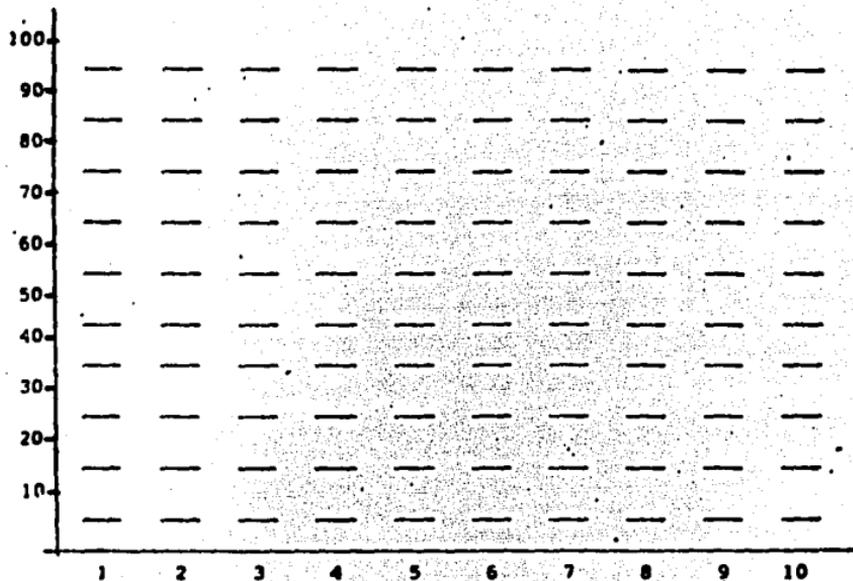
FALLA DE ORIGEN

75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida	1 2 3 4
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores	1 2 3 4
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante	1 2 3 4
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará	1 2 3 4
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí	1 2 3 4
82. Frecuentemente me irrito por pequeñas cosas	1 2 3 4
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad	1 2 3 4
84. Me disgusta la responsabilidad	1 2 3 4
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo	1 2 3 4
86. Casi nunca pienso en las cosas como la muerte o la guerra atómica	1 2 3 4
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer	1 2 3 4
88. Me disgusta tener que depender de alguien	1 2 3 4
89. En el fondo, la gente nunca cambia	1 2 3 4
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta	1 2 3 4
91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico	1 2 3 4
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien	1 2 3 4
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo	1 2 3 4
94. A veces me trastornan los errores de otros	1 2 3 4
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro	1 2 3 4
97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulte	1 2 3 4
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar	1 2 3 4
99. Yo no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias	1 2 3 4

FALLA DE ORIGEN

PERFIL DE IDEAS IRRACIONALES

Nombre _____ No. Exp. _____



FALLA DE ORIGEN



INVENTARIO DE TEMORES

PROGRAMA DE CLINICA II

ANEXO 6

A continuación encontrará una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo y otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada reactivo en alguna de las 5 columnas de la derecha: LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACION EN SU VIDA ACTUAL.

	1 2 3 4 5				
1.- Ruido de aspiradoras.					
2.- Héridas abiertas.					
3.- Estar solo (a)					
4.- Estar en un lugar extraño.					
5.- Voces altas.					
6.- Personas muertas.					
7.- Hablar en público.					
8.- Cruzar las calles.					
9.- Gente que parece locos.					
10.- Caer.					
11.- Automóviles.					
12.- Ser embromado o importunado.					
13.- Dentistas.					
14.- Truenos.					
15.- Sirenas.					
16.- Fracaso.					
17.- Entrar en un lugar donde otros están sentados.					
18.- Lugares altos.					
19.- Mirar hacia abajo, desde edificios altos.					
20.- Gusanos.					
21.- Criaturas imaginarias.					

FALLA DE ORIGEN

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 22.- Desconocidos. | | | | |
| 23.- Recibir inyecciones. | | | | |
| 24.- Murciélagos. | | | | |
| 25.- Viajes en tren. | | | | |
| 26.- Viajes en autobús. | | | | |
| 27.- Viajes en automóvil. | | | | |
| 28.- Sentir cólera o furia. | | | | |
| 29.- Gente con autoridad. | | | | |
| 30.- Insectos voladores. | | | | |
| 31.- Ver inyectar a otra persona. | | | | |
| 32.- Ruidos repentinos. | | | | |
| 33.- Tiempo nublado. | | | | |
| 34.- Multitudes. | | | | |
| 35.- Espacios largos y abiertos. | | | | |
| 36.- Gatos. | | | | |
| 37.- Una persona amenazando a otra. | | | | |
| 38.- Gente con apariencia de maleante. | | | | |
| 39.- Pájaros. | | | | |
| 40.- Ver aguas profundas. | | | | |
| 41.- Ser observado al trabajar. | | | | |
| 42.- Animales muertos. | | | | |
| 43.- Armas. | | | | |
| 44.- Suciedad. | | | | |
| 45.- Insectos que se arrastran. | | | | |
| 46.- Gente fea. | | | | |
| 47.- Ver pelear. | | | | |
| 48.- Fuego. | | | | |
| 49.- Gente enferma. | | | | |
| 50.- Perros. | | | | |
| 51.- Ser criticado. | | | | |
| 52.- Figuras extrañas. | | | | |
| 53.- Estar en un elevador. | | | | |
| 54.- Presenciar operaciones. | | | | |
| 55.- Gente enojada. | | | | |
| 56.- Ratones. | | | | |
| 57.- Sangre humana. | | | | |

FALLA DE ORIGEN

	1	2	3	4	5
58.- Sangre de animales.					
59.- Partida de amigos.					
60.- Lugares cerrados.					
61.- Perspectiva de ser operado.					
62.- Sentirse rechazado por otros.					
63.- Aviones.					
64.- Olores a medicina.					
65.- Sentirse desaprobado.					
66.- Serpientes inofensivas.					
67.- Cementerios.					
68.- Ser ignorado.					
69.- Oscuridad.					
70.- Perderse el ritmo cardíaco.					
71.- Hombre desnudo.					
72.- Mujer desnuda.					
73.- Relámpago.					
74.- Médicos.					
75.- Personas deformes.					
76.- Cometer errores.					
77.- Parecer bobo.					
78.- Tener náuseas.					
79.- Perder el control.					
80.- Desmayarse.					
81.- Arañas.					
82.- Ser responsabilizado para tomar decisiones.					
83.- Vista de cuchillos y objetos cortantes.					
84.- Convertirse en enfermo mental.					
85.- Estar con un hombre.					
86.- Estar con una mujer.					
87.- Presentar exámenes escritos.					
88.- Ser focado por otros.					
89.- Sentirse diferente a otros.					
90.- Silencios en la conversación.					

FALLA DE ORIGEN

**INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD
DE GAMBRIEL Y HICKEY.**

Mucha gente tiene dificultad para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar aprobación o desaprobarción, etc.

Por favor, indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay ANTES de cada situación, utilizando la siguiente escala.

