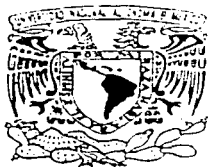


285
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SINTOMATOLOGIA MIGRAÑOSA Y SU
RELACION CON EL NIVEL DE ANSIEDAD
Y DEPRESION.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

JACQUELINE AMANDA YGLESIAS SANCHEZ

ASESOR: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA

Ψ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por brindarme
el maravilloso tesoro
de la existencia.

A mis padres por su dedicación,
por todo su apoyo, amor y sobre
todo por el sentido que le dieron
y le dan a mi vida.

A ti mamá por darme lo mejor
de ti y enseñarme el valor para
enfrentar la vida; por ser mi re-
fugio y la mujer más grande del
mundo.

A ti papá por enseñarme lo que
es la lucha para salir y alcanzar
lo que se desea sin importar los
obstáculos, por ser un gran guía
y un ejemplo.

A mis hermanas porque sin
ustedes mi vida estaría vacía.

A la Psicóloga Susana Martínez R.:
Gracias Susy por tu apoyo durante
casi 3 años y sobre todo por tu amistad.

Al Instituto Nacional de Perinatología y dentro de éste, al Departamento de Psicología, especialmente al Dr. Francisco Morales Carmona; al Departamento de Neurología, particularmente al Dr. Jorge M. Ibarra-Puig, por su valiosa colaboración en este trabajo; y a las personas que de alguna manera hicieron posible la realización del mismo.

Al Psicólogo Guillermo González:
Gracias Memo, de verdad gracias por el apoyo y el cariño que me brindaste durante todo este tiempo; sobre todo por ayudarme en los momentos difíciles de mi vida.

INDICE

	Páginas
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 SALUD Y PSICOLOGÍA.....	6
Capítulo 2 MIGRAÑA	34
2.1 Antecedentes	34
2.2 Definición de migraña	36
2.3 Tipos de migraña.....	39
2.4 Síntomas somáticos.....	43
2.5 El aura migrañosa	46
2.6 Aspectos psicológicos de la migraña	55
2.7 Posibles causas	58
2.8 Tratamiento y prevención	68
2.9 Recurrencia.....	76
2.10 Consideraciones Generales.....	77
Capítulo 3 TRASTORNOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON MIGRAÑA. 79	
3.1 Ansiedad	79
3.1.1 Concepto de ansiedad.....	85
3.1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad	88
3.1.3 Raíces Históricas. Teorías Sociales.....	90
3.1.4 Clínica	99
3.1.5 Causas de la ansiedad	103

3.1.6 Bases biológicas	106
3.1.7 Ansiedad Normal	108
3.1.8 Ansiedad Neurótica	109
3.1.9 Ansiedad Patológica	110
3.1.10 Ansiedad Rasgo	111
3.1.11 Funciones de la ansiedad	111
3.1.12 Tratamiento	112
3.2 Depresión	115
3.2.1 Antecedentes históricos	116
3.2.2 Clasificación	118
3.2.3 Diferencia entre duelo y depresión	123
3.2.4 Recurrencia	124
3.2.5 Causas de la depresión	126
3.2.6 Aspectos bioquímicos de la depresión	131
3.2.7 Aspectos clínicos	133
3.2.8 Depresión y suicidio	141
3.2.9 Tratamiento	142
3.3 Relación entre los estados de ansiedad y los estados depresivos	144
3.4 Relación de los trastornos emocionales y migraña.....	146
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	149
ANÁLISIS DE RESULTADOS	159
DISCUSIÓN	170
CONCLUSIÓN	174
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue comparar la variabilidad del nivel de depresión y ansiedad, y los cambios que se pudieran dar en el estado general de salud (relaciones interpersonales, disturbios del sueño, síntomas somáticos y la conducta) en pacientes con migraña antes de iniciar el tratamiento, con la sintomatología presente, y en una segunda aplicación, tres meses después de haber iniciado el tratamiento, habiendo mejorado la sintomatología, ya que se esperó que al desaparecer o disminuir sintomatología, disminuyera el nivel de ansiedad y depresión, y se presentara una mejoría en el estado general de salud de la paciente.

Se estudió a un grupo de 30 mujeres de la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología que cumplieran con los criterios internacionales del diagnóstico de cefalea (diagnóstico que estableció el Neurólogo) a las cuales se les aplicó tres instrumentos antes de iniciar el tratamiento: Idare, Zung y el Cuestionario General de Salud, con la finalidad de medir el grado de depresión y ansiedad, así como observar el estado general de salud existente antes del tratamiento (con sintomatología presente). Tres meses después de iniciado el tratamiento se hizo una reaplicación de los mismos instrumentos para observar los cambios que se dieran en los tres rubros de medición.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas somáticos constituyen con frecuencia el motivo de consulta del paciente quien subestimando su problema emocional lo manifiesta espontáneamente al médico. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar su salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento podrían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve.

La relación entre los factores psíquicos y los trastornos somáticos es muy amplia. La prueba de esta relación es un hecho de observación frecuente en todas las ramas de la medicina, primero integrada con el término de medicina psicosomática, después con el de alteraciones psicofisiológicas y finalmente como la interrelación entre factores psíquicos y trastornos somáticos. En muchos de estos cuadros se puede identificar una depresión como factor desencadenante o determinante del cuadro, en otros, la relación no es tan directa y el problema es causado principalmente por factores psicopatológicos diferentes. La posibilidad de diagnosticar en estos enfermos un síndrome es de trascendental importancia ya que su tratamiento es sencillo y pueden observarse resultados terapéuticos muy satisfactorios en un tiempo relativamente breve, de problemas médicos que generalmente tienen larga evolución o tienden a repetirse, y en los cuales la medicación ansiolítica mejora, pero no cura el padecimiento.

La migraña es un problema de salud de alta incidencia que generalmente tiene un trasfondo psicosomático ya que se han observado factores psicológicos que pueden intervenir en este trastorno y que se tiene que tomar en cuenta para el tratamiento de estos padecimientos, ya que se ha llegado a sugerir que estos trastornos aumentan la severidad de los dolores de cabeza, influyendo también en el origen y en el desarrollo del mismo. En varios estudios se ha llegado a observar que cuando se aborda a la migraña

de una forma interdisciplinaria, controlando factores fisiológicos y psicológicos (nivel de ansiedad y depresión, así como situaciones de crisis que los pacientes relacionan con su cefalea) los pacientes además de mejorar su sintomatología aprenden a modificar la forma de enfrentarse a sus situaciones de estrés.

La cefalea con frecuencia se ha relacionado con factores psicopatológicos, y es uno de los síntomas que con mayor frecuencia se presenta en la clínica. Por lo general el padecimiento se manifiesta en el adulto joven y con frecuencia suele tener una tendencia familiar. Como se trata de un síntoma y no de una enfermedad, su importancia debe considerarse en relación a la personalidad del enfermo y a las circunstancias familiares, laborales y sociales que lo rodean, ya que con frecuencia se presenta cuando el paciente alcanza el límite de su capacidad para tolerar la ira reprimida u oculta. La cefalea vascular o migraña está estrechamente ligada a situaciones de estrés o frustrantes, es unilateral en un principio, y con frecuencia se acompaña de náuseas y vómito; puede ser muy intenso y durar de 2 a 24 horas. Suelen ser más frecuentes en personas obsesivas, rígidas y perfeccionistas que reprimen su ira por diversos mecanismos de control. La cefalea tensional se debe a la contracción de músculos del cuello y de la cabeza, y generalmente es bilateral; el dolor suele ser sordo y persistente, con localización preferente en la región suboccipital, descrita por el enfermo con frecuencia como "dolor de cerebro".

Como ya se mencionó, la cefalea tensional es uno de los síntomas de la depresión. La depresión y la ansiedad son compañeros inseparables que hacen casi siempre el mismo recorrido.

Henzky-Gat y Ress examinaron la hipótesis de que factores psicológicos pueden contribuir a la etiología de la migraña en cuanto que rasgos de la personalidad específicos pueden servir como factores predisponentes; y experiencias emocionales angustiantes pueden ejercer el mismo efecto.

En términos psicológicos, la migraña puede considerarse como expresión de sentimientos a los que se les niega manifestación directa en otras formas.

Los factores psicológicos que pueden intervenir en trastornos de migraña, se tienen que tomar en cuenta para el mejor entendimiento y tratamiento del dolor de cabeza. Shulman (1989) ha sugerido que los trastornos psicológicos aumentan la severidad e intensidad de los dolores de cabeza. Refiere que estos aspectos, ej. estrés, afectan los estados fisiológicos influyendo así en la sintomatología como origen o desarrollo de la misma.

Nattero (1989) en su estudio, confirma la importancia de los aspectos psicológicos para la patología y desarrollo de la migraña al incluir que la tensión psicológica es un componente asociado a la migraña vascular.

Leijdekkers y Passchier (1990), realizaron una comparación entre sufridores de dolor de cabeza y no sufridores ante un estímulo estresante, los sufridores presentaron mayor nivel de ansiedad, más temor al fracaso y menos tolerancia al estrés que los pacientes no migrañosos. Se concluyó que deben incluirse factores psicológicos y fisiológicos para estudiar efectos de la migraña.

Pradaliar(1990), hizo una comparación de factores de personalidad entre paciente migrañosos y no migrañosos, observando las siguientes características: los migrañosos eran vergonzosos, irritables, organizados, pesimistas, ansiosos y depresivos. Los no migrañosos eran atentos, atléticos, relajados y desorganizados. Se observó que la principal diferencia la irritabilidad, ansiedad y depresión de los migrañosos.

Otros investigadores han encontrado una clara asociación entre depresión y ansiedad con migraña (De- ferri, A: 1989; y Morrison, D., 1989)

Blanchard (1991), refiere que varios estudios sugieren que un tratamiento no farmacológico para sufridores de dolor de cabeza es acompañado con la reducción de la ansiedad, depresión y somatización. No se tiene claro si estos efectos están en función de la reducción del dolor o por el hecho de recibir el tratamiento. Lo que si es claro es que mientras más alivio de dolor de cabeza hay menos somatización.

Debido a todo lo anterior resulta de gran importancia observar el nivel de depresión y ansiedad de los pacientes del estudio que se va a realizar, y observar si hay cambios significativos antes y después del tratamiento.

CAPÍTULO 1. SALUD Y PSICOLOGÍA

A lo largo de la historia observamos los cambios que se han ido dando, podemos observar que el mundo en ningún momento se ha quedado estático, ha ido evolucionando en conocimientos, formas de pensar, costumbres, etc. Para fines del presente trabajo, es de suma importancia observar el cambio que se ha ido dando en el campo de la medicina y de la psicología en el área de la salud; ya que en el pasado se creía que la medicina era la rama a la cual le pertenecía la salud.

El mundo está cambiando, las personas cambian así como también su forma de pensar; ahora nos encontramos en un momento crucial, en el cual está surgiendo un realineamiento cultural, es una nueva mentalidad, el surgimiento de una sorprendente visión del mundo en cuyo marco hay cabida tanto para la ciencia de vanguardia como para las conspiraciones del más antiguo pensamiento conocido (Dubos 1975).

Los conspiradores de éste realineamiento cultural, están ligados entre sí, por sus descubrimientos y «terremotos interiores»; los problemas pueden considerarse como retos, como ocasiones para renovarse, más que como fuentes de estrés.

Todo puede ser de otra manera, tras haber experimentado ciertos cambios personales, se encuentran a sí mismos replanteándose todo. Cuestionándose, antiguas evidencias, viendo con nuevos ojos su trabajo y sus relaciones, la salud, el poder político, sus objetivos y sus valores en general (Dubos, 1975).

<<Estamos en un momento apasionante de la historia tal vez en un punto decisivo de giros>> ha declarado Ilya Prigogine, que obtuvo el Premio

Novel en 1977, por la elaboración de una teoría que describe las transformaciones, que tienen lugar, no solo en ciencias físicas, sino también en la sociedad, y en donde se subraya el papel del estrés y de las << perturbaciones >> como desencadenantes de un nuevo orden a nivel superior. La ciencia, dice, está comprobando una realidad de una << profunda visión cultural >>. Los poetas y filósofos tenían razón al sugerir que el universo es abierto y creativo. Transformación, innovación, evolución, son otras respuestas naturales a cualquier crisis (Dubos, 1975).

La crisis de nuestro tiempo representa el impulso necesario para la revolución en marcha; por lo que se puede decir que en nuestra misma patología reside nuestra oportunidad. El futuro somos nosotros mismos. Nosotros mismos somos la revolución (Dubos, 1975).

Un paradigma es un marco de pensamiento. Un paradigma es un marco de referencia para entender y explicar ciertos aspectos de la realidad. La gente habla de paradigmas educacionales, paradigmas de planificación urbana, cambio de paradigma en medicina, y así en otros campos. Un modo de paradigma supone una manera completamente nueva de enfocar un problema ya existente o antiguo.

Cuando analizamos un problema y surgen nuevos conocimientos y nuevas preguntas, generalmente tratamos de buscar respuesta en los patrones ya existentes, en aquellas teorías que en algún momento fueron útiles para comprender dicha situación. Pero, sin embargo lo ya dicho, lo ya existente no satisface nuestras nuevas inquietudes; por lo que tratamos de buscar desesperadamente una respuesta. De pronto surge una nueva y poderosa evidencia que explica todo aquello que nos interesa y hasta las contradicciones aparentes, introduciendo un nuevo principio: una nueva perspectiva (Dubos, 1975).

Todo nuevo paradigma implica un principio que había estado ahí desde siempre, pero que hasta entonces no habíamos reconocido. Incluye también la antigua concepción como una verdad parcial, como un aspecto de la realidad, del modo como las cosas funcionan, sin que ello implique que no puedan funcionar de otras formas. Permite transformar los conocimientos tradicionales. Los nuevos paradigmas son casi siempre recibidos con frialdad, incluso entre burlas y hostilidad. La nueva idea parece a primera vista como rara, confusa incluso.

Cuando un número crítico de pensadores llega a aceptar la nueva idea, se produce un cambio colectivo de paradigma. Al haber un número suficiente de gente que se ha acogido a la nueva perspectiva, o que ha crecido dentro de ella, brota el consenso. Después de un cierto tiempo, este paradigma empieza a su vez a experimentar contradicciones; se producen nuevas grietas, con lo que el proceso vuelve a repetirse. Es así como la ciencia va quebrando y ensanchando continuamente sus propias ideas. Todos los avances importantes son intuiciones repentinas, principios nuevos, nuevos enfoques.

Ahora que hemos comenzado a comprender la dinámica de las tomas de conciencia revolucionaria, podemos aprender a fomentar saludablemente nuestro propio cambio y podemos cooperar en hacer más fácil el cambio mental colectivo, sin tener que esperar hasta que la fiebre haga crisis. Esto podemos hacerlo haciéndonos preguntas de un modo distinto, es decir, poniendo en cuestión nuestras viejas evidencias. Estas evidencias forman parte de nuestra cultura. No podemos desconocerlas, y sin embargo, deben dejar paso a otras perspectivas más fundamentales si hemos de describir que es lo que funciona y por qué. La mayoría de los problemas no pueden resolverse al nivel en que vienen planteados. Es preciso enmarcarlos de nuevo, situarlos en un contexto más amplio, generar su marco de referencia (Dubos, 1975).

Con frecuencia tratamos de solucionar de modo irracional los problemas dentro del antiguo contexto, con nuestras viejas herramientas, en vez de percatarnos de que la crisis que se nos está echando encima es solamente un síntoma de nuestra propia y fundamental testardez. Por ejemplo, nos preguntamos como vamos a poder garantizar una asistencia sanitaria suficiente a nivel nacional, teniendo en cuenta el coste reciente de todo tipo de tratamientos médicos. La pregunta nos lleva automáticamente a identificar la salud con los hospitales, los médicos, las recetas, la tecnología. En vez de ello, deberíamos por el contrario comenzar por preguntarnos por qué la gente se pone enferma o en qué consiste la salud (Dubos, 1975).

Nuestra medicina, salvajemente costosa, apenas ha conseguido ganar algún terreno frente a las enfermedades crónicas o derivadas de accidentes, y se ha ido haciendo a la vez crecientemente impersonal.

Las fuerzas que nos han llevado al borde del abismo a nivel planetario portan en su interior las semillas de la renovación. En el actual desequilibrio personal y social, prefigura una nueva especie de sociedad. Los roles, las relaciones, las instituciones, las viejas ideas; todo esta siendo hoy reexaminado, reformulado, y diseñado de nuevo. A todo esto la humanidad tiene acceso; tiene acceso al cambio y a la comprensión de como se produce la transformación. Por todo esto podemos comenzar a trabajar con la naturaleza para acelerar el proceso de nuestra propia remodelación.

La naturaleza humana no es ni buena ni mala si no abierta a un proceso continuo de transformación y trascendencia. Lo único que necesita es descubrirse a sí misma. La nueva perspectiva respeta la ecología de cada cosa: nacimiento, muerte, aprendizaje, salud, familia, trabajo, ciencia, espiritualidad, arte, comunidad, interrelaciones, política.

La irrupción de un nuevo paradigma hace que nos sintamos humildes y a la vez tonificados; no es tanto que estuviéramos equivocados, cuanto que estábamos siendo parciales, algo así como si hubiésemos estado mirando con un solo ojo. No nos aporta más conocimientos, sino un nuevo modo de saber.

Carpenter ha aceptado la esencia de la experiencia transformadora: ensanchamiento, conexión, el poder de transformar permanentemente una vida. Y, como él dijo, esa << región de conciencia >> se abre a nosotros cuando estamos en una actitud de callada vigilancia, más que cuando nos afanamos en reflexionar y planificar.

A lo largo de la historia, mucha gente que ha tenido este tipo de experiencias, tanto accidentalmente como de forma deliberada, pueden ocurrir profundos cambios interiores en respuesta a una contemplación disciplinada, o en ocasión de una grave enfermedad, de una travesía por la selva, de una emoción paroxística, o a consecuencia de un esfuerzo creativo, de ejercicios espirituales, o de respiración controlada, o de técnicas para inhibir el pensamiento, o de técnicas psicodélicas de movimiento, de aislamiento, música, hipnosis, meditación, o al salir de una intensa lucha intelectual.

A lo largo de los siglos, en diversas partes del mundo, unos pocos iniciados en cada generación han compartido entre sí técnicas diversas, capaces de introducir experiencias semejantes. Fraternidades, órdenes religiosos y pequeños grupos diseminados han explorado lo que parecían constituir dominios extraordinarios de la experiencia consciente. Y, de pronto, en esta década, todos estos sistemas y toda la literatura de engañoso simplicidad, todo la riqueza de muchas antiguas culturas, se han hecho accesibles al conjunto de la población, bien en su forma original, bien adaptados a la sensibilidad contemporánea.

Estos sistemas pretenden armonizar cuerpo y mente, ampliar la sensibilidad del sistema nervioso, conseguir que los participantes se hagan conscientes del vasto potencial inexplorado que en ellos reside.

Todos los sistemas de expansión y profundización de la consciencia emplean estrategias similares y conducen a descubrimientos personales extrañamente semejantes; estos métodos contribuyen a una mayor integración de la actividad cerebral, haciéndose menos aleatoria y provocando en ella un grado mayor de organización.

Las técnicas transformativas nos abren acceso a la creatividad, a la salud, a la libertad de elección.

Nuestro instrumento más crucial de aprendizaje es la facultad de establecer conexiones mentales. Esa es la esencia de la inteligencia humana: establecer lazos entre las cosas, ir más allá de lo dado, descubrir patrones, relaciones, establecer contextos.

Los cambios de consciencia son experimentados como despertar como liberación, como unificación, como transformación en una palabra. A medida que se transforma la mente, se transforma también la vida y el entorno. Las personas se dan cuenta de que tienen en sí mismos un centro sano, una fuente de salud, de que su interior alberga los recursos necesarios para luchar contra el estrés y contra la rutina.

Toda transformación necesita un mínimo de confianza, esa transformación nos da miedo, miedo a perder el control, o bien la sospecha de que vamos a tropezar en nuestro interior con las oscuras fuerzas inconscientes que describen Freud y las doctrinas religiosas. Puede que nos preocupe la amenaza de ir a parar demasiado lejos de nuestras familias y amigos, y al final encontrarnos solos. Pero también sentimos un miedo apreciable frente a la posibilidad de que se cumplan nuestras esperanzas.

Convertimos entonces nuestros temores y preocupaciones en barreras de autoprotección con el tiempo, hemos aprendido a identificarnos con nuestros propios límites. Nuestra conformidad hasta ahora se debía en parte al miedo a nosotros mismos, a la duda sobre la rectitud de nuestras propias decisiones.

El proceso de transformación, aunque al principio se sienta como algo extraño pronto se revela como irrevocablemente acertado. Es un compromiso con la vida misma, una segunda ocasión de encontrarle sentido.

A comienzos del siglo XIX, Alexis Tocquerille observaba que los comportamientos culturales y las creencias no verbalizadas cambian normalmente mucho antes de que las gentes admitan entre sí que los tiempos han cambiado. El conformismo que preocupaba a Tocquerille está dando paso a una creciente autenticidad, que reviste caracteres epidémicos sin precedente en la historia. Hoy día, podemos de hecho ponernos en contacto unos con otros, decimos mutuamente que cosas hemos abandonado y en que otras creemos ahora. Todo el planeta vive hoy en base a enlaces instantáneos, todo el mundo se apoya mutuamente en base a redes de comunicación y cooperación. Gente de mentalidad semejante puede hoy unir sus fuerzas rápidamente. Por primera vez quizás en la historia del mundo, decía el psicólogo Carl Rogers en 1987, la gente se está comportando de una forma abierta, y expresan sus sentimientos sin miedo a ser juzgados. El tipo de comunicación es cualitativamente distinta al de nuestro pasado histórico, es más rico, más complejo.

Ahora las nuevas ideas transformadoras aparecen también en forma de manuales de salud o de deporte, consejos dietéticos, gestión de negocios, autoafirmación, estrés, relaciones y mejoramiento personal. En todo esto no se pone el acento en el comportamiento, sino en la actitud. Sólo lo que sentimos profundamente tiene el poder de cambiarnos. Descendiendo hasta la raíz de los miedos y las dudas, podemos cambiar radicalmente. Cualquier cambio profundo, en una persona o en una institución, solamente puede operarse

desde su propio interior. Toda transformación cultural se anuncia en pequeños estallidos aquí y allá.

Las revoluciones se aprecian observando conductas y trayectorias inusuales, que son fácilmente mal comprendidas, al tratar de buscar explicación dentro del contexto del viejo paradigma, pero que su base proviene de un cambio interior. Todas las revoluciones cogen siempre por sorpresa a sus contemporáneos.

La nueva sociedad que se está gestando en el seno de la antigua no constituye una contracultura, ni tampoco una reacción, sino una cultura emergente.

Michael Lerner, cofundador de la red de centros de salud Common Wealth (bienestar común) en California, al relacionar distintos esfuerzos realizados para atraer la atención sobre el estrés que nos invade por todas partes, dice: «No habríamos sido capaces de llevar a cabo toda esta obscura indagación, si no sintiéramos que nuestro trabajo no es sino una diminuta parte más, dentro de un movimiento global. Por un lado el estrés causado por todo lo que nosotros mismos hemos creado y traído a la existencia y por otro, la auténtica gracia del espíritu y el valor que experimentamos cuando buscamos un camino nuevo».

En el campo de la salud también se están dando profundos cambios y las nuevas perspectivas tiene la capacidad de desestabilizar antiguas creencias y valores. Las ramificaciones de una revolución personal, por mínima que sea, pueden resultarnos más alarmantes que el gran cambio cultural que se cierne sobre nosotros.

Lewis Mumford, dice, que estamos al filo de una nueva era, la edad de un mundo abierto, una época de renovación en que la liberación de una

fresca energía sobre la cultura mundial puede dar rienda suelta a nuevas posibilidades.

La esperanza de una auténtica transformación social no necesita apoyarse en evidencias puramente circunstanciales. Hay un campo de primerísima importancia, el cuidado de la salud, que ha comenzado ya a experimentar un cambio drástico. Vemos surgir individuos que cuidan por sí mismos de su salud.

La búsqueda de sí mismos se ha convertido en una búsqueda de la salud, de la totalidad: en una búsqueda de ese depósito de sabiduría y salud mental que hasta ahora, parecía escapar del alcance de nuestra consciencia.

Pacientes y profesionales están comenzando a buscar el contexto de la enfermedad más allá de los síntomas: en las tensiones en la sociedad, en la familia, en la dieta alimenticia, en lo biológico y las emociones.

Así como el surgimiento de un nuevo electorado con unas líneas definidas provoca una nueva política, así también las nuevas necesidades de los pacientes pueden hacer cambiar el ejercicio de la medicina. Empujados por una auténtica avalancha de investigaciones sobre la psicología de la medicina con la separación entre el cuerpo y la mente, intentan hoy recomponer su unidad por todos los medios.

De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes: la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular: la tarea del médico es intervenir físicamente y químicamente, para corregir las

disfunciones de un mecanismo específico. Al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud en una función mecánica, pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. (Capra,1982)

A pesar de que todos los médicos saben que la curación es un aspecto esencial de toda la medicina, el fenómeno se considera fuera del esquema científico. (Capra,1982).

El motivo por el que el concepto de curación está excluido de la ciencia biomédica es evidente. Se trata de un fenómeno imposible de comprender en términos reduccionistas. Esto puede aplicarse a la curación de heridas y a la curación de enfermedades, que generalmente supone una compleja interacción entre los procesos fisiológicos, sociales y ambientales, de la condición humana. Para incorporar el concepto de curación a la teoría y práctica de la medicina, las ciencias médicas tendrán que ir más allá de su visión parcial de la salud y la enfermedad. (Capra,1982).

La salud y el fenómeno de la curación han tenido diferentes significados en distintas épocas. El concepto de salud, como el concepto de vida, no puede ser definido con precisión: de hecho, ambos conceptos están vinculados entre sí. El significado de la salud depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación entre su entorno. Para nuestra transformación cultural se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales, ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente, una visión integral temas de la salud. (Capra,1982).

La medicina norteamericana, ha proclamado su necesidad de reforma, la necesidad de preocuparse por los valores, la ética y las relaciones

humanas. Cada vez aparecen más artículos sobre el contexto humano de la medicina en las publicaciones médicas profesionales.

Los nuevos doctores deben poseer conocimientos imponderables: como la capacidad de reconocer los aspectos psicológicos, sociales, y espirituales de la enfermedad, ya que los médicos se han quedado reducidos a sus cuestionarios diagnósticos y a sus recetas, con los que su "arte" se ha ido haciendo cada vez más automático, científico, profesionalizado e impersonal. William Steiger, jefe del departamento de medicina general de un hospital de Virginia, definía la empatía ante un grupo de médicos, como la relación yo - tú de la que habla Martin Buber, y los exámenes, y pruebas, objetivos, como una relación yo-ello. El yo-ello es un monólogo, el yo-tú es un diálogo, normalmente el médico insiste en el yo-ello pidiendo nuevas pruebas de laboratorio, cuando lo que realmente se necesita en ese momento es una comprensión humana más profunda, más yo-tú.

En la actualidad la medicina se encuentra en crisis, crisis económica, crisis de resultados, crisis de credibilidad.

La brillante tecnología médica ha conseguido espléndidos resultados en el tratamiento de determinados problemas agudos, como es el caso de las vacunas y ciertos procedimientos quirúrgicos sofisticados pero son fracasos en el tratamiento de las enfermedades crónicas y degenerativas, ha inducido a los propios médicos y al público en general a mirar en otras direcciones. Los costos incontrolados especialmente gastos hospitalarios, han hecho legalmente inviable toda especie de planificación sanitaria a nivel nacional.

La tasa de mortalidad no ha cambiado significativamente en los últimos 25 años en los tipos de cáncer más extendidos, a pesar de los avances en educación pública, de los nuevos medicamentos y de las nuevas técnicas radioterápicas y quirúrgicas más perfeccionadas que han aparecido.

Se estima que no menos de un millón de las admisiones hospitalarias anuales se deben a algún tipo de reacción a la medicación.

Uno de los principales problemas médicos de nuestra época son las enfermedades atrogénicas. Literalmente significa << causadas de complicaciones quirúrgicas, de medicaciones erróneas, o puede surgir como efecto secundario de otros tratamientos, o la consecuencia del efecto debilitante que produce la hospitalización>>.

Hoy en día, los médicos tienen una posibilidad entre treinta y cinco veces mayor que la población en general de caer en la drogadicción.

Tienen mayores posibilidades de sufrir enfermedades coronarias y también de convertirse en alcohólicos; según encuestas de organizaciones profesionales, se estima que de un cinco a seis por ciento del total de los médicos está incapacitado debido a trastornos emocionales, entre los cuales se incluye el alcoholismo. Son demandados judicialmente y se suicidan con mayor frecuencia que la generalidad.

La medicina ha sobre estimado los beneficios de la tecnología y la manipulación externa, y han subestimado la importancia de las relaciones humanas y la complejidad de la naturaleza.

El nuevo paradigma de la salud y la medicina separa un encharcamiento del antiguo al incorporar los brillantes avances de la tecnología, inhabilitando al mismo tiempo antiguas instituciones sobre la mente y sobre la relación entre diversos aspectos.

El adjetivo <<holístico>> indica un enfoque cualitativamente diferente basado en el respeto a la interacción entre la mente, el cuerpo y el medio externo; puede corregir la desarmonía subyacente, causa del problema.

A continuación se presenta una comparación de ambos enfoques:

<p>CONCEPCIONES DEL ANTIGUO PARADIGMA DE LA MEDICINA.</p>	<p>CONCEPCIONES DEL NUEVO PARADIGMA DE LA SALUD.</p>
---	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de los síntomas - Especializada - Euforia sobre la eficacia. - Neutralidad emocional del profesional - El dolor y la enfermedad son actualmente negativos. - Intervención principalmente por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas. - Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado. - Enfermedad e incapacidad vistas como cosas, como entidades. - Preocupación por eliminar los síntomas de la enfermedad. - El paciente es independiente. | <ul style="list-style-type: none"> - Además de tratar los síntomas, interés por detectar pautas y causas. - Integrada, preocupada por el paciente en su totalidad. - Énfasis sobre los valores humanos. - La actitud del profesional es un factor de curación. - El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente. - Intervención mínima con la «tecnología apropiada», complementada con un arsenal completo de técnicas no invasoras (psicoterapias, dieta, ejercicio). - Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto dentro de un campo energético dentro de otros. - Enfermedad e incapacidad vistas como procesos. - Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una meta-salud. - El paciente es o deberá ser autónomo. |
|---|--|

- El profesional tiene autoridad.
- El profesional es un compañero terapéutico.
- El cuerpo y la mente son separados; enfermedad psicosomática es mental, corresponde al psiquiatra.
- Continuo cuerpo-mente; la enfermedad psicosomática entra en el campo del profesional de la salud.
- La mente es un factor secundario en las enfermedades orgánicas.
- La mente es un factor primario o equivalente a las demás en toda enfermedad.
- El efecto placebo demuestra el papel de la sugestión.
- El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad o en la curación.
- Confianza principalmente en la información cuantitativa (diagramas, pruebas, datos).
- Confianza principalmente en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional; los datos cuantitativos son auxiliares.
- La prevención se centra fundamentalmente en lo externo: vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar.
- Prevención coextendida a la totalidad: trabajo, relaciones, objetivos, unidad, cuerpo-mente-espíritu.

Edward Carpenter decía que la salud es una armonía que todo lo gobierna, de un modo semejante a como la luna gobierna las mareas. El bienestar no puede ser administrado por vía intravenosa, ni ingerirse a cucharadas de acuerdo con la prescripción facultativa. El bienestar surge de la matriz: el cuerpo-mente. Es un reflejo de la armonía somática y psicológica. Como decía un anatomólogo: << El senador que reside en nuestro interior es la entidad más sabia y más complejamente integrada de cuantos existen en el universo >>.

<<La salud holística no puede recetarse>> decía un médico. Nace de una actitud de la aceptación de las incertidumbres de la vida, de la voluntad de responsabilizarse de los propios hábitos, de la manera de percibir y manejar las tensiones, de unas relaciones humanas más satisfactorias, de la sensación de tener un objetivo en la vida.

Rick Ingrassi, médico y co-fundador de la red Interface en la zona de Boston, afirma que el efecto placebo representa una prueba espectacular de que toda curación es en esencia una auto-curación; la curación resulta directamente de percibirnos como una totalidad... al establecerse nuestra sensación de estar en una relación equilibrada con el universo, a través del cambio de mentalidad, de la transformación sufrida por nuestras actitudes, valores y creencias.

Los promotores de la salud holística gustan de señalar que la enfermedad, el malestar, es una falta de armonía, de bienestar.

El papel que juega en la curación la alteración de la conciencia puede que sea el descubrimiento más importante de la ciencia médica moderna. Consideremos, por ejemplo, la extraordinaria variedad de enfermedades susceptibles de ser tratadas por medio de biofeedback: presión sanguínea alta, úlceras, impotencia, incontinencia de esfínteres, zumbido de oídos, dolores de cabeza, etc.

La clave está en la atención. La fundación Menninger informó hace varios años que los pacientes eran capaces de interrumpir los dolores de cabeza elevando la temperatura de sus manos. Sugerían la hipótesis de que el volumen sanguíneo sustraído de la cabeza para aumentar la temperatura de las manos podía aliviar la congestión arterial origen del dolor. El manejo de la temperatura por medio de biofeedback se convirtió enseguida en un método popular para combatir favorablemente la jaqueca. Pero pronto los pensadores del biofeedback se opercieron de que algunos pacientes

podían también interrumpir su jaqueca bajando la temperatura de sus manos, o bajándola unas veces y aumentándolas otras.

Más que un simple cambio físico, la clave de la salud reside en el estado mental.

No podemos esquivar al estrés. Nuestra vulnerabilidad frente al estrés parece deberse más a la interpretación que hacemos de los acontecimientos que a su propia gravedad. Tal vez sufrimos de enfermedades como un medio de evitar el cambio. La célebre observación de F. D. Roosevelt, << la única que debemos de temer es al mismo miedo >>, va aplicada también al problema cuerpo-mente.

Kenneth Pelletier, señala que el cuerpo entiende en sentido lineal, y no puede distinguir entre amenaza real y otra puramente imaginaria. Las preocupaciones y las expectativas negativas se traducen en enfermedades físicas, por que el cuerpo se siente en peligro aunque la amenaza solo exista en la imaginación.

Podemos arreglárnoslas de forma natural con el estrés a corto plazo, debido a la reacción corporal de descanso y renovación, conocida como reacción parasimpática. Pero el estrés a largo plazo (resultado de la acumulación sucesiva de circunstancias tensionales propia de la vida moderna) se cobra su tributo debido a la falta de oportunidad para reponerse en medio de la serie sucesiva de tensiones.

La meditación, el biofeedback, las técnicas de relajación, correr, escuchar música.... todas estas cosas pueden facilitar la puesta en marcha de la fase de recuperación corporal.

Negarse a reconocer las tensiones equivale a pagarlas por partida doble: no solo no los liberamos de la alarma, sino que este se instala en nuestro

cuerpo. La negación de la tensión puede conducirnos a la tumba. Los conflictos que no han sido afrontados conscientemente pueden hacer su aparición como daño físico en formas tan variadas como personas hay.

Si aprendemos a prestar atención a nuestros conflictos internos, podemos resolverlos de forma menos drástica para nuestra salud.

A medida que avanza la investigación sobre el cerebro, va resultando más comprensible la conexión entre la mente y la enfermedad. El cerebro gobierna o influye directamente con todas las funciones corporales: presión sanguínea, ritmo cardíaco, respuesta inmunológica, hormonas y todo lo demás.

Toda enfermedad ya se trate de un cáncer o de una esquizofrenia, o sea simplemente un resfriado, se origina en el cuerpo-mente.

La salud consiste en la capacidad del cuerpo para transformar y dar sentido a toda la información nueva. Si somos flexibles, si somos capaces de adaptarnos a un medio ambiente - sea un virus o una atmósfera húmeda o plénes primaverales - podemos soportar un nivel de tensión elevado.

Una concepción reciente y radical del sistema inmunológico nos permite comprender la manera como nuestro «médico interno» consigue mantener la salud, o su forma de fracasar en ello. Parece que el cuerpo tiene su propia manera de conocer -por medio del sistema inmunológico- paralela al medio de conocer del cerebro.

Este sistema está ligado al cerebro. La «mente» del sistema inmunológico posee una imagen dinámica del propio ser y tiene la tendencia a dotar de sentido a todos los «ruidos» del medio, incluyendo virus y alérgenos.

Si rechaza ciertas sustancias o reacciona violentamente contra ellos, no es por que sean extraños como creía el antiguo paradigma, sino por que no tienen sentido, por que no pueden ser encuadradas en el orden del conjunto.

El sistema inmunológico es muy poderoso y adaptable en su capacidad de dotar de sentido al entorno, pero como esta ligado el cerebro, es vulnerable a las tensiones psicológicas. Las investigaciones han demostrado que estados de tensión mental como pena o ansiedad, alteran la capacidad del sistema inmunológico. La razón por la que en ocasiones <<pescamos>> un virus o tenemos <<reacción alérgicas>>, es que nuestro sistema inmunológico esta funcionando bajo.

La salud y la enfermedad no son cosas que nos sucedan sin más. Son procesos activos, resultados de una armonía o una desarmonía interior que están profundamente afectados por nuestro estado de conciencia, y por nuestra capacidad o incapacidad de dejarnos fluir al compás de la propia experiencia. Si participamos aunque sea en forma inconsciente en el proceso de la enfermedad podemos optar por la salud en vez de seguir dejándonos enfermar.

Toda enfermedad tiene una virtualidad transformadora, a causa del cambio repentino de valores, a causa del despertar que puede traer consigo. Si estamos ocultándonos algún secreto a nosotros mismos—conflictos no afrontados, deseos reprimidos, la enfermedad puede forzar su aparición ante la propia conciencia.

La búsqueda de sí mismo trae consigo la búsqueda de la salud, está puede también conducir a una mayor autoconciencia.

Si queremos conseguir que la gente cambie, es importante no empujarles ni tirar de ellos, sino simplemente caminar a su lado.

La nueva forma de pensar sobre la salud y la enfermedad, con su mensaje de esperanza y su carga de responsabilidad, es ampliamente divulgada. Ejemplo de ello.

Fue la convención celebrada en Washington en 1978 con el título <<Salud holística y planificación pública>>; en el estrato había políticos, médicos, psicólogos, curanderos tradicionales, maestros espirituales, investigadores, futurólogos, sociólogos y especialistas en planificación de la Salud.