- 1= NINGUNA INCOMODIDAD
- 2= UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3= REGULAR INCOMODIDAD
- 4= MUCHA INCOMODIDAD
- 5= DEMASIADA INCOMODIDAD

Muy bien. Ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y, DESPUES de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llegara a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así como la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya han ocurrido. Por ejemplo: si Ud. rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un "cuatro" (4) después de esa situación - (columna de la derecha). Utilice la escala siguiente:

- 1= Significa "Siempre lo hago"
- 2= Significa "Usualmente lo hago"
- 3= Significa "Lo hago la mitad de las veces"
- 4= Significa "De vez en cuando lo hago"
- 5= Significa "Nunca lo hago"

LLA DE ORIGEN:

**INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD
DE GALLERILL Y HIGHLEY.**

Grado de incomodidad.		Situación.	Probable respuesta.	
<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	1R.-Rechazar la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tuviera).	___	___
___	___	2A.-Elogiar a un amigo.	___	___
___	___	3R.-Decir <u>no</u> a un vendedor insistente.	___	___
___	___	4A.-Pedir un favor a alguien.	___	___
___	___	5R.-Rechazar una invitación a una reu- nión.	___	___
___	___	6A.-Disculparse cuando se está en un error.	___	___
___	___	7R.-Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	___	___
___	___	8R.-Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a Ud. le molesta.	___	___
___	___	9A.-Preguntar al tener una duda.	___	___
___	___	10A.-Admitir ignorancia en alguna área.	___	___
___	___	11R.-Rechazar una petición para prestar dinero (suponiendo que lo tuviera).	___	___
___	___	12A.-Preguntar cosas íntimas.	___	___
___	___	13R.-Chillar a un amigo hablandote.	___	___
___	___	14A.-Pedir una crítica constructiva.	___	___
___	___	15A.-Iniciar una conversación con ex- tranjeros.	___	___
___	___	16A.-Elogiar a una persona que a Ud. le interesa sentimentalmente.	___	___
___	___	17A.-Pedir una reunión o una cita con alguien.	___	___
___	___	18A.-Si una petición inicial suya es rechazada, volverla a pedir.	___	___

FALLA DE ORIGEN

Grado de
Inconciencia.

Situación.

Probable
respuesta.

<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	19A.-Aceptar y pedir la aclaración co- tra algo que no ha entendido.	___	___
___	___	20A.-Solicitar un empleo.	___	___
___	___	21A.-Preguntar si ha ofendido a alguien.	___	___
___	___	22A.-Decirle a una persona lo que Ud. necesita de ella.	___	___
___	___	23R.-Pedir el servicio expresado cuando ésta no llega.	___	___
___	___	24R.-Discutir abiertamente las críticas que le hacen a su conducta.	___	___
___	___	25R.-Rechazar cosas defectuosas en tiendas, etc.	___	___
___	___	26A.-Expresar su desacuerdo con quien se habla.	___	___
___	___	27R.-Rechazar insinuaciones sexuales cuando no le está interesado (a).	___	___
___	___	28R.-Decirle a una persona lo injusto que ha sido.	___	___
___	___	29A.-Aceptar una cita.	___	___
___	___	30A.-Dar a alguien buenas noticias sobre Ud.	___	___
___	___	31R.-Rechazar la insistencia para beber.	___	___
___	___	32R.-Resistir una petición injusta de-- alguien a quien Ud. estima.	___	___
___	___	33R.-Dejar un trabajo.	___	___
___	___	34R.-Resistir la insistencia por con- tinar su opinión.	___	___

FALLA DE ORIGEN

Grado de
inconodid=4.

S i t u a c i ó n .

Probable
respuesta.

C	E		C	E
___	___	35R.-Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo.	___	___
___	___	36A.-Solicitar el regreso de cosas que prestó.	___	___
___	___	37A.-Aceptar cumplidos y elogios.	___	___
___	___	38R.-Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	___	___
___	___	39R.-Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha hecho o dicho algo que a Ud. le molestó.	___	___
___	___	40R.-Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	___	___

FALLA DE ORIGEN

Aproximación Social Respuestas de: o Peticiones.		Respuestas de Rechazo o protectoras	
Extraños y relaciones situacionales	4 6 10 14 15 17 18	3 5 7 11 23 24 25 27	
	19 20 21 22 26 29 36	28 31 33 34 35 38 40	
	37 9		
	/16 —% i — r —	/15 —% i — r —	
Amigos o Relaciones Intimas	2 4 6 9 10 12 14 16	1 3 5 7 8 11 13 24 27	
	17 18 19 20 21 22 26	28 31 32 33 34 35 38	
	29 30 33 37	39 40	
	/19 + — i — r —	/18 + — i — r —	

Interacción entre Respuestas Asertivas y diversos niveles de Relación.

/40 = A ___%

/40 = R ___%

T ___%

i = /68 ___%

r = /68 ___%

FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Cheney McKinley

M
Número

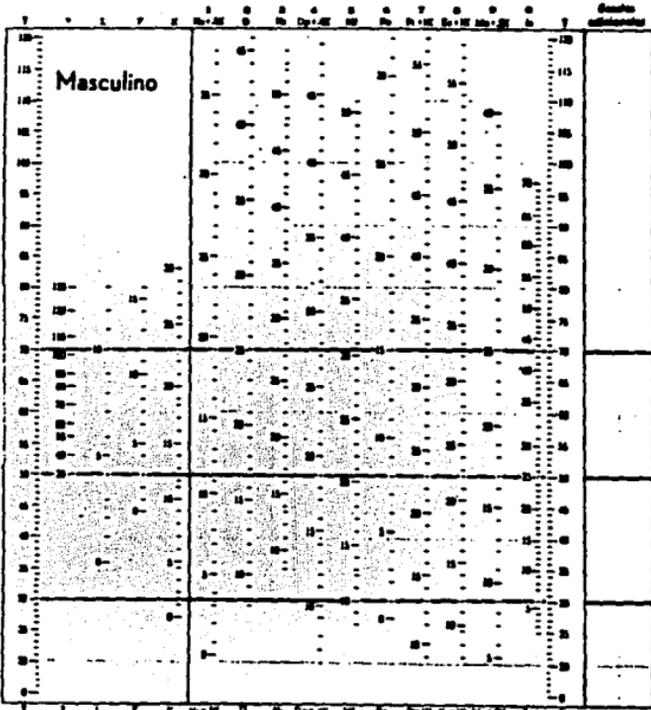
Nombre _____ (Nombre de estudio)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Otros nombres o estudios completos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Programa 6

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

NOTAS

FALLA DE ORIGEN

ANEXO B

Permutación natural _____
 Agrupa ítem K _____
 Permutación corregida _____



© 1946 MMPI, Inc. Todos los derechos reservados.
 EL MANUAL, MMPI-ESP, S.A. de C.V.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
 under license of The Psychological Corporation
 © 1946, Copyright 1943, by

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chernley McKinley

F
Femenino

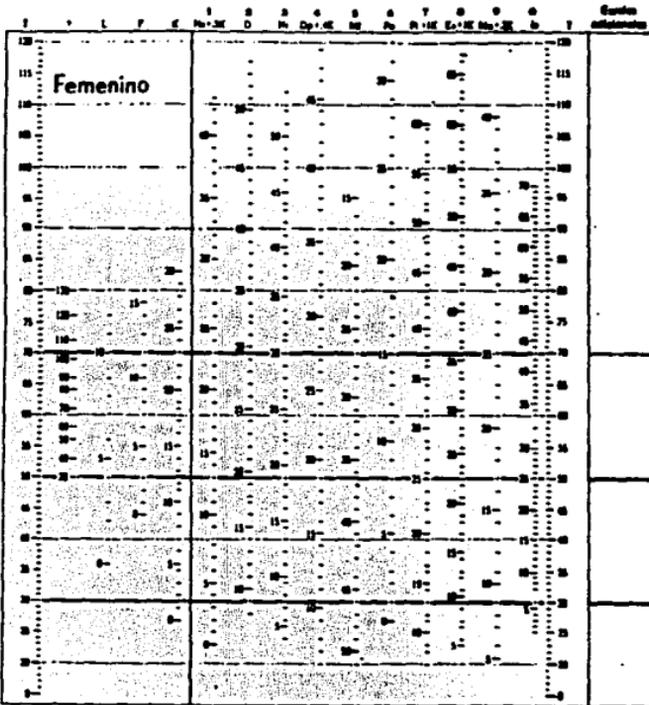
Nombre _____ (letra de apellido)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios completos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Relación por _____