Los temas abarcaban la planificación de la salud pública, la creación de centros de salud holística, la práctica de técnicas curativas interculturales, la teoría holográfica sobre la mente y la realidad, yoga, música y conciencia, acupuntura y digitopuntura, técnicas budistas de meditación, medicina electrónica, métodos alternativos del alumbramiento, trabajo corporal, biofeedback, imaginación dirigida, homeopatía, alimentación... y la <<imagen cambiante del hombre>>.

Lo completo del programa es característico del nuevo paradigma, que considera muchos sistemas de curación no tradicionales como complementarios de la medicina occidental.

En un simposium celebrado en Tucson en el mes de Octubre de 1975, Roy Menninger, en la clínica Menninger, el dijo: <<Las ideas tradicionales sobre la medicina y el nuevo concepto del hombre están celebrando una carrera de choques>> En esa misma conferencia Malcolm Todd, presidente de la conservadora AMA (American Medical Association), pasó revista en un tono un tanto defensivo a los maravillas tecnológicas de la medicina moderna.

Menos de un año después, en una intervención en un programa de amplitud semejante celebrado en San Diego, Todd respaldó la idea de una <<medicina humanística>> que se ocupa del <<cuerpo-mente>>. Nueve meses más tarde, en Houston, surgió la necesidad de adaptar una actitud activa en la integración de estos enfoques holísticos dentro del sistema.

Usados, con prudencia, decía, son una promesa estimulante de rejuvenecimiento para la medicina occidental. <<Su gama se extiende desde el biofeedback y la psicología de la conciencia hasta los fenómenos paranormales, la curación psíquica...>>.

Existen diversos enfoques alternativos sobre la Salud, en los que se subrayaba la importancia del <<medico interior>> presente en cada uno de nosotros.

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), hacia 1977, definió elocuentemente la necesidad:

En las dos últimas décadas muchos médicos y profesionales de la Salud mental han comenzado a descubrir las limitaciones del paradigma y la práctica de la medicina alopática occidental... El acento puesto sobre la patología y la enfermedad más que en la prevención, el carácter destructivo de muchos remedios farmacéuticos y quirúrgicos, la excesiva separación de una fundamental asimetría en la relación entre el médico todo poderoso y el paciente sumiso... han empujado a doctores e investigadores a buscar respuestas en otras tradiciones y métodos.

Esta búsqueda a conducido a muchos de ellos a indagar en tradiciones en las que el cuerpo y la mente son considerados como una unidad, y en las que la labor terapéutica está orientada a ayudar a los procesos naturales de curación... Algunos han volcado su interés en formas de medicina tradicional - como acupuntura, homeopatía, herboristería, meditación, curación psíquica; otros, en técnicas nuevas, como imaginación dirigida y biofeedback.

Laurel Cappa, presidente de la AMSA (Asociación Americana de Estudiantes de Medicina), en 1976, habló en una convención de médicos del interés de los estudiantes por la medicina familiar y por métodos no tradicionales, como la meditación y la psicología Gestalt. Los estudiantes de

medicina aseguraban querer aparecer como compañeros a sus pacientes, y no como figuras revestidas de autoridad.

La vida no ha sido fácil para la mayoría de los médicos que se han visto sorprendidos por el cambio de paradigma. Se encuentran entre dos generaciones, ni lo suficientemente jóvenes como para adentrarse con facilidad en nuevas concepciones, ni lo suficientemente viejos como para poder morir envueltos en el sueño tecnológico, protegidos por su aura de doctores.

La percepción del médico por la enfermedad y la preocupación del psicoanalista por la mente requerían una síntesis, pues la verdad no es monopolio de ninguna rama de la medicina. << Ambos puntos de vista tienen que encontrarse y fundirse, y su fusión se dará, más profundamente que en los demás, en los médicos de medicina general.>>

La vieja preocupación por el poder (quién es el experto, quién tiene la autoridad) está desapareciendo. En buen número de programas médicos innovadores, los psicólogos tienen tanta importancia como los doctores en medicina. En California se está impartiendo a título experimental un doctorado en Salud Mental, que consta de una mezcla de psiquiatría, psicología y asistencia social.

Las antiguas distinciones jerárquicas también están cayendo: los psiquiatras piden consejos a los psicólogos, los ortopedas a los quiroprácticos, los oftalmólogos a los optómetras. Todos tienen lugar en la medicina holística.

Todo lo importante ya ha sido descubierto, decía un sabio, lo único que falta es volverlo a descubrir.

<<En último término, lo que determina la cuestión del derecho a morir, es el concepto que se tiene de la vida, no el concepto de la muerte>>.

apunta Hans Jonas, profesor de filosofía en la Nueva Escuela de Investigación Social. <<La responsabilidad de la medicina se extiende a la totalidad de la vida. Y su deber es proteger la llama de la vida mientras arde, pero no conservar las ascuas del rescoldo. Menos aún, consiste en infringir sufrimientos y en aumentar indignidades.>> En muchos estados cabe hoy en día rechazar la tecnología para retrasar la muerte -tubos, respiración artificial, etc.- en nombre del <<derecho de morir>>.

La psiquiatría de occidente está comenzando a sentir respeto por las ideas de ciertas sociedades que consideran la locura como un intento de hacer surgir una nueva visión de las cosas. Una psicosis aguda podría ser una especie de estrategia eruptiva para resolver un conflicto, un proceso natural posiblemente valioso, en vez de un síntoma que deba ser erradicado con la mayor rapidez. El aislamiento en un lugar seguro y la comprensión resultan a veces más efectivos que el potente medicamento, de efectos puramente transitorios, que generalmente se administra a los pacientes psicóticos.

El miedo frente a los comportamientos creativos y los estados místicos - es decir frente al lado intuitivo de la experiencia humana- ha conducido a innumerables cazas de brujas a lo largo de toda la historia.

Hoy también un interés creciente por los síntomas tradicionales y populares de curación. Médicos, enfermeras, psicólogos y antropólogos están asomándose a prácticas chamánicas (técnicas nativas de curación) de diversas culturas: chinas, nativas de América, tibetanas, africanas, japonesas.

Los chamanes ayudan al enfermo a buscar el sentido de su enfermedad en su entorno familiar o comunitario.

Los sistemas tradicionales de sanación consideran a la enfermedad como una perturbación de la armonía del individuo con los demás y con la naturaleza.

Solamente la persona misma puede curarse desde dentro.

Un famoso psicólogo hizo en una ocasión, privadamente, la observación de que el biofeedback es la última forma de placebo, in paso intermedio para médico y paciente demasiado apoyados aún en la tecnología <<dura>> y que aún no se han dado cuenta de que lo que sucede en el interior de un cerebro <<blando>>, que se desvanece en un torbellino de partículas cuando se le examina más de cerca.

Seguramente, el día de mañana, los historiadores se asombrarán de la herejía que cometimos en las últimas décadas, al dejar de lado el espíritu, en nuestro esfuerzo por curar el cuerpo. Hay, en día, al recobrar la salud, nos reencontramos a nosotros mismos.

Cada uno de nosotros da a la palabra "vida" el significado que más adecuado le parezca. Hay quien lo emplea para denominar una propiedad añadida a la materia pero independientemente de ella. Para otros, la vida constituye una mera suma de efectos derivados de determinadas disposiciones de la materia, un conjunto de reacciones integradas que se hicieron progresivamente más complejas. Aunque es imposible todavía definir la vida como un concepto abstracto, es, por otra parte, relativamente fácil identificar muchos fenómenos inherentes a la vida como procesos. Llenan el techo entre el nacimiento y la muerte incontables reacciones al medio que permiten al organismo fortalecerse y sustentarse. Y las respuestas del organismo a los estímulos originados en el medio constituyen las manifestaciones internas y externas de su existencia.

Sea cual fuere el origen de la vida, su mantenimiento exige que los seres vivos desarrollen cierta aptitud en relación con el medio en que se desenvuelven y funcionan.

Mediante los procesos evolutivos, la vida persiste, adaptándose a todos los rincones de la tierra y cambiando de acuerdo con las modificaciones del ambiente. Esta maravillosa plasticidad, esta capacidad de los seres vivos de desarrollar estructuras y funciones que le permitan afrontar los problemas planteados por las peculiaridades del lugar, es veneno inagotable de portentos.

Sólo el desarrollo de procesos de adaptación social ha permitido a la humanidad alcanzar un éxito biológico tan notable. Es obvio que tales procesos sociales fueron adicionales a la actividad de los mecanismos adaptativos similares a los que operan en el resto del mundo viviente.

El hombre ha intentado en cierta medida controlar y aún modificar su propio ser físico y mental. La realización de algunas modificaciones leves del medio interno, siempre que sean compatibles con la vida, pueden influir gradualmente en la determinación de las aptitudes, el comportamiento, los impulsos y hasta las metas.

El hombre posee en condiciones normales, mecanismos que le permiten resistir las infecciones, es doble suponer que tal resistencia, indispensable para sobrevivir, es resultante del proceso de adaptación evolutiva.

Aparte de los mecanismos genéticos de resistencia, el individuo tiene la capacidad de utilizar reacciones protectoras al entrar en contacto con agentes infecciosos.

Antes, se aceptaba como ley natural el hecho de que los niños padecieran ciertos males considerados como propios de la infancia, y si los adultos eran por lo general resistentes a dichos males, esto se debía a que los había afrontado en su propia niñez. Representaba éste un medio cruel de adaptación del ser humano a los nuevos organismos patógenos; era, sin

embargo, un medio natural, tan penoso como eficaz. En épocas no muy lejanas, la pérdida de un vástago era menos trascendente que ahora. Se procreaban mucho más de los indispensables para la conservación de la especie, lo cual sigue sucediendo en buena parte del mundo. Como consecuencia del control natal y la modificación de la ética, hoy se desea que todos los hijos sobrevivan, lo cual implica la necesidad de descubrir medios substitutivos de los efectos protectores que ejercían los males infantiles en el pasado. La vacunación, destinada a producir sin riesgos la inmunidad que antes era resultado de la enfermedad misma y las medidas sanitarias encaminadas a erradicar los agentes infecciosos del medio, son los procedimientos tecnológicos mediante los cuales el hombre intenta sustituir los mecanismos naturales de adaptación biológica.

El flujo y reflujo de las enfermedades humanas a lo largo de la historia pretenden suponer que también estas se hallan sometidas a la acción de los mecanismos naturales de solución.

Los miembros de ciertas poblaciones han desarrollado o están desarrollando defensas biológicas semejantes a las que tiene la generalidad de la gente contra determinados agentes patógenos.

Muy avanzada ya el siglo XIX se consideraba todavía que la enfermedad era resultado de la falta de armonía entre el afectado y su medio: de la pérdida del necesario equilibrio entre el yin y el yang, según los chinos, o entre los cuatro humores, según Hipócrates.

Louis Pasteur, Robert Koch enfocaron el problema por medio de experimentos de laboratorio en donde demostraron que se podía ocasionar una enfermedad a un animal sano con sólo un factor específico, es decir un micro organismo virulento. Hoy se consideran que las causas específicas de la enfermedad son agentes microbianos, la perturbación de los procesos metabólicos fundamentales, las deficiencias hormonales o de los factores del

crecimiento y las tensiones fisiológicas. Incuestionablemente, durante, poco menos de un siglo la doctrina de la etiología específica ha constituido el elemento más constructivo de la investigación médica. Sin embargo, son muy pocos los casos en que ha podido descifrar enteramente las causas de la enfermedad.

En realidad, la búsqueda de la causa puede ser un empeño estéril, pues la mayoría de los estados patológicos son resultado indirecto de toda una serie de factores y no resultado directo de determinantes individuales.

Dado que en la iniciación de los procesos patológicos suelen intervenir varios elementos, comúnmente se considera que existen diversas categorías de causas, cada una de ellas de importancia distinta. En los libros de texto las causas "iniciadoras", "premotoras" o "inmediatas" de las causas "tributarias", las cuales se limitan a colocar al paciente bajo la influencia del agente iniciador.

El proceso de la vida implica la interacción y la integración de dos sistemas ecológicos. Por una parte, está el organismo individual, que constituye un conjunto de partes interdependientes -células, fluidos y estructuras tisulares- relacionadas entre sí por medio de una compleja red de mecanismos de equilibrio. Este conjunto intraindividual funciona bien cuidando su medio interno mantiene la estabilidad relativa en ciertos límites estrechos peculiares de cada especie. Por otra parte el organismo reacciona y compete constantemente con todos los seres vivos e inanimados con los que entra en contacto. En condiciones normales el medio externo cambia constantemente y de manera impredecible. Muchas de las manifestaciones que ocurren en el mundo exterior pueden tener efectos dañinos, de modo que todo organismo tiene que sufrir cambios adaptativos consecuentes con tales modificaciones para poder sobrevivir y continuar funcionando efectivamente.

En la mayor medida posible, debe restaurar sus tejidos dañados y devolver su medio interno a la normalidad. Así, cualquier factor que rompa el equilibrio de cualquiera de los dos sistemas psicológicos -el medio interno y el externo- puede convertirse en causa de enfermedad.

El proceso de la vida incluye necesariamente todas estas relaciones complejas, por lo que todo fenómeno patológico es resultado de una pluralidad de fuerzas de naturaleza muy variada.

Al equipar la enfermedad con el efecto de la causa específica, la doctrina de la etiología específica, parecía negar la operación fisiológica de la salud como equilibrio, y dejar en el atraso el tradicional arte de la medicina. Sin embargo, los conceptos de la doctrina Hipocrática de la armonía están resurgiendo. El sistema conceptual más reciente indicado para incluir todos los diferentes mecanismos por medio de los cuales responde el cuerpo a las "tensiones de la vida", es la teoría general del síndrome de adaptación. Basándose en Freud la psiquiatría está formulando su propio problema por el mismo camino, como las respuestas fisiológicas, las reacciones emocionales a menudo constituyen mecanismos inconscientes (instintivos o adquiridos) por medio de los cuales el organismo intenta defenderse de amenazas reales o simbólicas.

En muchos casos el estímulo producido por cualquier cosa está condicionado por historia biológica y social del grupo y por la experiencia pasada en cada individuo.

El medio interno está respondiendo constantemente al medio externo, y tanto la historia racial como la individual condicionan la forma de respuesta, tanto como lo hace la naturaleza intrínseca del estímulo. Más aún, las experiencias pasadas hacen al individuo susceptible hasta a los símbolos de los estímulos. El hombre responde compulsivamente no sólo a amenazas reales o a la presencia de enemigos, sino también a las diversas sombras, que por

asociación, representan peligro. El medio no se puede definir meramente por las características intrínsecas de microbios, venenos, radiaciones, trauma y tensiones a los que el individuo se expone en un tiempo dado. Debemos incluir también aquél fenómeno que lo afectó en el pasado.

Está implícito en las enseñanzas Hipocráticas que tanto la salud como la enfermedad están regidas por leyes naturales y reflejan la influencia ejercida por el medio y la forma de vida. En consecuencia, la salud depende del estado de equilibrio entre los diversos factores internos que gobiernan las operaciones del cuerpo y de la mente; este equilibrio, en cambio, sólo es alcanzado cuando el hombre vive en armonía con su medio externo. Sus escritos están permeados del concepto de que toda la vida del paciente está implicada en el proceso de la enfermedad y que la causa se va a encontrar en una concatenación de circunstancias, más que el simple efecto de algún agente externo.

CAPITULO 2. MIGRAÑA

2.1 ANTECEDENTES

Es curioso que sean tan pocas las personas que no hayan experimentado una cefalea por tensión, probablemente advertía la necesidad de diferenciar esta última enfermedad, tan corriente, que difícilmente puede considerarse anormal, como origen ocasional de una indisposición de las características de la migraña, más espectaculares y a menudo más penosas. Además, el término migraña presenta cierto tono social que atrae a muchos pacientes.

La historia de la migraña es casi tan antigua como el hombre mismo. Algunos de los hombres más eminentes y notables de la historia tuvieron ataques de migraña. Cesar, San Pablo, Kant y Freud sufrieron esta calamidad, y su patogénesis confundió a Hipócrates.

Se atribuye a Hipócrates (400 a. de J.C.) la primera descripción médica de la migraña, y Areteo de Capadocia esbozó sus caracteres distintivos hacia el año 90 de nuestra era. Areteo inventó el término heterocrania y la describe de la manera siguiente:

Y en ciertos casos duele toda la cabeza; el dolor en ocasiones afecta el lado derecho, al lado izquierdo, en la frente o en la fontanela; y tales dolores cambian de lugar en el mismo día... Esto se llama heterocrania, una enfermedad de ningún modo leve... Ocasiona síntomas impropios y molestos... náusea, vomito de material bilioso; colapso del paciente... hay mucho adormecimiento, pesadez de la cabeza, ansiedad; y la vida se torna pesada. Huyen de la luz, la oscuridad calma su dolor; tampoco pueden soportar mirar

o escuchar algo agradable... Los pacientes están hastiados de la vida y desean morir.

Areteo observó los síntomas análogos que inauguraban ciertas migrañas... rágagas de color púrpura o negro ante la visión o mezcladas juntos, como exhibiendo la aparición de un arcoiris extendido en los cielos...

Dos teorías clásicas han denominado la etiología temprana de la migraña: la teoría humoral y la teoría simpática. Las teorías "umorales" han considerado un exceso de bilis negra y la constipación como la causa, es decir una retención de "humores biliosos" en el intestino y a su vez esto provoca la migraña. Robert Whytt visualizaba al cuerpo humano lleno de una extremidad a la otra de "senderos directos de simpatía", caminos que transmiten todos los fenómenos de la migraña a partir de los órganos viscerales. Médicos como Abercrombie, Piarr, Romberg Symons, Hall y Hollerdorf, y no médicos como Herchel y Airies padre e hijo describieron los aspectos físicos de la migraña. En 1864, Edward Living escribió un nomograma intitulado "On Megrim, Sick Headache and Some Allies Disorders" y describió con vividos detalles los ataques de migraña, dándose cuenta por primera vez que había toda una gama de ataques de migraña y describiendo cada uno de ellos en detalle.

El celebre Galieno (131 a 202) se refirió a ello con el nombre de "nemicrania". De este término se deriva la palabra megrim, empleada en el inglés antiguo. La bibliografía inicial sobre este asunto es muy basta y entre las descripciones clásicas hay las de TISSOT, LIVEING, GOWERS y mas recientemente las de FLATAU (1912), RILEY (1932), CRITCHLEY y FERGUSON (1933) y GOLFF (1963). Se han elaborado análisis detallados de la sintomatología de la migraña, a veces de un modo obsesivo, y un gran acopio de estas observaciones clinicas se halla en los trabajos de SELBY y LANCE (1960), DALSGAARD- NIELSEN (1965) y KLEE (1968). Existen monografias como las de LANCE (1969), PEARCE (1969) y SACKS (1970).

2.2 DEFINICIÓN DE MIGRAÑA.

La definición de migraña que a continuación aparece es la que se manejara en el presente trabajo:

Trastorno familiar caracterizado por ataques recidivantes de cefalea, muy variables en intensidad, frecuencia y duración. Los ataques suelen ser unilaterales e ir acompañados de anorexia, náuseas y vómitos. En algunos casos van precedidos o acompañados de trastornos neurológicos o del estado de ánimo. No todas las características antes mencionadas se hallan necesariamente presentes en cada uno de los ataques o en cada uno de los pacientes. (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988).