Procesos R

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

NOTAS

FALLA DE ORIGEN

Puntuación total _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____



ANEXO 9

GRUPO DIAGNOSTICO CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	CEFALEA TENSIONAL Dx 1 n= 22	CEFALEA MIXTA Dx 2 n= 27	CEFALEA MIGRAÑOSA Dx 3 n= 32	GRUPO SIN DOLOR NI PADECIMIENTOS CRONICOS n= 20
SEXO				
Hombres	18 % (4)	7.5% (2)	9.5% (3)	15% (3)
Mujeres	82 % (18)	92.5% (25)	90.5% (29)	85% (17)
EDAD				
Promedio	33.8 (16-55)	32.25 (15-54)	31.34 (18-59)	27.7 (18-50)
ESTADO CIVIL				
Casado	68% (15)	70.5% (19)	69 % (22)	30% (6)
Unión Libre	4.5% (1)	11% (3)	19 % (6)	-----
Soltero	23% (5)	18.5% (5)	9% (3)	65% (13)
Separado	-----	-----	3% (1)	5% (1)
Viudo	4.5% (1)	-----	-----	-----
ESCOLARIDAD				
Primaria	64% (14)	59% (16)	28 % (9)	20% (4)
Secundaria	18% (4)	26% (7)	50% (16)	30% (6)
Bachillerato	18% (4)	7.5% (2)	15.5% (5)	45% (9)
Licenciatura	-----	7.5% (2)	6.5% (2)	5% (1)
OCUPACION				
Obrero	4.5% (1)	3.5% (1)	0% (0)	15% (3)
Empleado	9% (2)	15.5% (4)	25% (8)	40% (8)
Trabajador por su cuenta	23% (5)	7.5% (2)	3% (1)	-----
Profesionista	-----	3.5% (1)	3% (1)	-----
Hogar	54.5% (12)	66.5% (18)	62.5% (20)	30% (6)
Estudiante	9% (2)	3.5% (1)	6.5% (2)	15% (3)

Tabla 1. Características demográficas de los grupos diagnósticos de cefalea y el grupo control.

FALLA DE ORIGEN

Instrumentos	Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Medio cuadrático	F	Signif. p
Beck	entre grupos	408.127	3	136.042	1.319	0.273
	dentro de los grupos	10003.358	97	103.127		n.s.
IBT	entre grupos	408.127	3	136.042	1.319	0.273
	dentro de los grupos	10003.358	97	103.127		n.s.
Temores	entre grupos	356.067	3	118.956	1.080	0.362
	dentro de los grupos	9140.121	83	110.122		n.s.
Aserción	entre grupos	452.145	3	150.715	1.470	0.229
	dentro de los grupos	8099.927	79	102.531		n.s.
MMPI	entre grupos	644.163	3	214.721	1.438	0.237
	dentro de los grupos	13340.462	92	149.353		n.s.

Tabla 2. Análisis de Varianza de la edad comparando el grupo de cefalea tensional (Dx1), cefalea mixta (Dx2), cefalea migrañosa (Dx3) y el grupo control.
(F de tabla 2.68)
n.s = no significativo

Grupos	Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Medio cuadrático	F	Signif. de F
D.C.C.	entre grupos	390.625	1	260.625	3.347	0.075
Grupo Con Control	dentro de los grupos	4435.150	38	116.714		n.s.

Tabla 2a. Análisis de varianza de la edad del grupo de dolor de cabeza crónico (D.C.C.) y el grupo control.
(F de tabla 4.08)
n.s. = no significativo

FALLA DE ORIGEN

GRUPO DIAGNOSTICO / MEDIDAS PSICOLÓGICAS		Dx 1 Tensional	Dx 2 mixto	Dx 3 migrañoso	D.C.C.	Gpo. control
Indice de depresión Beck	Md \bar{x}	12 15.318	16 15.63	11.5 12.531	12 15.6	8 10.1
IBT Idea 1	Md \bar{x}	40 39.091	50 48.148	40 39.375	30 33.5	40 37.0
Idea 2	Md \bar{x}	55 55.909	70 61.111	55 53.75	60 56.5	50 53.0
Idea 3	Md \bar{x}	45 44.091	50 43.333	45 45.625	40 41.5	40 43.5
Idea 4	Md \bar{x}	45 46.818	50 45.926	50 49.375	50 52	40 42.5
Idea 5	Md \bar{x}	25 28.636	30 31.481	30 32.5	30 30	20 22.0
Idea 6	Md \bar{x}	65 66.364	60 58.148	60 59.375	60 59.5	50 48.0
Idea 7	Md \bar{x}	40 39.545	40 42.222	40 40.313	40 38	30 33.0
Idea 8	Md \bar{x}	40 37.273	40 40.0	40 40.0	40 41	40 38.0
Idea 9	Md \bar{x}	40 36.364	40 45.185	40 36.875	25 34.5	30 35.5
Idea 10	Md \bar{x}	60 54.545	50 51.111	50 50.0	60 53.5	55 52.5
Porcentaje Temores	Md \bar{x}	20 20.636	16.6 22.983	15.5 18.694	23.6 23.41	5.95 12.641
Aserción Puntuación total	Md \bar{x}	80 76.563	83.75 96.292	77.5 70.970	76.25 75.63	57.5 59.585

Tabla 3. Medianas y medias por grupo diagnóstico de cada instrumento psicológico.
Md= mediana \bar{x} = media

FALLA DE ORIGEN

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom	Int.Máx	I. Med.
Intensificación Total	C.Kendall-b Signif.	-0.116 0.777	-0.008 0.694	0.186 0.753	0.138 0.633	0.084 0.418	0.008 0.626	0.188 0.278
Intensificación 1	C.Kendall-b Signif.	-0.054 0.942	-0.064 0.744	0.151 0.470	0.103 0.848	0.077 0.555	-0.066 0.780	0.288 0.032
Intensificación 2	C.Kendall-b Signif.	-0.133 0.523	0.103 0.443	0.090 0.448	0.104 0.365	0.026 0.321	0.008 0.705	-0.017 0.653
Intensificación 3	C.Kendall-b Signif.	0.085 0.849	-0.154 0.192	0.062 0.592	0.025 0.796	-0.080 0.713	-0.298 0.035	0.126 0.535
Intensificación 4	C.Kendall-b Signif.	-0.094 0.565	-0.057 0.620	0.243 0.028	0.263 0.046	0.171 0.173	-0.081 0.854	0.317 0.035
Comodidad	C.Kendall-b Signif.	0.081 0.554	0.036 0.786	-0.043 0.512	-0.058 0.690	-0.134 0.301	-0.162 0.385	-0.190 0.203
Probable respuesta	C.Kendall-b Signif.	0.040 0.690	-0.040 0.736	0.070 0.799	0.040 0.615	-0.117 0.533	-0.151 0.369	0.056 0.749
Amores	C.Kendall-b Signif.	0.190 0.169	0.073 0.842	0.040 0.617	-0.033 0.675	0.023 0.863	-0.076 0.298	0.133 0.581
Clase L	C.Kendall-b Signif.	0.046 0.685	0.028 0.702	-0.185 0.285	-0.152 0.211	-0.035 0.686	0.011 0.969	-0.003 0.966
Clase F	C.Kendall-b Signif.	-0.295 0.032	0.200 0.084	0.006 0.768	0.037 0.902	0.044 0.931	0.231 0.042	-0.041 0.203
Clase K	C.Kendall-b Signif.	0.118 0.377	-0.055 0.756	0.019 0.769	0.094 0.732	0.132 0.450	-0.018 0.852	0.246 0.045

Tabla C Correlaciones de Kendall del Dx 2 Cefalea Mixta y sus
(cont.) parametros de dolor * NIVEL SIGNIFICANCIA P < 0.05
P < 0.01

GRUPO DIAGNOSTICO	MEDIDAS PSICOLOGICAS	Dx 1	Dx 2	Dx 3	D.C.C	Grupo control
		Tensional	mixto	migratorio		
Cuadrante 1	Md	81.25	87.5	75	81.25	62.49
	X	78.906	79.675	72.398	77.48	63.996
Cuadrante 2	Md	69.98	76.66	60	66.3	43.33
	X	69.144	69.015	63.413	63.79	47.529
Cuadrante 3	Md	52.61	52.62	52.63	52.615	26.535
	X	52.941	51.640	50.424	50.78	35.041
Cuadrante 4	Md	66.6	63.85	66	66.6	44.44
	X	61.438	65.240	60.543	65.48	37.519
Incomodidad	Md	38.23	37.48	19.11	31.65	20.54
	X	36.567	36.515	23.027	31.95	22.813
Probable Respuesta	Md	53.65	67.64	61.76	61.765	34.53
	X	50.501	62.028	56.163	58.02	38.950
MMPI Escala L	Md	5.5	6	5	5.5	6
	X	5.2	5.846	4.733	5.4	6.8
Escala F	Md	9	13	10	10.5	7
	X	10.70	13.154	9.7	10.95	7.8
Escala K	Md	12.5	11	11	12.5	14.5
	X	11.45	11.154	11.4	12.3	15.1
Escala 1 Hs	Md	21	24.5	21.5	22	13.5
	X	21.6	24.462	21.467	21.85	13.950
Escala 2 D	Md	31.5	31	30	33.5	23
	X	32.050	32.5	29.8	32.6	24.3
Escala 3 Hi	Md	25.5	30.5	28.5	28.5	18
	X	27.6	29.692	27.467	28.4	17.9
Escala 4 Dp	Md	27.5	26	24	26	22
	X	27.250	26.0	24.533	25.6	22.250

Tabla 3. Medianas y medias por grupo diagnóstico de cada instrumento psicológico (cont.)
Md= mediana X= media

GRUPO DIAGNOSTICO / MEDIDAS PSICOLOGICAS		Dx 1 Tensional	Dx 2 mixto	Dx 3 migrañoso	D.C.C	Grupo control
Escala 5 Mf	Md	33.5	31	32	31.5	31
	\bar{x}	32.25	31.808	32.0	31	29.450
Escala 6 Pa	Md	13	13	12	12.5	10
	\bar{x}	13.4	13.769	11.367	12.7	10.8
Escala 7 Pt	Md	34	38.5	34	34.5	25
	\bar{x}	35.2	37.615	33.60	35.6	26.55
Escala 8 Es	Md	37.5	39	31.5	36	27.5
	\bar{x}	38.0	40.0	33.7	36.8	30.15
Escala 9 Ma	Md	23	20	19.5	20	21
	\bar{x}	22.55	20.768	19.533	19.55	20.25
Escala 0 Is	Md	39	38	34	38	30
	\bar{x}	36.45	39.115	34.4	37.5	32.5

Tabla 3. Medianas y medias por grupo diagnóstico de cada instrumento psicológico. (cont.)

Md= mediana \bar{x} = media

DIAGNOSTICO PARAM. DOLOR	Dx 1. C-Tensional				Dx 2. C. Mixta				Dx 3. C. Migrañosa				D.C.C	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Instrumento														
Frecuencia	Md	7	7	7	7	8	8	8	8	4	4	4	4.5	7
	\bar{x}	8.22	9.21	8.68	8.68	9.11	9.52	9.54	9.54	5.34	5.08	5.60	5.6	8.3
Duración	Md	59	74	73	59	70	70	68	73.5	24	21	23	24	25.5
	\bar{x}	55.8	63.1	60.93	60.93	73.7	74.12	72.75	70.3	32.21	24.65	28	28.9	40.6
Indice	Md	0.685	0.73	0.73	0.635	0.88	0.88	0.816	0.89	0.321	0.250	0.301	0.34	0.387
	\bar{x}	0.671	0.76	0.711	0.723	1.147	1.146	1.146	1.145	0.39	0.33	0.354	0.351	0.479
Intensidad Promedio	Md	2.07	2.01	1.73	1.91	2.36	2.36	2.43	2.43	2.5	2.45	2.56	2.52	1.925
	\bar{x}	1.84	1.82	1.709	1.7	2.33	2.32	2.34	2.35	2.41	2.47	2.38	2.47	1.982
Intensidad Máxima	Md	3	3	3	3	3	3	3	3.4	3	3	3	3.5	3
	\bar{x}	3.09	3.1	2.93	2.94	2.95	3.55	3.56	3.54	3.56	3	3.17	3.17	3.05
Intensidad Mediana	Md	2	2	2	2	2	2	2	2.5	2.5	2	3	3	2
	\bar{x}	2.04	2	1.81	1.85	2.25	2.32	2.25	2.32	2.34	2.26	2.39	2.4	2
Evolución	Md	5.5	6	6	5.5	8	8	8	8	12.5	12	12	12.5	7
	\bar{x}	7.47	8.18	8.56	8.6	8.79	8.78	9.12	9.2	13.69	13.73	13.5	13.4	9.27

Tabla 3a. Medianas y medias de cada parametro de dolor por grupo diagnóstico en cada instrumento psicológico.

1= Beck 2= Temores 3= Afirmatividad 4= MMPI
e IBT. Md= mediana \bar{x} = media

MEDIDAS DE KRUSKAL-WALLIS Variables	Medio del rango			Corrección para ligas	
	Dx 1 n= 22	Dx 2 n= 27	Dx 3 n= 32	Chi cuadrada	Significancia
Indice de depresión	43.02	45.06	36.19	2.3084	0.3153
IBT					
Idea 1	36.82	48.33	37.69	4.0407	0.1326
Idea 2	39.14	46.93	37.28	2.7104	0.2579
Idea 3	40.18	40.30	42.16	0.1330	0.9357
Idea 4	40.05	37.46	44.64	1.4908	0.4745
Idea 5	37.91	41.80	42.45	0.5536	0.7582
Idea 6	45.89	37.87	40.28	1.5024	0.4718
Idea 7	39.20	43.81	39.86	0.6212	0.7330
Idea 8	38.41	47.48	37.31	3.2158	0.2003
Idea 9	38.95	41.11	42.31	0.2766	0.8708
Idea 10	46.68	40.94	37.14	2.2323	0.3275
D O L O R					
Evolución	32.91	38.07	49.03	6.7671	0.0339 *
Frecuencia	43.25	51.00	30.34	12.6916	0.0018 *
Duración	41.93	54.56	28.92	17.4403	0.0002 *
Indice	41.49	54.02	29.61	15.7862	0.0004 *
Intensidad Prom.	30.80	44.57	45.00	5.6928	0.0581
Intensidad Máxima	36.61	44.54	41.03	1.4832	0.4764
Int. Máx. Mediana	36.25	42.78	42.77	1.3497	0.5092

Tabla A. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de los tres diagnósticos del inventario de depresión Beck e ideas irracionales IBT

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

MEDIDAS DE KRUSKAL-WALLIS Variables	Medio del rango			Corrección para ligas	
	Dx 1 n= 20	Dx 2 n= 26	Dx 3 n= 30	Chi cuadrada	Significancia
Escala L	38.55	44.00	33.70	3.0802	0.2144
Escala F	35.33	47.40	32.90	6.6041	0.0368 *
Escala K	39.17	37.90	38.57	0.0382	0.9811
Escala 1 Ha	33.65	47.06	34.32	5.9708	0.0505
Escala 2 D	40.88	41.71	34.13	1.9624	0.3749
Escala 3 Hi	36.10	43.31	35.93	1.8793	0.3908
Escala 4 Dp	45.30	39.02	33.52	3.4529	0.1779
Escala 5 Mf	41.05	38.90	36.43	0.5469	0.7607
Escala 6 Pe	41.05	44.27	31.80	4.8453	0.0887
Escala 7 Pt	37.63	44.35	34.02	3.0984	0.2124
Escala 8 Es	39.45	46.31	31.10	6.6734	0.0356 *
Escala 9 Ma	47.63	38.31	32.58	5.6028	0.0607
Escala 0 Is	40.30	44.00	32.53	3.9475	0.1389
D O L O R					
Evolución	31.73	35.06	46.00	5.9911	0.0500 *
Frecuencia	39.67	48.44	29.10	10.9700	0.0041 *
Duración	37.08	53.35	26.58	20.5790	0.0002 *
Índice	35.78	52.08	28.55	16.2283	0.0003 *
Intensidad Prom.	26.42	42.00	43.47	5.1750	0.0168 *
Intensidad Máxima	31.58	42.10	40.00	3.0414	0.2186
Int. Máx. mediana	30.50	40.90	41.75	3.9357	0.1397