A. Estados considerados generalmente como incluidos en la definición anterior:

1) Migraña con aura (clásica), en la que la cefalea va precedida o acompañada de fenómenos neurológicos focales transitorios, p. ej., trastornos visuales, sensoriales o del lenguaje.

**TABLA 1. CRITERIO DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA CON AURA
(MIGRAÑA CLÁSICA)**

A. Duración (por lo menos) dos ataques cumpliendo el criterio B.

B. Por lo menos tres de las cuatro características están presentes:

1. Ocurren uno o más síntomas de aura totalmente reversible indicando una disfunción cerebral.
2. Por lo menos un síntoma de aura desarrollado gradualmente por más de cuatro minutos, o dos o más síntomas que ocurran de manera sucesiva
3. Que no sea único el síntoma de aura por más de 60 minutos.
4. Dolor de cabeza seguido por aura con un libre intervalo menor de 60 minutos (esto además podría comenzar o estar simultáneamente con el aura).

C. Una historia y un examen físico apropiado, donde, el examen diagnóstico incluya una causa secundaria.

2) Migraña sin aura (migraña común), que no va acompañada de trastornos neurológicos focales claramente definidos. Esta es la variedad de migraña que se encuentra con mayor frecuencia.

**TABLA 2. CRITERIO DE DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA SIN AURA,
(MIGRAÑA COMÚN)**

- A. Por lo menos 5 ataques cumpliendo criterios B-D.
- B. El dolor de cabeza con una duración de 4 a 72 horas (sin tratamiento o con tratamiento)
- C. El dolor de cabeza debe de tener de por lo menos 2 de las siguientes características:
1. Localización unilateral.
 2. Pulsátil.
 3. Intensidad moderada o severa (inhibiendo o prohibiendo actividades diarias)
 4. Agravación por subir o bajar escaleras o una similar rutina en la actividad física.
- D. Durante el dolor de cabeza, por lo menos uno de los siguientes puntos:
1. Náusea y/o vómito
 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. Por lo menos uno de los siguientes puntos estén presentes:
1. Historia y exámenes físicos y neurológicos que no sugieran un diagnóstico orgánico.
 2. Historia y examen físico y/o neurológico que sugieran tal desorden.
 3. Tales desórdenes están presentes, pero los ataques de migraña no ocurren para el primer tiempo.

2.3 TIPOS DE MIGRAÑA

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 de tipo Basilar

1.2.5 Migraña con aura sin dolor de cabeza

1.2.6 Migraña con ataque agudo de aura

1.3 Migraña Oftalmopléjica

1.4 Migraña retinal

1.5 Síndromes en un periodo temprano que tal vez son asociados con migraña.

1.5.1 Vértigo paroxismal del infante

1.5.2 Hemiépica alternante del niño

1.6 Complicaciones de migraña

1.6.1 Estado migrañoso

1.6.2 Infartación migrañosa

1.7 Desorden migrañoso que no cumple con los criterios

2. Dolor de cabeza tipo tensional.

2.1 Episodio de dolor de cabeza de tipo tensional

2.1.1 Episodio de dolor de cabeza de tipo tensional asociado con desórdenes de músculos pericraneales.

2.1.2 Episodio de dolor de cabeza de tipo tensional que no es asociado con desórdenes de músculos pericraneales

2.2 Dolor de cabeza de tipo tensional crónico.

2.2.1 Dolor de cabeza de tipo Tensional asociado con desórdenes de músculos pericraneales.

2.2.2 Dolor de cabeza de tipo tensional que no se asocia con desórdenes de músculos pericraneales.

2.3 Dolor de cabeza de tipo tensional que no cumplan con los criterios

3. Dolor de cabeza arracimado y hemicrania paroxística crónica

3.1 Dolor de cabeza arracimado

3.1.1 Dolor de cabeza arracimado periodicamente indeterminado

3.1.2 Episodios de dolor de cabeza arracimado

3.1.3 Dolor de cabeza arracimado crónico

3.1.3.1 Inremitible al ataque

3.1.3.2 Evolucionado desde el episodio

3.2 Hemicrania paroxística crónica

3.3 Dolor de cabeza arracimado con desórdenes no encontrados en el criterio.

Blau (1980) ha dividido el ataque de migraña en 5 fases: El principio del ataque, el cual ocurre horas o días antes del dolor de cabeza; el aura, después de la cual viene inmediatamente el dolor; el dolor de cabeza en sí; la terminación del dolor de cabeza; y el postdrome.

Aunque más personas experimentan más de una fase, una fase particular no es requerida para el diagnóstico de migraña. Una descripción de las 5 fases proporciona una dirección conveniente del examen de las diversas manifestaciones de migraña.

Principio del ataque:

Un fenómeno premonitorio, ocurre en aproximadamente el 60% de los migrañosos, algunas horas o días antes del comienzo del dolor de cabeza. Este fenómeno incluye lo psicológico, neurológico, constitucional, y rasgos automáticos. Los síntomas psicológicos incluyen depresión, euforia, irritabilidad, hiperactividad, fatiga, inquietud y somnolencia. Los fenómenos neurológicos incluyen fotofobia y fonofobia. Los síntomas Constitucionales incluyen un cuello rígido, la sensación de frío, anorexia, lentitud, incrementa la sed, incrementa la orina, diarrea, constipación y antojos de diferentes tipos de comidas.

Aura:

La migraña con aura consiste en un Síntoma neurológico focal que procede o acompaña al ataque. Aproximadamente el 20% de sufridores de migraña experimentan auras.

El aura puede ser caracterizada por fenómenos visuales, sensoriales o motores, y podría también involucrar lenguaje o disturbios cerebrales; el dolor de cabeza usualmente ocurre dentro de los 60 minutos al finalizar el aura.

Fase del dolor de cabeza:

El típico dolor de cabeza es unilateral y pulsátil. La severidad de los rasgos del dolor de cabeza van de moderado a marcado y es agravado por actividades físicas. No todas estas características son requeridas. El dolor puede ser bilateral al comenzar (en 40% de los pacientes) o empezar de un solo lado y llegar a ser generalizado. El dolor de cabeza puede ocurrir en algún tiempo del día o de la noche, pero ocurre más frecuentemente al levantarse en la mañana. El comienzo es usualmente gradual, el dolor llega a la cumbre y después disminuye, siguiendo usualmente entre 4 y 72 horas en adultos y de 2 a 48 horas en niños.

El dolor de migraña está invariablemente acompañado por otras características. La anorexia es común, aunque los antojos de comida pueden ocurrir. La náusea ocurre en arriba del 90% de pacientes, y el vómito ocurre en alrededor de 1/3 de migrañosos. Algunos pacientes experimentan hiperexcitabilidad sensorial manifestándola por fotofobia, fonofobia y osmofobia, y buscar la oscuridad en un cuarto quieto. Otros síntomas sistemáticos incluyen visión borrosa, mala ventilación nasal, anorexia, hambre, diarrea, calambres o dolores abdominales, orinar demasiado, sensación de calor o frío, palidez facial y sudoración; pueden ser notados durante la fase del dolor de cabeza. Localizando edema de el cuero cabelludo, la cara o las regiones periorbitales, podría ocurrir; sensibilidad en el cuero cabelludo, inusual prominencia de la vena o arteria en las sienes o tensión en el cuello también es común, la baja de memoria ocurre más frecuentemente. La depresión, fatiga, ansiedad, nervios e irritabilidad son comunes.

Terminación y postdrome

En la fase de terminación, el dolor disminuye. Después del dolor de cabeza el paciente podría sentirse cansado, irritable, debilitado, indiferente y podría tener cierta disminución en la concentración.

2.4 SÍNTOMAS SOMÁTICOS

La cabeza es sin duda el lugar donde radica la sintomatología algíca mas común de la migraña, pero no constituye el único. Todo un conjunto de síndromes es generalmente reconocido como el síndrome de la migraña. Síntomas como náusea, vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal y también circunstancias emocionales tales como cambio del talante, etc., forman parte del complejo de la migraña. Cuando el dolor de cabeza predomina, el síndrome recibe el nombre de migraña sin aura; cuando predominan otros síntomas, se denominan equivalentes de la migraña.

En los equivalentes de la migraña, hay una cefalea periódica, que habitualmente se inicia en un lado, pero que después se generaliza. Acompañan a la cefalea irritabilidad y náusea con vómito, constipación y diarrea. Muy a menudo los ataques jaquecosos son precedidos por hemianopsia unilateral, parestesias y anomalías del lenguaje. La cefalea es descrita por el paciente como un dolor violento, pulsátil, en una sien, pero que mas tarde se difunde en la cabeza. Los sitios de dolor suelen ser en regiones temporal, supraorbitaria, frontal, retrobulbar, parietal, postauricular y occipital.. Sin embargo puede ocurrir en la región molar, en los dientes superiores e inferiores, en la base de la nariz, en la pared interna de la órbita y en la región de la arteria carotida primitiva, y en ocasiones se difunde hasta la parte mas

alta del vértice del hombro. La sensación pulsátil suele ser sincrónica con el pulso arterial; su intensidad es proporcional a la amplitud aumentada de los diversos pulsos arteriales. El dolor puede ceder ejerciendo presión sobre la arteria afectada, por lo general, la carótida primitiva o en ocasiones el globo ocular del lado afectado. Cuando se deja de hacer presión, suele haber resurgimiento del dolor.

Una consideración aparte de la migraña con aura de otras variedades esta tal vez justificada solamente por la información que sus estudio proporciona acerca de la evolución de la perturbación de la fisiología vascular que suele presentarse durante un ataque. En la vida de un individuo afecto de migraña crónica pueden presentarse varias formas de migraña, y se encuentra con mayor frecuencia la común que su forma clásica. CRITCHLEY y FERCUSON (1933) describieron los prodromos neurológicos requeridos para el diagnóstico de la migraña clásica solamente en una minoría de sus casos. De los varios trastornos precefálicos, los trastornos de la visión son los que se encuentran con mayor frecuencia, aunque en muchos pacientes un minucioso interrogatorio revelara trastornos mas extensos de la función cerebral.

Aunque ese interrogatorio minucioso revelara muchas veces una historia de mas de una forma de migraña, la oftalmopléjica (PEARCE,1968), la hemipléjica (WHITTY,1953) y la basilar (BICKERSTAFF,1961) son las que tienen mas probabilidades de presentarse en una forma pura, pero en la anamnesis de una migraña sin aura recidivante se encontrara a menudo un ataque ocasional de migraña con aura o de neuralgia migrañosa, aunque la frecuencia de los ataques puede ser escasa o mal recordada.

El dolor unilateral, que a menudo se vuelve bilateral y tiene carácter pulsátil, puede ir acompañado de fotofobia, nausea y vómitos en cada forma de ataque. Tanto en la migraña con aura como en la migraña sin aura, el paciente puede haber experimentado, el día anterior, una inexplicable

sensación de bienestar con una mayor claridad de ideas y capacidad de trabajo, por unidad de tiempo, que en circunstancias normales. La tendencia de los ataques a sobrevenir al final de un período de tensión nerviosa está compartida por la migraña común y la clásica y la postración al comienzo de un período de vacaciones o al final de la semana es un fenómeno muy corriente. Los pacientes que padecen habitualmente de una de estas dos formas de migraña, pueden tener conocimiento de los factores precipitantes en cuestión. Entre estos son bien conocidos el hambre, el exceso de luminosidad, la fatiga y la tensión nerviosa. En las mujeres el período premenstrual presenta este riesgo y la píldora anticonceptiva a base de estrógeno y progestágenos se acepta actualmente como un importante factor desencadenante de la determinación de la frecuencia e intensidad de la migraña.

La duración del ataque ógido es variable de un individuo a otro, pudiendo durar desde algunos minutos hasta varias horas. Raras veces persiste menos de tres horas y es común una duración de ocho a 24 horas. La arteria o arterias afectadas pueden estar hipersensibles, así como a veces la piel circundante. En ocasiones puede formarse un hematoma en torno al vaso afectado.

Así mismo la intensidad del ataque puede ser variable, pudiendo ser apenas perceptible o intensamente violento. Puede ser influida por factores tales como caminar, esfuerzos corporales o cambio repentino en la posición. A veces es reversible con la luz brillante, sonidos fuertes y esfuerzo mental. Dicha intensidad a menudo se exagera cuando al paciente se recuesta y se reduce cuando adopta la posición sedente. Pueden ocurrir exacerbaciones prolongadas y remisiones, en particular en la migraña que se presenta antes de la menstruación.

Los fenómenos previos a la aparición de la migraña ocurren en cerca del 10% de los sujetos que tienen este dolor de cabeza. Son comunes los

fenómenos posteriores al ataque y estriban en hemianopsia y alucinaciones variables de luces y colores. Sensaciones de nerviosidad y enlago e insomnio, a menudo seguidos de sueño profundo, pueden anteceder a la cefalalgia. Algunos pacientes se quejan de energía e impulso sexual disminuidos, en tanto que otros muestran vivacidad y locuacidad, parestesias de la cara y las manos. Vértigo, que a menudo comienza con una sensación de rotación violenta acompañada de vomito, sudoración, postración y agnosia de tipo auditiva o visual, precede a algunas jaquecas, después de lo cual se presenta un dolor de cabeza intenso y más náusea y vómito.

2.5 EL AURA MIGRAÑOSA.

Los trabajos clínicos y farmacológicos clásicos de Wolff (1963) han contribuido a la mayoría de los conocimientos sobre la evolución del ataque de migraña clásica y, sin determinar su etiología, han ofrecido una explicación de los fenómenos clínicos observados en el ataque clásico, justificando la continuación de su tratamiento con preparados de ergotamina. Aunque las conclusiones de Wolff permanecen intocables, no explican sin embargo, por que razón, en lo que con toda seguridad es un trastorno generalizado de la fisiología vascular cerebral y extracerebral, los síntomas prodrómicos de un ataque clásico deben consistir precisamente en un trastorno neurológico específico relacionado automáticamente con una región de la circulación cerebral, o por que motivo la cefalea suele ser unilateral, al menos en la primera parte del ataque. En realidad, en algunas personas, la evolución de un ataque difiere de lo corriente, iniciándose en forma de pequeño foco doloroso, generalmente en la región supraorbitaria o en la temporal. Esta cefalalgia inicial va seguida del aura neurológica, relacionada de un modo convencional con un espasmo vascular. Más tarde aún, aparece una cefalea

difusa. El estudio de los fenómenos que se presentan durante la fase cefálica de la migraña ha sido más extenso que el de las anomalías vasculares que acompañan al aura.

El aura que se encuentra con mayor frecuencia en la migraña con aura es, como ya se ha mencionado, la de un trastorno de la visión que dura cosa de medio minuto a una hora antes de iniciarse la cefalea.

Los trastornos visuales prodromicos corrientes toman la forma de una hemianopsia o de teicopsias. Entre estos fenómenos hay los bien conocidos espectros de fortificaciones, la ilusión de las luces destellantes (ruedas de pirotecnia) o trazados de zigzag. Se pueden observar también otros síntomas visuales más difusos y menos espectaculares. Algunos pacientes describen una visión borrosa generalizada que afecta a uno solo o a ambos campos visuales, como si estuvieran mirando a través del agua o de una nube de vapor o como si contemplaran una pieza de seda humedecida. Estas descripciones parecen que implican un sentido de movimiento u ocupación del campo visual. Los escotomas se agrandan durante el ataque y pueden romperse en partes componentes más pequeñas. También pueden cambiar de forma o parecer como si se movieran por el campo visual. Una de las primeras descripciones de este fenómeno fue la de GOWERS (1892) LASHLEY (1941) describió en detalle sus propios escotomas migrañosos. LASHLEY calculó su pérdida visual en muchas ocasiones y dedujo que había una extensión del trastorno cortical a la velocidad de 3mm por minuto.

El trastorno visual de la migraña puede iniciarse en un cuadrante del campo visual o en la mitad de él, pero frecuentemente se extiende hasta invadir ambos lados de un modo secuencial o puede incluso afectar a ambas mitades del campo visual. Aunque la gran mayoría de los pacientes describen trastornos gruesos de la visión, ya es bien conocida la aparición de imágenes visuales de más delicada formación.

Las descripciones de los pacientes de sus pérdidas de campo visual pueden ser inexactas y es posible que el paciente sea incapaz de distinguir entre un defecto homónimo y un trastorno unilateral de la visión. No obstante, la isquemia retiniana con pérdida monocular de la visión es rara en comparación con los trastornos situados en una región más posterior del aparato visual.

Teniendo en cuenta la frecuencia de los síntomas visuales atribuibles a cortex occipital y a la circulación cerebral posterior, quizá resulte sorprendente que el síndrome de la migraña de la arteria basilar en todo su desarrollo (BRICKERSTAFF, 1961) se presente tan raramente.

Sacks alude a las "auras" de la migraña. Dichas auras han sido descritas como sensaciones preliminares a la presentación de diversos males, en particular epilepsia. Las auras de la migraña incluyen no solo las alucinaciones antes descritas, sino también varios tipos de estados afectivos, diversos trastornos del habla y del talante. Las alteraciones visuales que se presentan en forma preliminar a la migraña pueden ser puntos ciegos dispuestos en cuadrantes visuales o tal vez en zonas aisladas de azul difuso. Puede haber defectos de cuadrantes homónimos y de campo hemianopsico. Estos defectos suelen ser contralaterales al lado de las cefaleas.

Algunas veces tales alteraciones visuales pueden adoptar la forma de dibujos geométricos, destellos de luz, esferas doradas, estrellas o bordes dentados; la mayor parte de estas son móviles y dificultan la visión. No deben confundirse con los problemas visuales que acompañan a la migraña. Entre otras clases de auras figuran parestesias de la cara, las manos y los pies en el lado opuesto de la cefalea.

Podría ser pertinente evocar aquí algunos de los otros tipos de alucinaciones aurales. Las alucinaciones auditivas adoptan forma de sibido,

retumbo y en ocasiones un sonido rugiente. Es muy común el vértigo intenso y repentino que se acompaña de tambaleo y a veces vómito.

Las auras del síncope migrañoso son muy interesantes, el paciente cae en síncope por etapas, es decir, pasan algunos minutos antes de que el síncope tenga lugar y es gradual; después, el paciente recupera sus facultades en la misma forma gradual.

Sacks (1970) resume las siguientes características de los "estados afectivos" de la migraña a saber:

1. Su aparición repentina
2. Su ausencia de causa evidente y la incongruencia frecuente de los contenidos manifiestos de la conciencia.
3. Su cualidad abrumadora
4. Un sentido de pasividad y de que la emoción es "forzada" en la mente.
5. Su duración breve (raras veces duran más de algunos minutos)
6. La sensación de tranquilidad y eternidad que transmiten: tales estados pueden crecer en profundidad e intensidad, pero esto ocurre a pesar de la ausencia de "suceso" experimental.
7. Su dificultad o imposibilidad para describirlos en forma adecuada. Tales estados de sentimiento "forzado" abrumador pueden ocurrir no solo en paroxismos cerebrales como los de migraña y epilepsia, sino en psicosis esquizofrénicas e inducidas por drogas, en estados febriles y tóxicos, y en estados histéricos, estáticos y oníricos

AURAS PSIQUICAS Y SENSORIALES.