Tabla A . Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de los tres diagnósticos del MMPI

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

MEDIDAS DE KROENAL-HALLIS Variables	Medio del rango			Corrección para ligas	
	Dx 1 n= 16	Dx 2 n= 24	Dx 3 n= 23	GHI cuadrada	Significancia
Puntuación Total	32.34	35.48	28.13	1.9028	0.3862
Cuadrante 1	33.19	34.58	28.48	1.4142	0.4931
Cuadrante 2	32.97	35.15	28.04	1.8336	0.3998
Cuadrante 3	33.00	32.10	31.20	0.0928	0.9546
Cuadrante 4	31.22	34.21	30.24	0.5914	0.7440
Incomodidad	37.88	37.46	22.22	10.3322	0.0057 *
Probable Respuesta	25.84	36.79	31.28	3.4849	0.1751
D O L O R					
Evolución	28.09	29.85	36.96	2.7462	0.2533
Frecuencia	34.25	39.48	22.63	10.4522	0.0054 *
Duración	34.84	41.73	19.87	17.2321	0.0002 *
Indice	34.13	41.38	30.74	15.1768	0.0005 *
Intensidad Prom.	21.16	34.92	36.50	7.5992	0.0224 *
Intensidad Máxima	27.69	35.67	31.17	2.0445	0.3598
Int. Máx. Mediana	25.13	33.23	35.50	3.5358	0.1707

Table A. Resultados de la prueba de kruskal-wallis de los tres diagnósticos del inventario de Afirmitividad (ejercicio)

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA P < 0.05
P < 0.01

MEDIDAS DE KRUSKAL-WALLIS Variables	Medias del rango			Corrección para ligas	
	Dx 1 n= 19	Dx 2 n= 25	Dx 3 n= 23	Chi cuadrada	Significancia
Porcentaje de Temores	34.11	36.14	31.59	0.6552	0.7206
D U L O R					
Evolución	29.79	31.48	20.22	3.6585	0.1605
Frecuencia	38.00	42.16	21.83	14.4085	0.0007 *
Duración	38.11	44.60	19.09	21.7304	0.0002 *
Indice	37.21	43.84	20.65	17.6882	0.0001 *
Intensidad Prom.	25.95	37.60	36.74	4.5574	0.1024
Intensidad Máxima	32.63	38.00	30.78	1.9008	0.3866
Int. Máx. Mediana	29.89	36.18	35.02	1.3434	0.5108

Tabla A. Resultados de la prueba de Kruskal-Wallis de los tres diagnósticos del inventario de temores

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA P<0.05
P<0.01

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int. Prom.	Int. Máx.	I. Med	Edad
CARACTERISTICAS PSICOLÓGICAS									
Beck	C.Kendall-b Signif.	0.180 0.608	0.289 0.006 **	-0.026 0.641	-0.088 0.648	-0.048 0.707	0.005 0.932	-0.228 0.048 *	-0.181 0.152
Idea 1	C.Kendall-b Signif.	-0.047 0.410	-0.139 0.507	-0.177 0.145	-0.148 0.198	-0.177 0.332	-0.159 0.383	-0.152 0.457	0.027 0.971
Idea 2	C.Kendall-b Signif.	0.065 0.932	0.244 0.124	-0.060 0.816	0.074 0.794	0.157 0.513	0.084 0.565	0.129 0.442	-0.009 0.946
Idea 3	C.Kendall-b Signif.	0.184 0.662	-0.019 0.771	0.019 0.832	0.023 0.576	0.144 0.584	0.130 0.409	0.044 0.824	-0.162 0.202
Idea 4	C.Kendall-b Signif.	-0.262 0.038 *	-0.178 0.349	-0.169 0.427	-0.193 0.242	-0.263 0.039	-0.164 0.369	-0.377 0.035	-0.024 0.876
Idea 5	C.Kendall-b Signif.	-0.067 0.410	0.039 0.387	-0.014 0.644	-0.080 0.915	-0.209 0.110	-0.070 0.648	-0.250 0.048 *	-0.042 0.816
Idea 6	C.Kendall-b Signif.	-0.140 0.623	0.181 0.185	-0.009 0.832	0.052 0.867	0.019 0.896	0.064 0.599	-0.144 0.447	-0.118 0.443
Idea 7	C.Kendall-b Signif.	0.275 0.038 *	0.495 0.002 **	0.203 0.102	0.217 0.168	0.295 0.047 *	0.441 0.003 **	0.231 0.206	-0.009 0.953
Idea 8	C.Kendall-b Signif.	-0.274 0.038 *	-0.410 0.005 **	-0.324 0.038 *	-0.269 0.045 *	-0.166 0.193	-0.089 0.743	0.057 0.836	0.200 0.178
Idea 9	C.Kendall-b Signif.	0.305 0.039 *	0.004 0.698	-0.057 0.636	-0.009 0.749	0.047 0.993	-0.174 0.418	0.033 0.722	0.028 0.900
Idea 10	C.Kendall-b Signif.	0.168 0.559	0.100 0.354	0.014 0.810	0.048 0.746	0.116 0.324	0.083 0.380	0.221 0.114	0.033 0.707

Tabla 3 Correlaciones de Kendall del Dxi Cefalea Tensional y sus parametros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom	Int.Máx.	I. Med	Edad
CARACTERISTICAS PSICOLÓGICAS									
Puntuación Total	C.Kendall-b Signif.	0.160 0.721	-0.063 0.693	0.201 0.451	0.183 0.359	-0.017 0.995	-0.115 0.449	0.156 0.656	0.183 0.266
Cuadrante 1	C.Kendall-b Signif.	0.052 0.758	0.204 0.360	0.178 0.272	0.115 0.395	0.143 0.575	0.019 0.829	0.095 0.562	0.231 0.324
Cuadrante 2	C.Kendall-b Signif.	-0.070 0.775	-0.045 0.827	0.104 0.465	-0.051 0.780	-0.400 0.025	-0.238 0.270	-0.278 0.300	0.199 0.131
Cuadrante 3	C.Kendall-b Signif.	0.155 0.246	-0.070 0.493	0.076 0.307	0.067 0.395	0.144 0.291	-0.140 0.321	0.191 0.245	0.338 0.032
Cuadrante 4	C.Kendall-b Signif.	0.087 0.491	-0.198 0.163	0.043 0.911	0.017 0.887	-0.043 0.846	-0.209 0.261	0.020 0.701	0.327 0.046
Incomodidad	C.Kendall-b Signif.	-0.337 0.036	-0.240 0.476	-0.11 0.792	-0.144 0.590	-0.307 0.029	-0.225 0.173	-0.142 0.592	0.263 0.044
Probable Respuesta	C.Kendall-b Signif.	0.248 0.890	0.202 0.265	0.296 0.039	0.227 0.249	0.271 0.200	0.055 0.892	0.181 0.402	0.227 0.260
Temores	C.Kendall-b Signif.	0.137 0.271	-0.060 0.757	-0.244 0.132	0.294 0.042	0.076 0.479	-0.046 0.675	-0.075 0.903	0.065 0.955
Escala L	C.Kendall-b Signif.	-0.022 0.861	0.075 0.766	0.117 0.668	0.212 0.181	-0.196 0.127	0.063 0.873	-0.066 0.776	-0.039 0.606
Escala F	C.Kendall-b Signif.	0.210 0.297	0.295 0.045	0.033 0.522	0.055 0.956	0.345 0.030	0.139 0.564	0.238 0.120	0.005 0.724
Escala K	C.Kendall-b Signif.	0.095 0.950	0.035 0.617	0.005 0.837	0.148 0.407	-0.256 0.048	0.097 0.455	-0.094 0.940	-0.153 0.255