Los trastornos de la visión forman la mayoría de los síntomas prodrómicos neurológicos de la migraña pero en esta enfermedad, gran parte de la circulación intracraneal parece ser capaz de sufrir aberraciones. Sacks (1970) describió con gran detalle los muchos fenómenos que se encuentran en el aura migrañosa. Después de los síntomas visuales vienen en frecuencia otros trastornos sensoriales y hay que mencionar que en la migraña hemipléjica (WHITTY, 1953) la pérdida sensorial unilateral puede constituir la mayor deficiencia neurológica durante un ataque. Generalmente los trastornos sensoriales de la migraña toman la forma de entumecimiento u hormigueo de las extremidades o de la cara, pero pueden presentarse también síntomas sensoriales más complejos. No son raros los trastornos subjetivos de la imagen corporal, con la sensación de distorsión, agrandamiento o empequeñecimiento de las extremidades o de todo el cuerpo, o puede presentarse también una sensación de angosta. En estos pacientes pueden presentarse más síntomas evidentes de un trastorno temporoparietal, con la apreciación desordenada de las relaciones espaciales en el mundo externo (micropsia y macropsia).

Sacks (1970) comenta que los trastornos de otra forma de sensación son raros, pero opina que pueden ser más frecuentes de lo que generalmente se cree. Así se han observado alucinaciones olfatorias, lo mismo que trastornos de la percepción temporal. En realidad, la sintomatología de la epilepsia focal puede ser idéntica a la de algunas auras migrañosas y en ausencia de una cefalea migrañosa o continuación del aura o de la aparición de un ataque de "gran mal", el diagnóstico diferencial puede resultar difícil.

Además de las variedades de fenómenos de precefelea ya mencionadas hay que tomar en consideración las alteraciones de la

percepción y de la conciencia que no pueden atribuirse focalmente a ninguna parte del cerebro ni de su irrigación sanguínea. Sacks (1970), al comentar sobre el trastorno de la conciencia que ocurre en la migraña, dice que todas las auras "comienzan con cierto grado de estimulación" ya sea en forma de alucinación o bien de excitación. Durante la fase precoz del ataque, la respuesta del paciente a los acontecimientos y a los estímulos puede no ser adecuada. Aparte de ignorar la importancia de la alteración de su estado, el paciente puede sentirse parecer necio en su relación con personas o situaciones. Esta conducta contrasta marcadamente con la normal del individuo, en especial cuando su personalidad es la que se tiene como típica del individuo migrañoso: perfeccionista y obsesiva. Durante esta fase se presentan sentimientos de insuficiencia ante la situación y su importancia, análogos al tipo de aura que experimentan algunos epilépticos.

Durante la vida de una persona migrañosa el aura puede cambiar de carácter.

Los trastornos del talante que anteceden a la migraña son interesantes. El paciente a menudo presenta depresión intensa, es muy poco sociable y se encuentra irritable e irascible, no puede tomar decisiones y rechaza toda la responsabilidad. Es impulsivo, hostil y muy destructivo, dirigiendo a menudo su hostilidad a personas que dependen de él. En ocasiones precede edema a la cefalea.

Los trastornos de la percepción son características habituales o frecuentes de los ataques de migraña. Generalmente es la percepción visual la que está afectada, pero también se ha descrito alteraciones en la percepción auditiva y distorsión de la imagen corporal en los pacientes migrañosos. (En relación con lo expresado la simple hipersensibilidad en las varias modalidades sensoriales, por ejemplo, en forma de talofobia o de parestesia, no se consideran como trastornos de la percepción.) Las diversas formas de trastorno de la percepción ocurren a menudo en un mismo paciente durante un mismo ataque de migraña.

Trastornos de la percepción visual.

Estos comprenden las alteraciones en la experiencia de forma, tamaño, movimiento o color de un objeto. La experiencia de una postimagen positiva, la duplicación de los objetos (una o varias veces) y la desaparición del objeto, tanto de un modo borroso como total, de manera que todo el campo visual parezca gris o negro, también se consideran como pertenecientes a este grupo de fenómenos.

A las distorsiones de la forma de un objeto se le denomina metamorfosis (LUNN, 1948), mientras que la percepción de un anillo brillante que persigue estrechamente los contornos se le denomina fenómeno en corona. Los cambios del tamaño, como cuando un objeto se percibe menor o mayor de lo que es en realidad, se denomina micropsia y macropsia, respectivamente. Los cambios en la posición aparente de un objeto, como cuando se percibe este como si estuviera más alejado, se denomina teleopsia (CRITCHLEY, 1949), mientras que la percepción de que un objeto estacionario se está moviendo se denomina autocinesis. Por aloestesia óptica se implica que un objeto situado en una parte del campo visual se percibe como si estuviera en otra

parte. El termino pulsación indica que la alteración de la percepción, por ejemplo, la micropsia, aparece y desaparece a un ritmo constante. La percepción de una postimagen positiva se denomina perseveración visual. El termino diplopia se emplea tanto para indicar una duplicación parcial de un objeto, como la completa separación de un objeto en dos, mientras que se emplea el termino poliopia cuando se perciben más de dos objetos; independientemente de que si estos se superponen o no. El escotoma astenoptico implica la desaparición de parte de un objeto o de todo el.

Trastornos de la percepción auditiva.

Las descripciones de los trastornos de la percepción auditiva que se encuentran en la literatura sobre la migraña son todavía mas escasas y menos detalladas que los trastornos de la percepción visual pero, parecen experimentarse en presencia de un nivel inalterado de la conciencia.

KLEE y WILLANGER (1966) dicen que uno de los pacientes que experimentaban trastornos de la percepción visual juntamente con la cefalea migrañosa también manifestaba que el lenguaje lo percibía como a través de un magnetofono a una velocidad demasiado lenta.

SACKS (1971) describe que los sonidos mas tenues aparecen abrumadoramente escandalosos y seguidos de un eco o reverberación prolongados durante algunos segundos después de cesados.

Alteraciones en la experiencia de la imagen corporal.

Las alteraciones experimentadas por el paciente pueden implicar todo el cuerpo, de modo que el paciente puede sentirse muy alto o muy pequeño (y algunas veces ancho, como si se mirara en un espejo deforme de un parque de atracciones), o también puede sentir como si parte de la cabeza o la cabeza entera o alguna otra parte del cuerpo hubiera cambiado de tamaño, generalmente en aumento.

Estas experiencias son a menudo muy vividas y pueden conducir, especialmente antes de que el paciente se haya acostumbrado a ellas, a que la persona en cuestión intente frenéticamente confirmar, por palpación o mirándose a un espejo, que la parte afectada tiene todavía su tamaño normal.

Otra forma que puede tomar este tipo de trastorno perceptual es que, durante el ataque de migraña, al paciente le parezca que tiene un doble (LIPPMAN, 1953). Por regla general no va acompañada de ninguna alteración en el nivel de conciencia.

Los trastornos de la percepción suelen experimentarse simultáneamente con otros síntomas neurológicos, por ejemplo, fotopsia, síntomas vegetativos (especialmente vómitos y diarrea), parestesias, vértigo y trastornos del lenguaje. Los otros síntomas neurológicos presentan una relación similar con la intensidad del ataque de migraña: cuanto más intenso es el ataque, tanto más agudos son los síntomas que experimenta el paciente.

2.6 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRAÑA

Wolf (1948) ha hecho un estudio extenso de los aspectos de personalidad de la migraña. Este autor estudió 46 pacientes migrañosos y encontró que más de la mitad eran "delicados" (o tratados como tales), retraídos y obedientes de sus padres. Estos pacientes eran concienzudos, corteses y de buenos modales. En mucho sentidos, su conducta era paradójica. En la misma persona, afloraban terquedad, desafío abierto y rebeldía. Eran frecuentes las rabietas durante su infancia. La mayoría de ellos eran extraordinariamente ambiciosos y se preocupaban por sus logros y éxitos. En este estudio los pacientes eran "concienzudos, perfeccionistas, persistentes y exigentes. Tratando de poner orden y haciendo los arreglos necesarios para ello siempre que fuera posible". Estos paciente hacían una idolatría de sus "perfecciones" y eran incansables en la persecución de sus metas. A pesar de su eficacia, cuando delegaban el trabajo a otras personas se preocupaban en exceso de que se llevara a cabo o no el trabajo y muy a menudo asumían las tareas delegadas como si fuera su propia responsabilidad. Hallaban difícil suspender una tarea hasta que estaba terminada. Debido a esta lucha persistente, con mucha frecuencia las vacaciones eran causas de migrañas. También cualquier cambio en la tranquilidad, interrupción del curso del trabajo normal, o olvido de una disciplina, a menudo eran sucedidos por un ataque de migraña. El temor a lo futuro también desencadenaba un ataque de migraña, así como también el adoptar otras responsabilidades y prever las críticas. Los periodos de "relajamiento", por ejemplo, viajes planeados, domingos, etc., eran previsible en el sentido de presentación de un ataque. Así mismo, se caracterizaban por inflexibilidad, falta de elasticidad resentimiento encubierto y una "recia mentalidad". También les resultaba difícil aceptar las flaquezas de sus semejantes. La incapacidad para perdonar era seguida de culpabilidad y autoacusación ulteriores. Aunque eran sensibles respecto a sus cefaleas, veían con buenos ojos las preguntas respecto a su estado de salud cuando se presentaban los dolores de cabeza.

La relación social de estos pacientes era de una precaución prudente y casi de manera unánime evitaban relacione síntomas; en consecuencia, eran considerados como encantadores y como poseedores de un "don de gente" distintivo. Su conducta estaba plegada de payasadas y muchos se mostraban poco serios respecto a las cosas. También resentían cualquier cambio en el modo de vida o cambio de la conducta rutinaria. La previsión de alguna relación social o de algún fenómeno imprevisto a menudo desencadenaba un ataque de migraña; al igual que la inadaptación e insatisfacción sexual a menudo desencadenaba un ataque de migraña en individuos de uno y otro sexo.

Henryk-Gat y Rees (1973) examinaron la hipótesis de que factores psicológicos pueden contribuir a la etiología de la migraña en cuanto que rasgos de la personalidad específicos pueden servir como factores predisponentes y experiencias emocionales angustiantes pueden producir el mismo efecto. La tensión emocional puede actuar como un factor desencadenante en la migraña, ya que más de la mitad de los 120 ataques registrados durante un periodo de dos meses de observación estuvieron relacionados en tiempo con un fenómeno angustiante manifiesto; y en una mitad de la muestra al azar, la migraña comenzó por primera vez durante el periodo de tensión emocional.

En términos psicológicos, la migraña puede considerarse como una expresión de sentimientos a los que se niega manifestación directa en otras formas.

Resumiendo las varias opiniones expuestas sobre la personalidad de los pacientes y las causas de la migraña, se mantienen firmes las siguientes conclusiones: "La migraña se presenta en personas obsesivas y angustiadas que no pueden expresar los sentimientos de resentimiento y hostilidad que inconscientemente poseen. La personalidad puede ser también masoquista o

narcisista y la incapacidad de expresar la hostilidad puede deberse a un sentimiento de culpabilidad puesto que el objeto de su odio es una persona próxima, por otra parte muy querida. Algunos creen que el mismo ataque es una manifestación vasomotriz psicológica de la supresión o la represión de la hostilidad". (Marín, 1977)

Rees (1971) examinó la hipótesis de que los rasgos preexistentes de personalidad representan un papel importante en la producción de la migraña y llegó esencialmente a la siguiente conclusión: "No hay un tipo específico de personalidad que pueda aplicarse a la migraña en general. Muchas de las características descritas se relacionan con rasgos de personalidad, que, por diversas vías conducen al desarrollo de la tensión, hipersensibilidad y obsesividad, son todos aquellos rasgos que hacen que el paciente responda al ambiente, tendiendo a producir reacciones emocionales que si quedan reprimidas o aumentan en intensidad, pueden actuar como predisponentes de trastornos psicósomáticos."

2.7 POSIBLES CAUSAS.

Diferentes corrientes han tratado de dar una explicación a la causa de la migraña. En el presente trabajo se abordaran algunas de estas explicaciones.

EXPLICACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA MEDICA.

Wolff (3) ha estudiado la fisiología de la migraña en forma muy extensa y ha demostrado en forma contundente que la intensidad de la migraña es proporcional a la dilatación de las arterias extracraneales y puede ser mitigada por la compresión manual o mediante la aplicación de adrenalina en la arteria dilatada. Este autor ha postulada a la isquemia cortical como la etiología de los escotomas.

En cuanto a los hallazgos electroencefalográficos en la migraña a pesar del gran número de estudios de EEGs en pacientes con migraña, no se ha encontrado un patrón específico como es el caso de los pacientes epilépticos (es decir los patrones de onda y espiga). Sin embargo, no es raro encontrar un EEG con actividad francamente anormal.

Se ha examinado la hipótesis de que el síndrome migrañoso sea causado por un deficiente funcionamiento de los mecanismos motivacionales, vegetativos y autónomos concentrados en el hipotálamo y otras regiones del tronco cerebral. Según esta hipótesis una hiperactividad tónica de estos mecanismos, con exacerbaciones periódicas, explicaría las características motivacionales del paciente migrañoso, así como de los trastornos de la homeostasis que pueden preceder a los ataques de migraña y a las alteraciones vasomotrices que tienen lugar durante el mismo ataque. Las zonas hipotalámicas que intervienen en estos procesos están abundantemente inervadas por fibras aminérgicas que se originan en el

mesencéfalo y algunas investigaciones han indicado que: 1) casi todos los trastornos homeostáticos que suelen presentarse al comienzo de los ataques pueden ser provocados por una disminución de la actividad de la 5-HT en estas vías, y 2) casi todos los factores precipitantes de la migraña ejercen una acción directa sobre el contenido anímico del cerebro, tendiendo a disminuir la 5-HT del mismo.

EXPLICACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA PSICOFISIOLÓGICA

Hipócrates, el padre de la medicina, mencionó más de una vez la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, dedicándose en ellos una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de enfermedad.

A partir del renacimiento la tendencia ha sido considerar a la mente y al cuerpo como elementos independientes.

Han surgido tres líneas de ataque que han acaparado la atención: el enfoque psicodinámico, los trabajos de fisiología experimental sobre los efectos de las emociones sobre el organismo y la aproximación <<cortico-visceral>>.

En primer lugar el grupo del Instituto Psicoanalítico de Chicago sugiere que los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, y es posible describir tipos específicos de personalidad en algunos de ellos.

Gracias a la escuela psicoanalítica ha alcanzado una notable difusión la medicina psicosomática. El término psicosomático ha alcanzado un notable grado de autonomía respecto a la teoría que lo sustentaba, pasando

a designar todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicosociales.

En segundo lugar, el enfoque de fisiología experimental ha colocado su énfasis sobre los efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo. Cuando existen acontecimientos objetivos en la vida de las personas, suelen, normalmente, producir respuestas emocionales.

Taro (1983), dice que la respuesta fisiológica ante estos y otros acontecimientos varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos.

En el momento en que un estímulo es percibido como amenazador por el individuo, se produce una respuesta fisiológica de estrés. Esta respuesta fisiológica se concreta en dos sistemas: a) el eje hipófisis-suprarrenal, dando lugar a la producción de corticosteroides, los cuales intervienen en los mecanismos inmunitarios y del metabolismo energético; y b) el sistema nervioso vegetativo, la respuesta fisiológica de estrés supone la modificación bioquímica de todo el organismo.

En resumen: las variables ambientales, actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos son capaces de alterar la bioquímica de nuestro organismo.

En tercer lugar, la escuela rusa defensora del enfoque denominado <<cortico-visceral>>, desarrolló la idea de que las interacciones del medio externo con el medio interno obedecen a las leyes generales del condicionamiento.

Los trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos) son disfunciones orgánicas en las cuales los trastornos emocionales presumiblemente

desempeñan un papel etiológico o contribuidor importante. El sistema neurovegetativo es el más frecuentemente involucrado.

Los trastornos psicofisiológicos, son implicaciones emocionales de órganos y vísceras frecuentemente bajo el control del sistema neurovegetativo y los síntomas son primordialmente fisiológicos (úlcera péptica, asma, etc.). La ansiedad no se alivia y en los casos graves la vida puede hallarse en peligro.

En el estudio de la enfermedad psicofisiológica (menos de un siglo de antigüedad), el concepto de un solo causante (específico) ha cedido el paso gradualmente al moderno punto de vista de que una variedad de factores son los que operan generalmente. Los primeros investigadores no distinguieron entre las reacciones de conversión histerica y las reacciones psicofisiológicas. Las figuras centrales en el campo de la medicina psicofisiológica fueron Cannon, Deutsch, Selye, Dunbar, Alexander, Minsky y Wolf. Cannon presentó evidencia funcional excelente de su hipótesis "lucha o huye", exponiendo el papel de la secreción de epinefrina. Deutsch pensó que un órgano específico era sensibilizado en la vida temprana por un traumatismo y su reacción emocional acompañante ("neurosis orgánica"). La "unidad psicosomática" así creada se hallaba disponible posteriormente para responder a varios conflictos psíquicos. El concepto de Selye de "enfermedades de adaptación" recalca el papel del eje hipofiso-adrenal en su reacción al esfuerzo como el responsable de varios estados patológicos. El perfil de personalidad específico de Dunbar ("carácter hipertensivo", "personalidad ulcerosa") describía las correlaciones estadísticas entre las enfermedades y los tipos de personalidad, es decir, trombosis coronaria e individuos orientados a una meta, seguros de sí mismos, agresivos, pugnando por llegar lo más alto posible. Sin embargo estudios posteriores fracasaron para corroborar el trabajo de Dunbar.

Franz Alexander introdujo el concepto del conflicto psicodinámico común subyacente ("especificidad conflictiva"), en el cual las personalidades francas difieren pero había una relación específica entre ciertas constelaciones emotivas y algunas respuestas fisiológicas. Por lo tanto, los conflictos podían cambiar en el mismo paciente a través de los años. De esta forma se podían explicar 2 trastornos psicofisiológicos en el mismo paciente.

Además del traumatismo emocional, los perfiles de la personalidad y el conflicto emocional, han sido implicados factores constitucionales.

Stewart Wolf fue el principal responsable de nuevo enfoque, fuerzas múltiples en la vía común final incluyendo fuerzas biológicas, psicológicas, sociales, económicas, hereditarias, familiares, ambientales y otras. Las tendencias actuales hacen hincapié en componentes etiológicos multifactoriales que interactúan y producen vías neurofisiológicas y neuroquímicas complejas.

Los conflictos emocionales producen angustia, la cual, a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso vegetativo, puede alterar gravemente la regulación autónoma del cuerpo.

Aunque el rasgo prominente de la migraña es la cefalalgia episódica y habitualmente unilateral, el síndrome consiste en un mal funcionamiento neurovascular con muchas facetas, con otros síntomas somáticos que también se acompañan de alteraciones en el estado de ánimo, en individuos con una personalidad perfeccionista y de gran empuje, del tipo ejecutivo cuyas metas son siempre ambiciosas.