Tabla 5 Correlaciones de Kendall del Dxi Cefalea Tensional y sus parametros

(cont.) de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA P < 0.05
P < 0.01

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom.	Int.Máx.	I. Med.	Edad
Escala 1 Hs	C.Kendall-b Signif.	0.254	0.384	0.108	0.233	0.130	0.216	-0.116	-0.032
		0.302	0.009 **	0.752	0.494	0.636	0.303	0.585	0.915
Escala 2 D	C.Kendall-b Signif.	0.115	0.391	0.096	0.112	0.032	0.128	-0.044	0.117
		0.823	0.005 **	0.566	0.597	0.921	0.301	0.871	0.394
Escala 3 Hi	C.Kendall-b Signif.	0.038	0.197	-0.043	-0.016	-0.048	0.080	-0.219	-0.043
		0.975	0.067	0.483	0.904	0.386	0.581	0.259	0.960
Escala 4 Dp	C.Kendall-b Signif.	0.238	0.249	0.005	0.010	-0.070	0.024	-0.097	-0.037
		0.103	0.035 *	0.929	0.898	0.773	0.934	0.632	0.742
Escala 5 Mf	C.Kendall-b Signif.	-0.083	-0.113	-0.169	0.059	0.316	0.186	0.240	-0.380
		0.575	0.416	0.124	0.912	0.281	0.228	0.257	0.009 **
Escala 6 Pa	C.Kendall-b Signif.	0.243	0.298	0.059	0.021	0.182	0.185	0.045	0.080
		0.386	0.016 *	0.685	0.799	0.255	0.273	0.777	0.767
Escala 8 Es	C.Kendall-b Signif.	0.188	0.292	0.049	0.032	0.185	0.180	0.084	0.070
		0.478	0.034 *	0.766	0.977	0.238	0.271	0.471	0.763
Escala 9 Ma	C.Kendall-b Signif.	0.174	0.011	-0.049	0.010	0.060	0.031	0.078	0.104
		0.062	0.868	0.788	0.408	0.481	0.669	0.603	0.539
Escala 0 Ia	C.Kendall-b Signif.	0.139	0.397	0.196	0.114	0.163	0.180	0.103	0.163
		0.995	0.009 **	0.282	0.533	0.229	0.213	0.246	0.820
Escala 7 PL	C.Kendall-b Signif.	0.180	0.279	0.032	0.048	0.182	0.183	0.044	0.096
		0.875	0.029 *	0.974	0.985	0.403	0.330	0.985	0.395

Tabla B Correlaciones de Kendall del Dx 1 Cefalea Tensional
(cont.) y sus parametros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom	Int.Máx.	I. Med	Edad
CARACTERISTICAS PSICLOGICAS									
Beck	C.Kendall-b Signif.	-0.221 0.276	0.348 0.007 **	0.322 0.012 *	0.367 0.004 **	0.229 0.035 *	0.466 0.002 **	0.247 0.204	-0.247 0.045
Idea 1	C.Kendall-b Signif.	0.109 0.459	0.121 0.291	-0.061 0.595	-0.018 0.892	0.036 0.549	0.028 0.767	-0.014 0.875	0.024 0.710
Idea 2	C.Kendall-b Signif.	-0.076 0.709	-0.107 0.946	0.160 0.391	0.078 0.335	-0.034 0.661	-0.068 0.972	0.048 0.647	-0.136 0.718
Idea 3	C.Kendall-b Signif.	-0.124 0.546	0.183 0.066	0.081 0.318	0.056 0.561	-0.025 0.804	0.104 0.523	0.085 0.673	-0.242 0.046 *
Idea 4	C.Kendall-b Signif.	0.154 0.902	0.100 0.190	0.142 0.399	0.081 0.620	-0.044 0.949	-0.076 0.713	-0.003 0.852	-0.233 0.207
Idea 5	C.Kendall-b Signif.	-0.158 0.218	0.123 0.526	0.084 0.498	0.090 0.741	0.021 0.857	0.254 0.124	0.165 0.310	-0.199 0.143
Idea 6	C.Kendall-b Signif.	-0.006 0.810	0.224 0.262	0.025 0.575	0.040 0.579	-0.116 0.815	0.021 0.759	-0.129 0.517	-0.171 0.132
Idea 7	C.Kendall-b Signif.	0.260 0.048 *	0.043 0.319	-0.042 0.282	-0.088 0.424	-0.127 0.349	-0.229 0.148	-0.259 0.043 *	0.013 0.957
Idea 8	C.Kendall-b Signif.	-0.131 0.401	-0.138 0.499	-0.036 0.840	0.090 0.690	0.104 0.553	0.003 0.408	0.065 0.663	-0.105 0.543
Idea 9	C.Kendall-b Signif.	0.092 0.385	0.190 0.490	0.097 0.455	0.125 0.368	0.006 0.968	0.050 0.961	0.040 0.880	-0.031 0.580
Idea 10	C.kendall-b Signif.	0.046 0.496	-0.071 0.422	0.018 0.720	0.104 0.880	-0.036 0.974	-0.014 0.942	-0.054 0.723	-0.052 0.326

Tabla c Correlaciones de Kendall del Dx 2 Cefalea Mixta y sus
parametros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA P < 0.05
P < 0.01

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS		PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int. Prom.	Int. Máx	I. Med.	Edad
Escala 1 Hs	C. Kendall-b Signif.	0.019 0.836	-0.058 0.518	0.216 0.116	0.294 0.044	0.200 0.125	0.191 0.175	0.214 0.102	-0.025 0.824		
Escala 2 D	C. Kendall-b Signif.	-0.106 0.434	-0.114 0.801	0.207 0.199	0.238 0.048	0.143 0.391	0.177 0.185	0.180 0.562	-0.144 0.183		
Escala 3 HI	C. Kendall-b Signif.	-0.019 0.642	-0.027 0.390	0.214 0.098	0.251 0.047	0.028 0.584	0.107 0.556	-0.022 0.713	0.045 0.393		
Escala 4 Dp	C. Kendall-b Signif.	0.170 0.423	-0.190 0.239	0.142 0.363	0.091 0.554	0.091 0.818	-0.073 0.735	0.149 0.484	-0.041 0.933		
Escala 5 Mf	C. Kendall-b Signif.	0.233 0.171	-0.365 0.006	0.076 0.420	-0.031 0.502	0.063 0.452	-0.062 0.524	0.120 0.128	-0.080 0.447		
Escala 6 Pa	C. Kendall-b Signif.	0.055 0.790	0.088 0.542	-0.009 0.920	-0.035 0.685	-0.138 0.638	0.029 0.905	-0.110 0.836	-0.143 0.397		
Escala 7 PT	C. Kendall-b Signif.	0.054 0.909	0.137 0.154	0.034 0.594	0.141 0.556	0.072 0.544	0.109 0.495	0.097 0.800	-0.280 0.037		
Escala 8 Es	C. Kendall-b Signif.	0.009 0.706	0.161 0.184	0.066 0.819	0.116 0.668	0.034 0.728	0.142 0.429	-0.044 0.387	-0.140 0.621		
Escala 9 Ma	C. Kendall-b Signif.	0.016 0.993	-0.045 0.442	-0.009 0.974	0.022 0.720	-0.028 0.665	0.070 0.703	-0.252 0.043	-0.206 0.681		
Escala 0 Is	C. Kendall-b Signif.	0.101 0.928	0.102 0.220	0.043 0.773	0.087 0.884	0.025 0.661	-0.054 0.976	0.162 0.694	0.028 0.934		