Muchas de las personas que sufren migraña provienen de familias ambiciosas y en exceso convencionales, que dan gran importancia al éxito y en las cuales se requiere que los hogares se ciñan a pautas de conducta

estricto que limitan la expresión directa de cualquier agresión, a través de la actividad física o verbal. Si el individuo no se ciñe a las reglas, pone en peligro los lazos familiares, y por lo tanto, se reprimen los sentimientos hostiles hacia los padres o hacia otras personas que hay que respetar y amar. En consecuencia, cualquier estímulo que desencadena ira o deseos hostiles produce conflicto o angustia, y esta condición actúa como un factor que precipita la respuesta neurovascular fisiopatológica. Los pacientes con migraña a menudo revelan durante la psicoterapia fantasías hostiles hacia un hermano y hacia otros miembros de la familia. A menudo han imaginado que golpean brutalmente la cabeza de la persona que odian, la estimulación de impulsos coercitivos sexuales, que a su vez se rechazan debido al super ego excesivamente estricto de estos individuos, también puede producir un surgimiento secundario de ira y en consecuencia precipitar la cefalalgia. La personalidad de la mayoría de los enfermos de migraña expresa consideración hacia los trastornos y es controlada y serena en apariencia; las personas que rodean a tal individuo a menudo piensan que se trata de una persona dinámica, perfeccionista y de gran empuje.

Poco antes del ataque de migraña, pueden manifestarse ciertos rasgos de personalidad y mal humor, y se expresan en forma más directa la ira escondida. Hay a menudo antecedentes familiares de migraña, y el padecimiento es más frecuentemente en las mujeres que en los hombres.

Las cefalalgias tensionales, en otros individuos que esencialmente tienen el mismo tipo de personalidad, se precipitan debido a conflictos emocionales similares, o aparecen como una complicación del estado de migraña. La típica cefalalgia debida a tensión a menudo se encuentra como el componente somático de un estado crónico de angustia.

EXPLICACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.

El psicoanálisis dice que para que aparezca el dolor de cabeza debe existir un organismo propicio y un factor que lo provoque; es decir, debe existir un factor determinante y un factor desencadenante.

Factores predisponentes.

Frente a cualquier enfermedad se suele señalar que existen dos tipos de factores predisponentes. Si no hay una disposición general a sufrir determinada dolencia, es muy difícil que el sujeto la padezca en ningún momento de su vida.

En lo que respecta a las cefaleas, también debemos considerar estos dos tipos de fenómenos: los congénitos y los adquiridos durante la vida. Si bien se atribuye mayor importancia a estos últimos no por ello se descarta la posibilidad de que exista una predisposición congénita a las cefaleas. Esta idea puede encontrar cierto apoyo si tomamos en cuenta que hay familias cuyos miembros sufren con frecuencia de cefaleas. Este dato no es suficiente para demostrar que exista una transmisión congénita de la cefalea, por que si bien tales personas tienen una reacción similar es decir, el dolor de cabeza, este síntoma podría deberse a las influencias de un mismo medio ambiente, que condiciona a todos de manera semejante.

Los factores predisponentes de tipo adquirido tienen generalmente un origen muy temprano en la vida individual y surgen sobre todo durante la infancia. Tales factores suelen ser experiencias vitales de muy diversa índole, en las que la totalidad de la cabeza o algunos de sus órganos o funciones son objeto son objeto de especial sufrimiento o sobrevaloración. En algunas ocasiones la cabeza en sí misma no participa de la experiencia, sino que así es como la vive psíquicamente el individuo. Entre estas formas de

predispoción adquirida destacan las siguientes: 1) traumatismo y otras enfermedades cefálicas; 2) intelectualización; 3) carácter obsesivo autista, y 4) identificación con personas que padecen cefaleas o han sufrido un traumatismo cefálico.

1) traumatismo y otras enfermedades cefálicas.

Un traumatismo muy frecuente e intenso, que tiene fundamental importancia, es el parto cefálico, por el cual pasan un 96% de los individuos. Durante el parto la cabeza del niño recibe las enérgicas contracciones de la matriz y tiene que transmitirlas, como un ariete, para dilatar el estrecho y resistente conducto genital femenino. Dentro de este conducto la cabeza del niño está tan comprimida durante varias horas, que los huesos del cráneo se le imbrican uno sobre otro. Todo esto provoca un gran sufrimiento, como lo demuestra el aspecto torturado de la cabeza de los recién nacidos, en la que resalta el tumor sanguíneo.

En otros traumatismos cefálicos que pueden ser predisponentes, encontramos algunos de tipo físico, como una caída con golpe en la cabeza, y otros de tipo psíquico: entre estos últimos podemos mencionar el caso del niño al que los padres u otros familiares critican e insultan por el aspecto de su cabeza o por su escasa capacidad intelectual. Además, existen enfermedades cefálicas predisponentes, como la hidrocefalia o la meningitis.

2) intelectualización.

La sobrevaloración de las funciones de la cabeza, la tendencia a cultivar la inteligencia para enfrentar con ella las circunstancias personales, puede predisponer a las cefaleas.

3) Carácter obsesivo autista.

Existen ciertos tipos de carácter, ciertos modos de ser, que constituyen factores predisponentes a las cefaleas. Entre estos figura el carácter obsesivo autista. Entre sus características podemos mencionar un fuerte rechazo de los propios deseos instintivos, contra los cuales el sujeto se defiende con actitudes de limpieza, tenacidad, altruismo y también intelectualización.

4) Identificación con personas cefálicas o que han sufrido un traumatismo cefálico.

Este factor predisponente a las cefaleas se vincula con las identificaciones, especialmente las infantiles, con familiares o personas allegadas que padecieron cefaleas o enfermedades de tipo cefálico como tumores o hemorragias cerebrales.

Si por uno o varios de los motivos mencionados se crea en una persona predisposición a las cefaleas, bastará que se de una causa desencadenante para que se produzcan.

Factores desencadenantes.

Los conflictos psíquicos inconscientes reprimidos provocan cefaleas en personas que tienen algún tipo de predisposición para esa dolencia. Dichos conflictos originan emociones desagradables, que traen con sígo reacciones orgánicas dolorosas, sobre todo vasculares y musculares. Los conflictos psíquicos reprimidos y las emociones correspondientes actúan sobre la cabeza del individuo predispuerto de la misma manera que los estímulos fisicoquímicos perjudiciales.

Las emociones (el miedo, la vergüenza, la excitación sexual) pueden actuar como equivalentes de estímulos fisiológicos (una mala comida, el frío, etc.), puesto que pueden producir una reacción similar a las provocadas por estos últimos.

Así como frente a un estímulo perjudicial (alimento inapropiado) se reacciona con una indigestión, de la misma manera frente a los conflictos psíquicos reprimidos, la reacción puede ser (cuando existen factores predisponentes para ello) una cefalea. Los conflictos psíquicos funcionan, pues, como estímulos que producen las modificaciones orgánicas dolorosas de las cefaleas.

Los conflictos reprimidos se esfuerzan constantemente por vencer la represión y acceder a la conciencia del individuo. De esta lucha interna surgen diversas sensaciones que son típicas de la jaqueca. La tensión hace sentir al sujeto que se le hincha la cabeza y le produce dolor. Ambas sensaciones tienen su base orgánica en las contracturas musculares y las vasodilataciones cefálicas. Esto puede afirmarse también con respecto a aquellas personas que advierten que sus cefaleas son desencadenadas por determinadas situaciones conflictuales.

2.8 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

El manejo y el tratamiento de la migraña ha sido uno de los grandes enigmas de la medicina moderna, la psiquiatría y la psicología clínica. Esto se ha centrado en base a dos procedimientos: los que tienden a dar fin al dolor de cabeza y los que tienden a evitarlo.

TRATAMIENTO MÉDICO

En general se admite que la vasodilatación de las arterias craneales es la causa del dolor de la migraña. En consecuencia, se han empleado medidas puramente médicas, tales como pituitrín, etedrina, bencedrina, epinefrina, cafeína, soluciones salinas hipertónicas y copas de hielo sobre los vasos afectados, que en ocasiones proporcionan alivio.

Así mismo, la presión digital sobre el vaso afectado también proporcionará alivio en algunas ocasiones. La respiración de oxígeno a 100%, puesto que ejerce un efecto vasoconstrictor sobre los vasos cerebrales, también a veces mitigará el dolor. La administración intravascular de tratamiento de ergotamina en fase temprana de la evolución de la migraña dará alivio más o menos rápido, si la administración del medicamento es seguida por reposo en cama dos horas después.

Para el alivio de la cefaléa leve, el tratamiento médico incluye acetofenetidina, aspirina; para el alivio de las cefaleas moderadamente graves, se utiliza fosfato de codeína; para el tratamiento de cefalalgias, se utiliza sulfato de codeína.

Nitroglicerina, tetranitrato de eritrol, acetilcolina y mecolina han sido usados para aliviar el dolor de la migraña, los actuales actúan principalmete disminuyendo la presión arterial y reduciendo la amplitud de las pulsaciones de las arterias craneales.

El tratamiento farmacológico de migraña puede ser agudo (abortivo, sistemático) o preventivo (profiláctico). Pacientes que experimentan frecuentemente severos dolores de cabeza, la mayor parte de los casos requieren ambas aproximaciones. Tratamiento sintomático intenta el abortivo (detener la progresión) o invertir el dolor de cabeza de una vez. La terapia preventiva es dada sobre una base diaria, siempre en la ausencia del dolor de cabeza, para reducir la frecuencia y severidad de ataques anticipados o anticipadamente.

El tratamiento sistemático es apropiado para ataques más agudos y debería ser usado un máximo de 2 a 3 días a la semana.

Si los ataques ocurren más frecuentemente, el tratamiento estratégico podría enfatizarse en disminuir la frecuencia de los ataques.

Medicamentos usados en el dolor de cabeza agudo incluyen: analgésicos, ansiolíticos, drogas anti-inflamatorias, ergotamina, esteroides, tranquilizantes, narcóticos, y más recientemente, 5- HTT (serotonina). Uno o más de estos medicamentos pueden ser usados en dolores de cabeza de diferentes severidades. El tratamiento preventivo incluye un amplio rango de medicamentos, más notablemente Beta-bloqueadores, bloqueadores en la canalización de calcio, antidepressivos, serotonina antagonista, y anticonvulsivos.

Más importantes que los aspectos puramente médicos y farmacológicos de la migraña son los aspectos psicológicos y psiquiátricos. Desde luego, lo primero es evitar las circunstancias que provocan la migraña.

Cada paciente constituye una regla por sí mismo, y si bien fenómenos tales como el destello de una luz pueden inducir migraña en un paciente, el insomnio, la falta del alimento, o la ira excesiva e inhibida inducirán cefaleas en otros.

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

El tratamiento psiquiátrico puede ser apropiado en ciertos pacientes migrañosos.

Es posible que estos pacientes no constituyan la mayoría de los que acuden al consultorio médico general o incluso de los que son visitados en los dispensarios hospitalarios. Los migrañosos que más frecuentemente necesitan ayuda médica son los que tienen ataques frecuentes y en especial aquellos cuya migraña indudablemente va también acompañada de cefaleas bilaterales difusas más comunes, del tipo de la cefalea por tensión.

Los modos de tratamiento necesarios son los requeridos para solventar las circunstancias que provocan una ansiedad o un conflicto emocional, para el tratamiento de los estados primarios de ansiedad y depresión y para la liberación de la angustia emocional producida por un dolor crónico y recidivante. En otras palabras, el tratamiento debe ser profiláctico, de modo que contribuya a modificar las situaciones conflictivas y eliminar los problemas que causan ansiedad, o debe orientarse a aliviar las enfermedades afectivas (ansiedad o depresión), tanto si éstas son las causa como si son la secuela de una migraña.

En muchos casos, será necesario combinar dos, y algunas veces tres, de estos procedimientos.

Al tratar las circunstancias conflictivas hay que intentar modificar las circunstancias o la respuesta del paciente.

El tipo de psicoterapia sugerido debe realizarse con prudencia por un médico que tenga suficiente paciencia, tiempo e interés. Lo que se recomienda es menos de diez (quizá solo dos o tres) entrevistas exploratorias de una duración moderada y, ulteriormente, ciertas medidas coadyuvantes ocasionales. Como es corriente en la psicoterapia (excepto por partes de aquellas personas relativamente expertas) es mejor evocar la persuasión y los consejos dogmáticos: por el contrario, debe alentarse al enfermo, en una atmósfera de simpatía, para que él mismo descubra sus propias soluciones.

Una psicoterapia más intensiva provocaría alteraciones más fundamentales del individuo. Normalmente, esta psicoterapia entra en la esfera del especialista. No hay ninguna evidencia comparativa sistemática de su utilidad y la ley de las respuestas decrecientes probablemente se aplica al aumentar el número de las entrevistas. Sin embargo puede recomendarse en pequeños números de pacientes seleccionados en los que puede algunas veces proporcionar un alivio muy valioso.

Los medicamentos psicotrpicos son de mucha importancia, tanto si la enfermedad afectiva (por ejemplo, ansiedad y depresión) es primaria como si es secundaria. Los medicamento habituales, como la benzodiacepina y sus derivados y los antidepressivos triciclicos son bien conocidos. Probablemente cabría destacar que la clave de su éxito radica en la perfecta adaptación individual de la dosificación. Esto es más cierto cuando se trata de medicamentos triciclicos que a menudo dan mejor resultado si se administra en una sola dosis por la noche para que actúe durante 24 horas.

BIOFEEDBACK.

El termino Biofeedback no es sino una extensión del concepto más general de feedback, termino que fue acuñado por Norbert Weiner (1961) desde la cibernética, a un método de control de un sistema por medio de la reintención en el mismo de los resultados de la ejecución pasada. Una vez establecido el concepto de feedback, se ha ido descubriendo la importancia del mismo y su aplicación prácticamente universal a diferentes mecanismos o sistemas, sean estos mecánicos o biológicos, incluido naturalmente el hombre.

Todo sistema de feedback constituye un circuito cerrado con un determinado estado ideal de equilibrio o estabilidad regulado a través de la comparación entre ese estado ideal del sistema y el estado real en el que el mismo se encuentra en cada momento. De igual modo, cualquier actividad realizada por un organismo vivo, sea esta externa o interna, y por simple o compleja que parezca, es regulada a sí mismo, por procesos de feedback. Así, por ejemplo, en los sujetos humanos son reguladas de este modo, y tanto en su aprendizaje previo como en su ejecución posterior, actividades tan variadas como el mantenerse en equilibrio, andar al hablar, cualquier acción manual, el pensar o las propias relaciones interpersonales. El feedback en muchos de estos casos es tan automático y tan obvio que normalmente nos pasa desapercibido.

Procesos similares de feedback se encargan, asimismo, de regular la actividad de las distintas glándulas y vísceras que constituyen nuestro organismo internamente. Esta regulación tiene lugar normalmente a través de procesos involuntarios homeostáticos. El Biofeedback tiene que ver fundamentalmente con el reentrenamiento en la regulación del funcionamiento de estas glándulas y vísceras internas, pero esta vez

voluntariamente, a través de unos dispositivos o aparatos especiales, en aquellos casos en que la regulación normal homeostática ha sido alterada a través de algún proceso anormal o patológico, dentro de los típicamente conocidos como problemas de estrés o trastornos psicósomáticos.

El sistema de feedback es aquel que recibe información de sus acciones para mejorar su rendimiento futuro.

Técnicamente, de acuerdo con Birk (1973), puede definirse el Biofeedback como el empleo de instrumentos monitores, generalmente eléctricos, para detectar y amplificar procesos fisiológicos internos, con objeto de poner a disposición del sujeto esta información ordinariamente fuera de su alcance, haciendo posible de un modo su control o modificación.

Cualquier técnica que facilite información a una persona sobre sus actividades fisiológicas y le permita, a través de ella, controlar voluntariamente esas actividades, puede considerarse, de forma general, un procedimiento o proceso de Biofeedback.

El Biofeedback puede enseñar a una persona a utilizar un sistema fisiológico más eficazmente. Es decir, puede enseñarle a controlar o autocontrolar el sistema una vez alterado su funcionamiento por causa de alguna anomalía o proceso patológico.

Uno de los usos más comunes del Biofeedback es en el padecimiento de la migraña y la calalea tensional entre otros. Hay cierta evidencia de que el tono vasomotor anormal de los vasos sanguíneos de las manos de los pacientes con migraña puede ser alterado mediante realimentación biológica de la temperatura. Esto puede hacerse cuando el paciente está totalmente relajado. Si el paciente migrañoso es adiestrado en forma apropiada a la adaptación de tal reacción sensorial puede inducir un

aminoramiento en la gravedad de la cefalea o hacerla desaparecer por completo.

Budzinski, Stoyva y Adler (1970), en el Centro Médico de la Universidad de Colorado, combinaron tres técnicas en el tratamiento con realimentación biológica: (1) relajación progresiva, (2) adiestramiento autoproducido, y (3) realimentación biológica, en especial el electromiograma. El paciente vigila su propio nivel de ansiedad mediante una retroalimentación electromiográfica.

HIPNOSIS.

Peterly (1977) sostiene que la hipnoterapia es eficaz en un número considerable de pacientes con migrañas. Probablemente quien ha hecho bastante en el estudio y tratamiento de la migraña es Kroger (1974) quien ha utilizado la hipnoterapia directiva para la migraña menstrual y las cefaleas asociadas a la tensión premenstrual. Este autor afirma que si los analgésicos o métodos locales de tratamiento fallaran, la hipnosis es el método de elección.

Otros investigadores han citado sujetos que han mejorado durante la hipnosis: J. Eisenbud (1937), H.C. Harding (1959) y J.S. Horan (1953).

PREVENCIÓN

75

La prevención de la migraña es principalmente psicológica y psiquiátrica. El terapeuta debe hacer que el paciente latente se tome consciente de su tensión, y que reconozca su fatiga y sus sentimientos de insatisfacción y frustración. El fomentar la relajación y el desalentar la obsesión por el trabajo y la responsabilidad es especialmente importante en la prevención de la migraña. El alivio de la ansiedad y la tensión son las medidas preventivas permanentes.

En el rubro de la prevención entra el Biofeedback, ya que es una medida de autocontrol.

2.9 RECURRENCIA.

Se ha observado que los dolores de cabeza son extremadamente comunes en mujeres. La prevalencia de dolor de cabeza en mujeres es del 99%. dolores de cabeza de tipo tensional ocurren en un 88% de las mujeres y la migraña en un 25%. Casi el 90% de los pacientes con dolores de cabeza sufren cualquiera de los dos tipos, migraña o de tipo tensional. La mayoría de los pacientes migrañosos o de dolor de cabeza de tipo tensional son mujeres en edad reproductiva.

Alrededor del 4% de mujeres migrañosas sufren experiencias de migraña exclusivamente durante la menstruación.

Algunas mujeres con migraña experimentan una disminución en la frecuencia y severidad de sus recurrentes dolores de cabeza durante el embarazo. Algunas mujeres con migraña, sin embargo, continúan padeciendo sus dolores de cabeza después del embarazo, o jamás vuelven a experimentar un dolor de cabeza después. Otras mujeres quienes tuvieron una historia de migraña antes del embarazo experimentan una reducida ocurrencia o incluso desaparición de los dolores de cabeza durante el embarazo.

2.10 CONSIDERACIONES GENERALES

Para el clínico práctico, el diagnóstico de migraña no presenta ningún problema y sus conocimientos sobre la naturaleza benigna de la enfermedad le tranquiliza en el sentido de sus pacientes no padecerán ninguna invalidez permanente, por muy intensos y frecuentes que sean los ataques. Sin embargo, no es raro que el médico oculte sus conocimientos especializados a su paciente y a pesar de la sintomática periódica de los cefaleas y de la ausencia de síntomas indeseables y peligrosos en los intervalos entre ataques, muchos pacientes se consideran como afectados de una enfermedad cerebral grave y suele preocuparles la posibilidad de un tumor, una apoplejía o una trombosis. Es esencial que el médico consultado habiéndose percatado por una historia detallada de que el paciente está afecto de migraña y nada más, lo explore y examine minuciosamente con objeto de apoyar su explicación sobre las cefaleas. Todos los pacientes migrañosos deben estar tranquilos sobre su enfermedad y la ausencia de su patología cerebral importante y esta explicación debe darse en términos sencillos.

Es excepcional que una radiografía de cráneo revele alguna anomalía, tampoco está indicada la pulsión lumbar. Un EEG nunca es útil en la migraña no complicada y la gammagrafía, así como la angiografía, que son procedimientos caros, no tienen por qué emplearse de modo sistemático. En muchos migrañosos el tiempo que se emplea en redactar la historia, explorar y explicar la enfermedad proporciona la terapéutica de tipo placebo suficiente como para producir una espectacular efervescencia en la frecuencia e intensidad de los ataques de migraña.

Un punto que como psicólogos debemos de tomar en cuenta, es la importancia de la colaboración y la estrecha relación y comunicación con el médico en el tratamiento de los pacientes con cefalea. Para el terapeuta que no es médico, es muy importante que el paciente con cefalea sea evaluado

de forma completa por un médico antes de dar comienzo al tratamiento; y se recomienda que el especialista que examine al paciente sea un neurólogo o neurocirujano.

Es cierto que muchos pacientes ya han pasado por varias exploraciones diagnósticas antes de llegar a la consulta, por lo que probablemente no sea necesario realizar otra exploración neurológica si (a) la exploración se realizó dentro de los tres años anteriores, y (b) el dolor de cabeza no ha sufrido ninguna modificación durante ese tiempo. Si la naturaleza del trastorno ha cambiado es conveniente recomendar una nueva exploración neurológica.

CAPITULO 3. TRASTORNOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON MIGRAÑA.

3.1 ANSIEDAD.

El siglo XX ha sido calificado como "la época de la ansiedad". Pero en realidad el interés en el miedo y la ansiedad es tan viejo como la humanidad misma. El concepto de miedo se halla claramente representado en los jeroglíficos del Egipto antiguo y en la Biblia -así como en los escritos de los filósofos griegos y romanos -encontramos frecuentes alusiones a él. (Selye.H. et al. 1974)

Quizá el primer reconocimiento inscrito, de la importancia de la ansiedad como un determinante del comportamiento, se encuentra representado por un tratado de filósofo árabe Ala Ibn Hazim de Córdoba, en el cual propone la universalidad de la ansiedad como una condición básica de la existencia humana y un motivador primario de lo que hacemos. (Spielberger.1980).

Tal vez no exista en la psicología anormal otro tema tan importante y tan discutido como el de la ansiedad. A este estado emocional se le considera como uno de los síntomas de casi todas las patologías y, en particular, de los desórdenes neuróticos. Además la ansiedad desempeña un papel importante en el estudio de la psicología de las personas normales, ya que muy pocos de nosotros pasamos una semana de nuestra vida sin experimentar, al menos en alguna forma, una emoción que todos coincidiríamos en llamarla ansiedad o miedo. Pero los períodos breves de ansiedad que importunan al individuo normal que no está viviendo en circunstancias molestas, difícilmente pueden compararse en su intensidad o

duración, y tampoco debilitan tanto como las que sufre el neurótico (Davison; Hohn, 1980).

Decir que la ansiedad es un fenómeno complejo, que entraña componentes biológicos, existenciales e incluso etiológicos, es algo tan obvio que puede resultar trivial. Existe consenso en aceptar que la angustia surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo. Es un estado emocional ubicuo, susceptible de emerger en múltiples situaciones (normales o patológicas) y que no es exclusivo del neurótico, ya que otros sujetos pueden experimentarlo en determinadas circunstancias. Los modelos actuales de la ansiedad, integran distintos componentes (genética, experiencia pasada, estímulos internos y externos, situación del SNC, estrategias de afrontamiento, adaptación, etc.) En todos estos modelos se incluyen los diferentes factores que ciertamente participan en la génesis de la ansiedad, en ocasiones enfatizando algún aspecto parcial (biológico, cognitivo, social, psicológico, genético, etc.)

El equilibrio del yo personal (egostasis) esta en función de la integración dinámica armónica de la sensorio o perceptolasis (función reguladora del equilibrio entre el yo personal y el mundo exterior) y la homeostasis (función integradora del equilibrio del mundo interno), configurando ambos en le yo psicológico y el yo corporal, respectivamente. Lo más importante es que le yo personal no entra directamente con el mundo externo o interno, sino que la conexión se establece a través de la representación, patrón o modelo ideales que el sujeto tiene en ambos medios. Un primer mecanismo generador de angustia se instaura a partir de las presiones del medio externo. Es decir, los estímulos reales amenazantes pueden generar en le sujeto normal reacciones ansiosas, cuya respuesta conductual puede ser variada (huida, inhibición, enfrentamiento, etc.). De cualquier forma, el paradigma de esta respuesta emocional es el miedo, aunque no necesariamente surge como un estado emocional, ya que en ocasiones son reacciones ansiosas e incluso neuróticas que las que generan a partir de situaciones ambientales estresantes.

Una segunda vía de acceso a la angustia, se produce a través de un análisis distorsionado de la realidad externa, cuando esta se coteja con puntos de referencia o patrones erróneos. En general se trata de sujetos neuróticos que en la infancia han estructurado un modelo muy desajustado del mundo exterior, que aparece incierto o amenazante, a partir de los conflictos que existen en esta época del desarrollo, sobre todo en las relaciones parentales. (Parker, 1981).

La reacción de ansiedad como reacción defensiva instantánea ante el peligro ejerce una función protectora en las diferentes especies y ha salvaguardado a la humanidad durante miles de años. Desde una perspectiva ontogenética, los miedos comunes son una adquisición biológica temprana destinada a preservar a la infancia de posibles daños.

Los tres tipos de miedos más sólidamente arraigados en la especie humana son: a) el miedo a los animales, reminiscencia del miedo evolutivo a los depredadores; b) el miedo a los daños físicos, vértigo atávico del temor a los peligros que se pueden encontrar en la naturaleza, y c) el miedo a la separación, que actúa estrechamente unido a los anteriores y que mantiene a los niños pequeños cerca de sus madres protegiéndolos del entorno peligroso.

Excepto en el caso del temor a los daños físicos (en donde no hay diferencias entre los sexos), las mujeres son más temerosas que los hombres en todos los tipos de miedos y experimentan más trastornos de ansiedad (excepto en el caso de la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo). La clave parece radicar en una interacción entre las variables biológicas y psicosociales. Desde una perspectiva biológica, el miedo asegura la supervivencia de la mujer, ya que esta menos capacitada para defenderse de los peligros de la naturaleza y necesita una protección adicional durante la crianza de los hijos. Desde una perspectiva psicosocial, la inducción de las

respuestas de temor ante estímulos desconocidos por parte de los mayores (y el esfuerzo por la emisión de este tipo de conductas) opera diferencialmente sobre las niñas ya desde edad temprana.

La ansiedad, evaluada en un contexto etiológico, parece derivar de otro mecanismo subyacente más básico, el miedo, que sería una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo así al organismo aumentar sus posibilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida (Klein y cols.,1984). La ansiedad consistiría en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva caracterizada por un estado de alerta ante una señal dilusa de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional normal, el término de ansiedad sirve para referirnos a los síntomas de esa índole que se representan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas y también a los síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas (Klerman,1977).

Las teorías biológicas hacen recaer el peso etiopatogénico en la disfunción de las estructuras nerviosas que regulan la afectividad. Las teorías cognitivas valoran especialmente las representaciones que al sujeto tiene del medio exterior, y las corrientes filosófico-socialógicas, como el existencialismo, señalan el papel del sistema histórico y, por tanto la realidad social, en la génesis de la angustia. El psicoanálisis, por su parte, valora los conflictos infantiles que en el curso del desarrollo instintivo quedan cristalizados y agobian al sujeto desde la intimidad de su yo personal incapaz de armonizar los patrones internos y externos. Finalmente el conductismo, acude a las relaciones del mal aprendizaje que el sujeto adquiere mecánicamente en su relación con el mundo.

En definitiva, la angustia es un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, sea esta física, psíquica o nuclear, en su propia esencia. Es probable que en el

sujeto no neurótico la angustia cumple un papel biológicamente útil, ya que es portavoz de amenazas y permite poner en marcha conductas de diverso orden (huida, defensa, inhibición, ataque, etc.). Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en fenómeno disregulador en sí mismo, cuando no esta al servicio del hombre, por no cumplir su función de alarma psicobiológica adaptativa. En estos crisis, la angustia procede de anomalías innatas o adquiridas del modelo cibernética descrito y su aparición no indica más que disregulaciones patológicas y estériles de aquél, que requieren frecuentemente un abordaje terapéutico externo para solucionarse, ya que desbordan la capacidad resolutive del propio hombre enfermo.

En ocasiones es fácil discernir cuando nos enfrentamos a una ansiedad normal (biológicamente útil) o patológica (biológicamente inútil y desadaptativa). Los criterios académicos y convencionales sirven en estos casos para resolver la incógnita, ya que la ansiedad normal se describe como proporcional en intensidad y duración al estímulo que la desencadena y no afecta al rendimiento; en otras palabras, es cuantitativa y cualitativamente proporcional al estímulo, condiciones que no tiene la ansiedad patológica.

La ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta. Se trata de un conjunto de trastornos con grave prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada.

La ansiedad y la depresión son dos cuadros clínicos próximos. Los límites entre la ansiedad y la depresión se han estudiado mediante técnicas estadísticas multivariadas, por medio de estudios familiares y a través de controles de seguimiento de los pacientes ansiosos. Todos estos trabajos son coincidentes en que la ansiedad y la depresión no constituyen un continuum, sino que son cuadros clínicos diferenciados.

Se ha observado un cierto solapamiento de los trastornos de ansiedad con algunas formas leves de depresión. No es suficiente, por otra parte en la clínica encontrarse con pacientes con trastornos de ansiedad crónicos que experimentan alteraciones depresivas superpuestas a los síntomas de ansiedad.

3.1.1. CONCEPTO DE ANSIEDAD.

Ansiedad se deriva del latín *Anxietas* que significa aflicción.

-La ansiedad es el efecto desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas como respuesta a un conflicto intrapsíquico. En contraste con lo que ocurre en el miedo, el peligro o la amenaza, en la ansiedad es irreal (Freedman,1981).

- El estado de la ansiedad se refiere a una reacción desagradable frente a una tensión específica. Cualquiera experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con que los experimentan (Spielberg,1979).

- La ansiedad es la aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro interno o externo. Algunas definiciones de ansiedad la distinguen del miedo por el hecho de limitarse a anticipar un peligro de naturaleza aclarada en tanto que éste aparece como respuesta de un peligro o amenaza externa habitual conscientemente reconocible. Las manifestaciones del miedo y la ansiedad son las mismas e incluyen tensión muscular, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva, vigilancia e investigación atenta al entorno.

-La ansiedad puede concentrarse en un objeto, situación o actividad que son evitadas (fobias) o ser inconcretas (ansiedad libre o flotante), la ansiedad puede experimentarse mediante periodos breves de inicio súbito o acompañado de síntomas físicos (crisis de angustia). Cuando la ansiedad se centra en los signos o síntomas físicos y causa preocupación por el temor a la creencia de tener una enfermedad recibe el nombre de hipocondría (American Psychiatric Association,1983).

-Las modificaciones fisiológicas, en la ansiedad, consisten en aumento de la frecuencia cardiaca, dificultad de respiración, temblor, sudoración y modificaciones vasomotoras. Los cambios psicológicos consisten en un sentimiento desagradable de peligro amenazante acompañado de una consistencia abrumadora de impotencia, incapacidad de percibir la realidad de la amenaza, sentimiento prolongado de tensión y disposición exhausta para el peligro esperado (Freedman, 1981).

- La ansiedad básica se caracteriza por sentimientos vagos de soledad, desamparo y miedo de un modo potencialmente hostil (Horney, citada en Freedman, 1981).

-La ansiedad es un sentimiento muy penoso y puede acompañarse de una variedad de síntomas somáticos y psicológicos de muerte inminente, no puede tolerarse durante mucho tiempo (Sullivan, citado en Freedman, 1981).

-La ansiedad es un fenómeno en el desarrollo de la personalidad para los neofreudianos (Horney, Fromm, Sullivan y Freud, citados en Freedman, 1981).

-Freud (1895) consideraba la ansiedad como la causa de la represión, mecanismo que refrena los impulsos instintivos que amenazan a la persona con la pérdida de amor o la castración simbólica. Estos impulsos se reprimen en general de manera incompleta y cuando emergen a la conciencia, provocan la ansiedad.

Todas las definiciones de ansiedad pueden reducirse a tres condiciones fundamentales:

1. Sensación de peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado. Esta sensación puede acompañarse de la elaboración de fantasías trágicas, y da a todas las imágenes proporciones de drama:

2. Actitud expectante ante el peligro, verdadero estado de alerta que invade enteramente al sujeto y lo impulsa de manera irremediable hacia otra catástrofe inmediata: y

3. Confusión, producto de un sentimiento de impotencia y sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro. Generalmente la persona es consciente de un sentimiento desagradable y más raramente de un intenso malestar, pero en general no conoce la causa de su ansiedad. El sentimiento desagradable tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas, y el sentir que se está nervioso o asustado.

La ansiedad también tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción. La ansiedad sentida como un temor doloroso y desasociado no formulado es la ansiedad libre flotante. Cuando la ansiedad produce una gran inquietud motora se llama agitación. El pánico es la ansiedad excesiva que produce una desorganización del yo (Freeman; Kaplan, 1981).

3.1.2. CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En 1986, Kraepelin, en la sexta edición de su libro, clasifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales la XI, bajo el epígrafe <<Neurosis psicógenas>>.

En 1894, Freud define nosológicamente la <<neurosis de ansiedad>>, desgajada del concepto más amplio de <<neurastenia>>, que abarca todas las formas de ansiedad patológica, elevando, por tanto la ansiedad, hasta entonces concebida como inespecífica y generalizada a un sinnúmero de trastornos, a la categoría de síndrome, aunque todavía concibiéndola como un todo unitario y como la base de sustentación del resto de la psicopatología (Gorman y cols., 1984).

Fueron los británicos los que empezaron a individualizar los trastornos ansiosos, sobre la base del grupo de Newcastle, que separaban ansiedad de depresión en función de la sintomatología actual, la historia familiar, la personalidad premórbida, el momento de inicio y la evolución. (Gurney y cols., 1972; Roth y cols., 1972; Shapira y cols., 1972; Kerr y cols., 1974).

La ansiedad patológica puede manifestarse en tres formas diferentes: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada), y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés posttraumático). En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos compulsivos) (Galletero y Guzmán, 1987a).

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL DSM III-R.
(APA, 1987)

- 300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia.
- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada.
- 300.21 Trastorno de ansiedad de pánico con agorafobia.
- 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
- 300.23 Fobia social.
- 300.29 Fobia simple.
- 300.30 Trastorno obsesivo compulsivo.
- 300.89 Trastornos de estrés postraumático.
- 301.82 Trastorno de la personalidad por evitación.
- 309.24 Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso

3.1.3 RAICES HISTORICAS, TEORIAS SOCIALES.

En la mitología griega el hombre ya se enfrenta a un conflicto trascendente, planteado en términos dramáticos de acceso a la divinidad, de elevarse al Olimpo, deseo rechazado duramente por sus moradores. La relación ambivalente con la divinidad ocupa las mejores páginas de las tragedias griegas. Por el contrario, el Nuevo Testamento es un portador de paz, ya que mitiga el desasosiego humano a través de la promesa de la salvación y una vida extraterrenal eterna.

Durante la edad media la sociedad era colectivista y las emociones se encauzaban mediante ceremonias religiosas y comunitarias. Los valores aceptados eran claros, así como el modo de alcanzarlos imperado un sistema rígido y convencional de las manifestaciones emocionales (May, 1985). Con el Renacimiento y la Reforma, se produce un cambio radical, ya que se confía en el individuo y en sus capacidades racionales. El interés se concentra en la naturaleza física y el método es el instrumento de conocimiento. La dicotomía entre mente y cuerpo establecida por Descartes ejerció un efecto disipador de ansiedad en la medida en que, a través de las matemáticas, podía controlarse el cuerpo y la naturaleza. En el siglo XVII, Spinoza postulaba que las emociones humanas eran controlables mediante la razón matemática, y en concreto sostenía que las emociones no se reprimen, sino que se les hace aceptables para la razón, que es la fuerza superior que controla y elimina cualquier emoción. Únicamente Blas Pascal fue un disidente en este clima filosófico al no compartir la confianza absoluta en la razón individual, y experimentar de forma personal la ansiedad. La famosa frase «el corazón tiene razones que la razón no conoce» expresa con claridad una postura que le emparenta con la que Freud y el psicoanálisis mantendrían dos siglos más tarde.

A finales del siglo XIX (May, 1968) se produce la paradoja de que e enorme avance alcanzado en la aplicación de la razón matemática y las leyes mecánicas a la naturaleza física, el excesivo énfasis de la técnica y la razón, y el pasar del control de la emoción que rigió en el siglo XVII al hábito de reprimirla, resquebrajan los principios básicos del Renacimiento, y algunas voces (Freud, Kierkegaard, Nietzsche, Schopenhauer) se alzan para plantear los orígenes dinámicos, reprimidos e irracionales de la conducta humana, con la urgente necesidad de superar la dicotomía entre razón y emoción. En concreto, Kierkegaard (1979) intentó superar tal dicotomía centrando la atención de los hombres en la realidad de la experiencia inmediata que sustenta tanto la subjetividad como la objetividad. Sostenía que la libertad implica siempre una ansiedad potencial, y, en sus propias palabras, <<la ansiedad es el vértigo de la libertad>>. Para Kierkegaard, la ansiedad neurótica es el resultado de la reducción existencial que se produce cuando la persona teme a la libertad.

Durante el siglo XX se ahondan los sentimientos de soledad y angustia del hombre moderno, especialmente con la crisis de valores que le agobia (May, 1975).

La interpretación inicial de Freud fue de índole fisiógena, ya que consideró la angustia como producto directo de la libido o impulso sexual no suficientemente satisfecho a través de una actividad sexual normal. Así pues, lo esencial de esta primera teoría de Freud sobre la angustia es sintéticamente lo siguiente (Fröhlich, 1986):

1. La intensa angustia se deriva de sobre excitaciones, es decir, de procesos somáticos.
2. Las teorías específicas, concomitantes con medidas biológicas, encuentran su descarga natural y específica en las actuaciones correspondientes. El estado de tensión se advierte en forma de estímulo psíquico.
3. Una tensión que, por el motivo que sea, no puede ser aliviada, continúa actuando y aumentando.
4. La angustia se origina cuando una tensión ha alcanzado tal magnitud que se sobrepasa la barrera protectora filogenética y la excitación penetra en la conciencia de modo doloroso.
5. Es un estado afectivo, vinculado a la manifestación patente de la excitación, también es susceptible de reproducirse al imaginarse no poder hacer frente a un peligro o ser incapaz de cumplir una determinada tarea.
6. Las neurosis de angustia son expresión de una incapacidad general del organismo de compensar o dominar excitaciones que se producen en el cuerpo. Cuando esta incapacidad se hace manifiesta, la angustia

busca vías de liberación hacia el exterior con una fuerza constante a modo de una pulsión biológica.