Tabla c. Correlaciones de Kendall del Dx 2 Cefalea Mixta y sus parametros (cont.) de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	PARÁMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Índice	Int. Prom	Int. Máx	Med.	Edad
	C. Kendall-b	Signif.								
Beck	C. Kendall-b	0.027	0.400	0.347	0.238	0.181	-0.103	0.136	-0.014	0.052
	Signif.	0.400		0.008	0.022	0.200	0.281	0.347	0.737	0.620
Idea 1	C. Kendall-b	-0.061	0.600	0.097	-0.006	-0.122	-0.158	-0.033	-0.092	0.221
	Signif.	0.600		0.482	0.188	0.822	0.262	0.862	0.455	0.165
Idea 2	C. Kendall-b	0.072	0.615	0.054	0.058	0.138	0.021	0.237	0.024	0.232
	Signif.	0.615		0.728	0.311	0.220	0.978	0.022	0.882	0.023
Idea 3	C. Kendall-b	-0.143	0.613	0.062	0.277	0.105	0.071	0.089	-0.028	0.065
	Signif.	0.613		0.973	0.032	0.620	0.273	0.333	0.942	0.188
Idea 4	C. Kendall-b	0.067	0.671	-0.113	0.046	0.004	-0.231	-0.023	-0.023	-0.170
	Signif.	0.671		0.472	0.576	0.844	0.179	0.956	0.167	0.193
Idea 5	C. Kendall-b	0.040	0.694	-0.055	-0.130	-0.072	-0.075	-0.116	0.086	0.044
	Signif.	0.694		0.635	0.307	0.541	0.448	0.250	0.910	0.955
Idea 6	C. Kendall-b	0.035	0.896	0.088	0.060	0.086	0.143	0.070	0.149	0.065
	Signif.	0.896		0.514	0.666	0.267	0.245	0.414	0.257	0.732
Idea 7	C. Kendall-b	0.060	0.721	-0.087	0.090	0.120	-0.179	0.187	-0.053	0.164
	Signif.	0.721		0.722	0.133	0.293	0.138	0.189	0.972	0.422
Idea 8	C. Kendall-b	-0.002	0.756	-0.008	-0.015	-0.002	0.072	0.072	0.066	-0.135
	Signif.	0.756		0.881	0.972	0.695	0.897	0.619	0.637	0.344
Idea 9	C. Kendall-b	-0.052	0.788	0.126	0.188	0.093	-0.060	0.050	-0.110	0.033
	Signif.	0.788		0.305	0.096	0.260	0.693	0.711	0.384	0.645
Idea 10	C. Kendall-b	-0.062	0.370	0.007	0.070	0.043	0.032	-0.010	0.015	0.055
	Signif.	0.370		0.966	0.481	0.248	0.781	0.820	0.892	0.943

Tabla D Correlaciones de Kendall del Dx3 Cefalea Migrañosa y

sus parámetros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA
 $P < 0.05$
 $P < 0.01$

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Índice	Int.Prom	Int.Máx	I. Med.	Edad
	C.Kendall-b	Signif.								
Puntuación Total	C.Kendall-b	0.249	0.172	0.032	-0.056	0.056	0.009	-0.060	-0.134	
	Signif.	0.045	0.295	0.436	0.228	0.703	0.784	0.455	0.916	
Cuadrante 1	C.Kendall-b	0.244	0.208	-0.032	-0.073	0.098	-0.055	0.047	-0.053	
	Signif.	0.048	0.207	0.397	0.326	0.508	0.706	0.972	0.706	
Cuadrante 2	C.Kendall-b	0.227	0.174	-0.073	-0.232	-0.044	-0.115	-0.169	-0.045	
	Signif.	0.047	0.246	0.166	0.035	0.987	0.487	0.317	0.849	
Cuadrante 3	C.Kendall-b	0.224	0.016	-0.113	-0.262	0.036	-0.109	-0.097	-0.122	
	Signif.	0.190	0.832	0.178	0.046	0.562	0.439	0.411	0.642	
Cuadrante 4	C.Kendall-b	0.223	0.032	-0.072	-0.236	-0.012	-0.186	-0.175	-0.048	
	Signif.	0.164	0.782	0.176	0.101	0.875	0.205	0.200	0.974	
Incomodidad	C.Kendall-b	0.194	-0.191	-0.169	-0.160	-0.168	-0.158	-0.110	-0.004	
	Signif.	0.467	0.454	0.165	0.443	0.398	0.524	0.504	0.535	
Probable Respuesta	C.Kendall-b	0.265	0.088	-0.052	-0.165	0.044	-0.059	-0.088	-0.138	
	Signif.	0.038	0.420	0.305	0.194	0.352	0.583	0.548	0.875	
Temores	C.Kendall-b	0.060	0.184	0.068	0.008	0.060	-0.031	0.004	-0.126	
	Signif.	0.908	0.482	0.937	0.897	0.959	0.796	0.840	0.472	
Escala L	C.Kendall-b	0.102	-0.046	0.133	0.103	0.331	0.111	0.260	0.027	
	Signif.	0.535	0.726	0.599	0.814	0.009	0.702	0.045	0.257	
Escala F	C.Kendall-b	0.012	0.159	0.166	0.182	-0.132	-0.027	0.022	-0.079	
	Signif.	0.933	0.283	0.347	0.325	0.353	0.974	0.769	0.185	
Escala K	C.Kendall-b	-0.089	-0.042	-0.143	-0.195	-0.047	-0.321	-0.232	-0.148	
	Signif.	0.417	0.907	0.227	0.060	0.926	0.023	0.123	0.509	

Tabla 2 Correlaciones de Kendall del Dx 3 Cefalea Migratoria y sus parametros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom	I.Máx.	I. Med.	Edad
CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS									
Escala 1 Hs	C.Kendall-b Signif.	-0.028 0.542	0.125 0.391	0.231 0.023 •	0.246 0.022 •	0.088 0.647	-0.107 0.610	0.065 0.869	-0.023 0.997
Escala 2 D	C.Kendall-b Signif.	0.207 0.067	0.178 0.136	0.298 0.042 •	0.049 0.874	-0.018 0.901	-0.058 0.742	-0.108 0.435	0.135 0.389
Escala 3 Hi	C.Kendall-b Signif.	0.083 0.654	0.225 0.036 •	0.236 0.022 •	0.115 0.257	0.030 0.805	-0.165 0.321	-0.073 0.489	0.109 0.317
Escala 4 Dp	C.Kendall-b Signif.	-0.091 0.609	-0.280 0.039 •	-0.294 0.032 •	0.140 0.788	-0.302 0.008 ••	-0.141 0.392	-0.325 0.008 ••	0.021 0.595
Escala 5 Mf	C.Kendall-b Signif.	0.077 0.845	-0.094 0.707	0.043 0.517	-0.076 0.462	0.009 0.790	0.021 0.925	-0.081 0.755	0.136 0.484
Escala 6 Pa	C.Kendall-b Signif.	0.065 0.673	0.126 0.456	0.196 0.230	0.116 0.530 •	-0.231 0.032	-0.062 0.611	-0.172 0.223	-0.026 0.352
Escala 7 Pt	C.Kendall-b Signif.	0.207 0.162	0.229 0.038 •	0.268 0.032 •	0.180 0.203	-0.007 0.937	0.037 0.982	-0.110 0.419	0.144 0.451
Escala 8 Es	C.Kendall-b Signif.	0.064 0.638	0.236 0.027 •	0.160 0.124	0.178 0.224	-0.065 0.657	0.061 0.327	-0.048 0.732	-0.078 0.387
Escala 9 Ma	C.Kendall-b Signif.	-0.159 0.227	0.140 0.294	0.107 0.335	0.178 0.365	-0.040 0.813	-0.005 0.747	-0.092 0.499	-0.067 0.570
Escala 0 Ia	C.Kendall-b Signif.	0.090 0.629	0.029 0.620	0.044 0.374	0.004 0.488	0.033 0.706	0.144 0.514	0.054 0.660	-0.009 0.783

Tabla D Correlaciones de Kendall del Dx 3 Cefalea Migrãosa y sus
 parametros de dolor • NIVEL DE SIGNIFICANCIA P < 0.05
 P < 0.01

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	PARAMETROS DEL DOLOR	Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int. Prom	Int. Máx.	T. Med.	Edad
	C. Kendall-b Signif.								
Beck	C. Kendall-b Signif.	-0.005 0.991	0.650 0.008 **	0.262 0.039 *	0.185 0.527	0.016 0.836	0.163 0.194	-0.176 0.264	0.042 0.481
Idea 1	C. Kendall-b Signif.	-0.144 0.334	0.364 0.017 *	0.091 0.429	0.071 0.997	-0.216 0.221	0.012 0.595	-0.344 0.038 *	0.068 0.362
Idea 2	C. Kendall-b Signif.	0.224 0.191	0.478 0.008 **	0.211 0.472	0.203 0.686	0.046 0.534	0.238 0.037 *	-0.062 0.533	0.239 0.212
Idea 3	C. Kendall-b Signif.	-0.162 0.332	0.151 0.292	0.248 0.242	0.205 0.470	0.028 0.973	0.215 0.208	0.040 0.876	0.115 0.335
Idea 4	C. Kendall-b Signif.	0.064 0.599	0.346 0.005 **	0.233 0.214	0.172 0.517	-0.237 0.289	0.125 0.470	-0.260 0.183	0.354 0.006 **
Idea 5	C. Kendall-b Signif.	-0.143 0.189	0.114 0.453	0.113 0.658	0.064 0.659	-0.011 0.930	0.121 0.653	-0.133 0.424	0.106 0.551
Idea 6	C. Kendall-b Signif.	0.132 0.683	0.318 0.050 *	0.183 0.870	0.124 0.841	0.173 0.926	0.110 0.483	-0.047 0.790	0.177 0.261
Idea 7	C. Kendall-b Signif.	0.103 0.430	0.294 0.039 *	0.268 0.201	0.226 0.402	0.073 0.406	0.510 0.006 **	-0.087 0.879	0.285 0.129
Idea 8	C. Kendall-b Signif.	-0.134 0.867	0.209 0.382	0.054 0.995	0.144 0.883	0.109 0.462	0.034 0.607	0.071 0.481	0.304 0.045 *
Idea 9	C. Kendall-b Signif.	-0.005 0.912	0.147 0.456	-0.012 0.874	-0.072 0.517	-0.078 0.635	-0.048 0.720	-0.107 0.678	-0.176 0.504
Idea 10	C. Kendall-b Signif.	-0.346 0.037 *	0.047 0.661	0.169 0.308	0.104 0.262	0.098 0.667	0.112 0.460	-0.013 0.861	-0.054 0.801

Tabla 3 Correlaciones de Kendall del grupo con dolor de cabeza crónico

D.C.C. y sus parámetros de dolor.

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$

** $P < 0.01$

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	PARAMETROS DEL DOLOR								
		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int.Prom	Int.Máx	I. Med	Edad
Escala 1 Hs	C.Kendall-b Signif.	0.016	0.311	0.110	0.103	0.202	0.143	0.090	-0.104
		0.560	0.038	0.824	0.814	0.420	0.397	0.683	0.396
Escala 2 D	C.Kendall-b Signif.	0.016	0.485	0.367	0.347	0.096	0.103	0.127	0.134
		0.631	0.003	0.009	0.013	0.498	0.254	0.551	0.715
Escala 3 Hs	C.Kendall-b Signif.	0.005	0.318	0.081	0.037	-0.048	0.012	-0.115	-0.108
		0.611	0.042	0.819	0.815	0.639	0.934	0.374	0.527
Escala 4 Dp	C.Kendall-b Signif.	-0.077	0.210	-0.263	-0.304	-0.147	-0.360	-0.213	-0.257
		0.667	0.382	0.042	0.039	0.297	0.004	0.175	0.036
Escala 5 MC	C.kendall-b Signif.	0.088	-0.144	-0.313	-0.260	0.087	-0.068	0.129	-0.334
		0.554	0.104	0.069	0.065	0.703	0.495	0.422	0.027
Escala 6 Pa	C.Kendall-b Signif.	0.049	0.566	0.192	0.081	0.021	0.168	-0.129	0.098
		0.739	0.006	0.495	0.863	0.790	0.202	0.517	0.712
Escala 7 Pt	C.Kendall-b Signif.	0.176	0.607	0.224	0.178	0.103	0.154	-0.045	0.032
		0.783	0.002	0.273	0.420	0.581	0.209	0.719	0.666
Escala 8 Es	C.Kendall-b Signif.	0.093	0.505	0.147	0.091	0.092	0.147	-0.089	-0.021
		0.685	0.003	0.546	0.777	0.570	0.204	0.592	0.701
Escala 9 Ma	C.Kendall-b Signif.	-0.281	0.083	-0.164	-0.184	-0.218	-0.099	-0.381	-0.010
		0.048	0.132	0.930	0.622	0.207	0.637	0.031	0.400
Escala 0 Ia	C.Kendall-b Signif.	0.326	0.430	0.318	0.395	0.172	0.268	0.158	0.213
		0.035	0.027	0.005	0.004	0.124	0.026	0.242	0.258

Tabla 2 Correlaciones de Kendall del grupo con dolor de cabeza crónico (cont.) D.C.C. y sus parámetros de dolor

* NIVEL DE SIGNIFICANCIA $P < 0.05$
 $P < 0.01$

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	PARAMETROS DEL DOLOR		Evol.	Frec.	Durac.	Indice	Int. Prom	Int. Máx.	I. Med.	Edad
	C. Kendall-b Signif.									
Puntuación total	C. Kendall-b Signif.	0.165 0.348	-0.022 0.939	-0.021 0.482	0.135 0.862	0.179 0.172	0.117 0.476	0.180 0.312	0.218 0.244	
Cuadrante 1	C. Kendall-b Signif.	0.089 0.788	0.223 0.279	0.083 0.845	0.180 0.846	0.286 0.032	0.238 0.160	0.234 0.194	0.187 0.386	
Cuadrante 2	C. Kendall-b Signif.	0.044 0.742	0.027 0.345	0.005 0.217	0.221 0.048	-0.054 0.995	0.174 0.568	-0.142 0.434	0.325 0.034	
Cuadrante 3	C. Kendall-b Signif.	0.048 0.763	-0.239 0.147	-0.026 0.368	0.016 0.633	0.091 0.355	-0.176 0.411	0.247 0.163	0.172 0.625	
Cuadrante 4	C. Kendall-b Signif.	0.071 0.591	-0.186 0.343	-0.016 0.359	0.037 0.562	-0.005 0.675	-0.123 0.473	0.179 0.334	0.206 0.389	
Incomodidad	C. Kendall-b Signif.	-0.227 0.331	-0.114 0.767	-0.043 0.602	-0.016 0.621	-0.155 0.997	-0.060 0.765	-0.183 0.480	0.236 0.128	
Probable Respuesta	C. Kendall-b Signif.	0.135 0.534	0.097 0.344	0.080 0.944	0.197 0.650	0.337 0.003	0.347 0.041	0.247 0.185	0.172 0.255	
Temores	C. Kendall-b Signif.	0.107 0.483	-0.005 0.724	-0.085 0.355	-0.095 0.297	0.021 0.994	-0.108 0.565	0.031 0.913	-0.112 0.325	
Escala L	C. Kendall-b Signif.	-0.107 0.118	-0.159 0.840	0.219 0.787	0.262 0.045	0.218 0.155	0.235 0.823	0.212 0.188	0.297 0.245	
Escala F	C. Kendall-b Signif.	-0.055 0.943	0.495 0.006	0.055 0.990	0.021 0.921	0.076 0.582	0.124 0.327	-0.103 0.840	0.016 0.511	
Escala K	C. Kendall-b Signif.	0.114 0.711	0.023 0.419	-0.085 0.610	-0.107 0.538	-0.153 0.603	-0.180 0.664	-0.140 0.712	-0.182 0.197	

Tabla 2 Correlaciones de Kendall del grupo con dolor de
(cont.) cabeza crónico D.C.C. y sus parámetros de dolor * NIVEL DE SIGNIFICANCIA P<0.05
P<0.01