En 1926, Freud revisa su teoría de la ansiedad y formula, en inhibición, síntoma y angustia, su propuesta definitiva, en la que, a diferencia de la anterior, no es represión del impulso lo que produce ansiedad, sino lo contrario, es la ansiedad la que produce a la represión del instinto. La ansiedad, según esta nueva orientación, representa una nueva señal de alarma que surge ante un estímulo pulsional, generado por impulsos agresivos o sexuales inaceptables. La situación de separación de la figura materna, y sobre todo el nacimiento, son consideradas por Freud como paradigma de la angustia traumática, aunque sin elevar a este a la categoría de causa nuclear única de las neurosis, como hizo Otto Rank.

Desde una nueva posición la ansiedad es concebida no como un proceso fisiológico, sino psicológico, como una señal que aparece ante peligros y amenazas, y que es central en el conflicto psíquico y en la génesis de defensas psicológicas (Nemiah,1987).

Freud efectuó en 1926 (Gilliland,1979) una revisión , en la que la interpretación de la angustia ya se sitúa en el marco del esquema de la personalidad y su evolución, básica en el modelo psicoanalítico.

Por otra parte, comparten en las teorías conductistas, que analizaremos a continuación, la importancia concedida al condicionamiento, ya que la <<ansiedad-señal>> psicoanalítica equivale al temor condicionado del conductismo (Curtis,1985).

TEORIAS CONDUCTISTAS.

La teoría de aprendizaje postula que la ansiedad esta condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos. La formulación de Watson y Rayner (1920), respecto al condicionamiento clásico, identifica la ansiedad con respuestas condicionadas (RC) provocadas por estímulos condicionados (EC) que en el pasado estuvieron asociados con hechos o estímulos traumáticos incondicionados (EI). Para Eysenck (1959), los síntomas neuróticos son patrones aprendidos de conducta, por procesos de condicionamiento clásico pavloviano de la misma naturaleza que los que generan la conducta normal. Ullman y Krasner (1965) completan el punto de vista conductista planteándose el mantenimiento de la conducta patológica. En realidad según el paradigma de condicionamiento, clásico u operante, muchas conductas neuróticas, como las fobias, deberían extinguirse una vez desaparecido el estímulo incondicionado o el refuerzo inicial en cuyo germen se fraguó la conducta patológica. Sin embargo, esto no ocurre por que la conducta neurótica produce un refuerzo inmediato, ya que reduce transitoriamente la ansiedad, en el caso de las fobias a través de las conductas de evitación. Por su parte, Eysenck (1968) ha propuesto una explicación que justifica el mantenimiento de la ansiedad, en contra de la esperada extinción. En concreto, la teoría de la incubación sugiere que en ocasiones la presentación repelia del estímulo condicionado, sin el incondicionado, puede producir un aumento de la respuesta condicionada (incubación) en lugar de la extinción (si el EC finaliza cuando la RC es todavía intensa). En su opinión, la misma respuesta condicionada (ansiedad) actúa como estímulo aversivo, que cierra el círculo EC-RC de ansiedad, en el que la misma ansiedad reforzaria la permanencia de la asociación.

Los conductistas niegan que la crisis de angustia preceden a la evitación fóbica, y a la interpretación conductista de éstas es inconsistente - excepto casos muy concretos de ansiedad traumática- para aclarar su génesis, aun cuando adquiere una solvencia para explicar las conductas de

evitación propias de la agorafobia. Así mismo, no se produce el proceso de extinción natural de la crisis, aun cuando el paciente controle cognitivamente el cuadro y aprenda a que sus ataques no implican el peligro mortal que suponía en los primeros accesos.

TEORIAS COGNITIVISTAS.

Es innegable que los aspectos cognitivos desempeñan un papel en la etiopatogenia de los estados de ansiedad. Es evidente que las personalidades neuróticas tienen patrones cognitivos peculiares, caracterizados por una visión amenazante de la realidad externa, lo cual se traduce en frecuentes estados de ansiedad, transitorios o crónicos.

Lazarus y Averill (1972) han definido la ansiedad como una «emoción basada en la valoración del temor, una valoración que vincula elementos simbólicos, anticipados e inciertos». Son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional, los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones de temor afines. La estimulación o valoración del temor estará suspendida a dos clases de variedades: situacionales y disposicionales.

Para Epstein (1972) la ansiedad es un estado desagradable de excitación (arousal) difusa que sigue a la percepción de la amenaza. Utiliza el concepto de arousal, siguiendo a Woodworth y Schlossberg, como sinónimo de nivel de excitación, y bajo varios presupuestos, tales como que: 1) los organismos son sistemas de energía que tienden a mantenerse en unos límites homeostáticos; 2) pequeños incrementos en el arousal originan en el sujeto un interés hacia el medio, lo que produce reacciones de alerta y facilita la captación de estímulos alertígenos; 3) largos incrementos en el arousal producen una reacción en el registro de la estimulación, son experimentados como desagradables y dan lugar a reacciones de defensa; 4) se originan

procesos de habituación cuando disminuye la experiencia por reiteración de los estímulos; 5) posiblemente existe un amplio principio organizador con respecto al control del arousal; 6) existe un control de tipo inhibitor, íntimamente asociado al establecimiento de experiencias; 7) en relación a la ley de modulación excitatoria, el gradiente de la inhibición es más inclinado que el de la excitación; 8) altos niveles de excitación se producen no sólo por ansiedad o miedo, sino también por estímulos intensos o emocionales; 9) el control inhibitor se organiza en profundidad y amplitud con interacción entre los subsistemas del arousal, participando, por supuesto, factores de regulación central.

Concretamente para Epstein las tres condiciones básicas para la aparición de estados de ansiedad son: hiperestimulación primaria, incongruencia cognitiva y respuesta desajustada. En la angustia o diferencia del miedo, el alto nivel de excitación que se alcanza siguiendo la percepción se mantiene por que el sujeto es incapaz de conseguir una conducta resolutive. Ambos estados, angustia y miedo, son sólo biológicamente intolerables cuando producen altos niveles de excitación, que, es lo que justifica, junto a las defensas que el sujeto moviliza, los síntomas primarios de los trastornos de conducta, y no la angustia en sí misma, como frecuentemente se piensa.

Beck (1972), en la misma línea, pone de relieve la importancia de la interacción entre los factores cognitivos y la ansiedad en el desarrollo de los síntomas psicofisiológicos (psicosomáticos). Concede gran importancia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos a la continua interacción, con la creación subsiguiente de círculos viciosos, entre la cognición, la ansiedad y los síntomas físicos, sin olvidar el papel que la predisposición pueda desempeñar en la aparición de un trastorno. La serie de secuencias que se establecen, en su opinión, son las siguientes: a) situación de estrés; b) valoración o captación de la situación de estrés; c) valoración de coping devices; d) arousal; ansiedad subjetiva, reacción fisiológica; e) feedback y valoración de

ansiedad; f) aumento de la ansiedad; g) disfunción somática; h) feedback y valoración de reacción somática; i) continuación del ciclo.

Por su parte, Spielberg (1972) se refiere a la ansiedad o más específicamente al estado de ansiedad (A-state), como una reacción emocional compleja que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes. La intensidad y la duración de tal estado estarán determinadas por la cantidad de amenaza y la persistencia de la interpretación cognitiva de la situación como peligrosa. Hace gran incipio en la diferencia que existe entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (A-state), fluctuante en el tiempo y vivido con aprensión, tensión y aumento de la actividad vegetativa, y la tendencia o rasgo de ansiedad (A-trait) relativamente estable y definido en términos de diferencias individuales. En función de estas dos facetas de la ansiedad, Spielberg (1966) ha elaborado la teoría de la ansiedad rasgo-estado (trait-state anxiety theory), que, resumida, es la siguiente: 1) En situaciones en que el sujeto interpreta como amenazante se produce un estado de angustia. A través de los mecanismos de retroacción sensoriales y cognitivos, esta situación se vivencia como desagradable. 2) La intensidad de la reacción será proporcional a la cantidad de temor que la situación crea en el sujeto. 3) La duración de tal reacción de ansiedad dependerá de la persistencia del sujeto en interpretar tal situación como amenazante. 4) Los sujetos con alta tendencia a la ansiedad como rasgo percibirán las mismas situaciones como más amenazantes que los que tienen bajo nivel de ansiedad basal. 5) Incrementos de estados ansiosos tienen propiedades de estímulos que pueden ser expresados directamente en conductas o servir para iniciar defensas psicológicas que reduzcan el gradiente de angustia. 6) Situaciones estresantes pueden desarrollar respuestas específicas o mecanismos de defensa cuya misión es reducir la ansiedad.

Las teorías cognitivas de la angustia son, sin duda, sugestivas y ayudan a comprender su etiopatogenia. Sin embargo, no dice gran cosa acerca de cómo se genera un determinado estado cognitivo, ni si este produce o sigue al inicio del estado ansioso. Hay que considerar que la mayoría de trabajos y teorías sobre la ansiedad se han efectuado a partir de casos clínicos, es decir, parten de estudios retrospectivos que, como es sabido, son muy cuestionables metodológicamente. En otras palabras, se analiza a los enfermos cuando el cuadro ya está constituido y se han estructurado los círculos afectivo-cognitivos propios de la patología. Además la realidad es que muchos enfermos, sobre todo con crisis de angustia, empiezan a padecer el trastorno sin que previamente medie cogniciones especialmente negativas, aunque éstas emerjan con rapidez. Es difícil aceptar en estos casos que trastornos cognitivos o de condicionamiento anómalo estén en la base de la patología ansiosa, por lo que las teorías dinámicas y principalmente las biológicas ocupan un lugar más sólido.

3.1.4. CLINICA.

La ansiedad se puede dar como reacción normal o fisiológica de determinados periodos de la vida, ya que los síntomas ansiosos y fóbicos son casi universales en la infancia, desapareciendo progresivamente con la edad, y reapareciendo habitualmente en la adolescencia, en la que predomina la ansiedad de tipo social, y en el climaterio de la mujer y el periodo involutivo del varón (Mayer-Gross y cols.,1974).

Los aspectos culturales determinan marcadas diferencias patoplásticas en la mayoría de los trastornos ansiosos.

Tanto en la tercera edición original del DSM (APA,1980) como en su versión revisada, DSM-III-R (APA,1987), se definen las crisis de angustia como aquellas entidades caracterizadas por la aparición repentina de una sensación de aprensión intensa, miedo o terror, a menudo asociada con sentimientos de catástrofe inminente, con una duración habitual de varios minutos, y más rara vez de horas. Según el DSM-III-R (APA,1987), deben presentarse, al menos, cuatro de los síntomas incluidos en la siguiente lista:

1. Sensación de dificultad respiratoria (disnea).
2. Mareo, sensación de inestabilidad o de desfallecimiento.
3. Palpitaciones o taquicardia.
4. Temblor o estremecimientos.
5. Diaforesis (sudoración excesiva).
6. Sensación de ahogo o de paro respiratorio.
8. Náuseas o malestar abdominal (ítem no incluido en el DSM-III).
7. Despersonalización o desrealización.
9. Parestesias.
10. Rubor, solocación, oleadas de calor, escalofríos.
11. Dolor, opresión o malestar precordial.

12. Miedo a morir.

13. Miedo a volverse loco o a perder el control sobre sí mismo.

MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD.

SINTOMAS SOMÁTICOS.

- **Cardiocirculatorios:** palpitaciones o taquicardia; dolor, opresión o malestar precordial; sensación de paro cardíaco; hipertensión episódica (White y Backer, 1986).

- **Respiratorios:** Disnea (respiración entrecortada, dificultad para respirar el aire o para hacer una respiración profunda); sensación de ahogo o paro respiratorio.

- **Parasimpáticos:** debilidad física o desfallecimiento, diaforesis, sialorrea, diarrea, náuseas, urgencia defecatoria, micción, inorrea, hipo, visión borrosa.

- **Centrales:** Sensación de sofocación o agobio, mareo, inestabilidad o vahido, oleadas de calor o escalofríos.

- **Neurológicas locales** (Coyle y Serman, 1986) y otras: temblor y establecimiento, parestesias, torpeza, pesadez física, vértigos, cefalea, nudo u opresión en la garganta.

La experiencia subjetiva de la ansiedad es descrita en forma diferente por distintos individuos, por su característica esencial es la anticipación simbólica de algún peligro. En términos psicoanalíticos la ansiedad es un estado de aprensión debido a un conflicto íntimo subyacente que surge del choque entre impulsos, deseos o valores incompatibles. En el estado de aprensión la persona se siente a disgusto consigo mismo y la desdicha en cuestión puede experimentarse como una sensación de vago desasosiego, impresión de haber llegado al límite o como una gran variedad de otras sensaciones de terror, cólera, preocupaciones motivadas con la propia salud, con el futuro que es visto de manera pesimista, con la familia y el trabajo. Por la ansiedad en la persona hay una reducción de capacidades de concentración, memoria, inteligencia y actitudes de cálculo. La ansiedad existe como un estado consciente cuando la persona ansiosa se percata de la naturaleza de su conflicto y de la forma en que dicho conflicto afecta a sus sentimientos y a su conducta. Es inconsciente la ansiedad cuando la persona no conoce la causa de la perturbación o no se percata de por que se siente de ese modo y no se da cuenta de las formas en que su conducta se halla influida por la ansiedad.

Existen algunos rasgos conductuales que se observan y hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con la persona: Inquietud motora. La persona ansiosa está inquieta, no logra mantener la misma posición por largo tiempo, se frota las manos, a veces se muerde las uñas y los labios, presenta en ocasiones tics o movimientos estereotipados, se vuelve hiperalerta, pero también puede permanecer tensa o inmóvil. Es factible también que la persona presente verborrea; irritabilidad. Esta se manifiesta mediante una reducción a la tolerancia a los estímulos, en ocasiones los estímulos visuales o acústicos, que en ocasiones normales se toleran y en este caso producen reacciones motoras poco controladas, perturbaciones del sueño, se manifiestan mediante la dificultad para iniciar el sueño, además también presenta el despertar precoz hasta llegar al insomnio. La mayoría de los sueños son de contenido angustiioso o terrorífico (pesadillas).

3.1.5. CAUSAS DE LA ANSIEDAD.

La ansiedad resulta del efecto del choque causado por una experiencia o una serie de experiencias desagradables, por rechazo, protección excesiva e incoherencia sobre un apersona que se siente incapaz de protegerse, por carácter de las defensas adecuadas. La persona afectada tiene dificultades en comprender como debe comportarse por que no sabe si será aceptado o rechazado, le es importante aprender a confiar en si misma y en otras personas, a veces es recompensado y en otras veces es castigado por la misma conducta.

Se ha observado que en las zonas de combate la ansiedad traumática se vuelve un modo anormal de reaccionar, en otros casos provoca un vagar peligroso, apatía, ataques temerarios o huidas francas.

SUCEPTIBILIDAD A LA ANSIEDAD.

Que una enfermedad se acompañe o no de ansiedad, depende de la susceptibilidad del sujeto, ésta puede ser provocada por la herencia, el retardo mental, la arterioesclerosis, también aumenta con la fatiga, con la tensión premenstrual, los negocios, con el tráfico de la ciudad, etc., estos factores con frecuencia provocan o facilitan el estrés, entendiéndose por estrés la suma de diversas respuestas corporales a un estímulo, que tiende a alterar el equilibrio existente. Este estímulo no necesariamente tiene que ser desagradable.

A continuación se presentan algunas causas que provocan ansiedad:

- La influencia paterna

El niño se da cuenta que sus padres responden con ansiedad a cualquier pequeño factor de estrés, pronto desarrollan un patrón de conducta emocional similar.

- Dependencia

Todos dependemos en mayor o menor grado de alguien, el recién nacido de su madre, el niño de sus padres, la mujer del esposo y éste de la esposa, el trabajador del empleo, en fin. En un sujeto susceptible si estas necesidades no están plenamente satisfechas, la situación es sentida como un estrés y la ansiedad se presenta.

La ansiedad ha aumentado en los países como el nuestro, de cultura occidental, parece como si estuviéramos perdiendo la capacidad para tener paz en la mente. Es interesante hacer notar que este aumento de ansiedad se ha presentado a pesar de que el hombre ha superado en algunos países.

los factores estresantes como de hambre y de cobija; a pesar de los métodos para mejorar el dolor y a pesar de los métodos contraceptivos, son numerosos los factores culturales que favorecen la susceptibilidad al estrés. Desde 1937, Horney y Fromm se ha dedicado a manejar el término de ansiedad con una marcada influencia sociológica y culturalista, relacionados con los aspectos contemporáneos de la cultura occidental, observando la manera en que el medio ambiente influye en el comportamiento de los individuos (Bishop, 1982).

Algunas de estas influencias son:

- La velocidad con que hacemos las cosas

La velocidad es la mayor que la paciencia que debemos tener, para hacer las cosas de una manera confortable.

- La vida competitiva

Si el hombre no hubiera sido competitivo, no hubiera sobrevivido como raza. Es dudoso que el hombre se haya hecho más competitivo, ahora, lo que realmente pasa es que el hombre ha comenzado a compartir él mismo con su conciencia.

- Pérdida de la estructura social

Ha habido una pérdida de fe en lo antiguo y lo establecido. El mundo actual ha destruido el poder protector de la religión y no ha construido nada útil o efectivo en su lugar. En los jóvenes es frecuente que la ansiedad sea desencadenada por problemas amorosos, que generalmente movilizan más sus impulsos agresivos.

- Los conflictos en el trabajo

El trabajo es básico para nuestra vida. Nuestra sociedad cada día más despersonalizada y deshumanizada, lleva al hombre a sentirse solo aunque esté acompañado de millones, llevándolo a la ansiedad.

- Los problemas en el hogar

La mujer cada día esta más sola y encargada del hogar y de los hijos, mientras los padres están trabajando todo el día. En ocasiones los conflictos matrimoniales son provocados por la presencia de la suegra o de la familia de alguno de los cónyuges, en nuestra sociedad es difícil especialmente esta relación, porque las familias se organizan en forma de clanes, y el creer que tanto el marido pierde en la familia, las suegras por igual, la hija o esposa que se siente desesperada y que también se siente fuera del contexto familiar, no sabiendo la forma de dirigirse, qué hacer, nacen así las perturbaciones dentro del hogar, dando en consecuencia estrés, y en algunos miembros, manifestaciones de ansiedad (Caso Muñoz, 1984).

3.1.6. BASES BIOLÓGICAS

James (1884) y Lange (1885) postularon que la ansiedad era secundaria a la percepción en los cambios corporales periféricos (Lander, 1982). Esta teoría condujo a numerosos intentos de evidenciar un aumento en la excitación periférica con los pacientes ansiosos, asumiendo que tendría que existir una hiperactividad simpática, y, por tanto, un incremento también de la actividad catecolaminérgica. La mayoría de estos estudios se realizaron antes de que se clasificaran a los ansiosos en grupos diagnósticos más homogéneos (Gorman y cols., 1984c).

Según Dana (1921) y Cannon (1927), y en contra de la teoría de James y Lange las relaciones de ansiedad se originaban en el SNC, provocando secundariamente las alteraciones periféricas (Gorman y cols., 1984c).

Los distintos mecanismos por los que se puede provocar ansiedad (biológicos o psicofisiológico-cognitivos) no son excluyentes, representando diferentes pasos de un proceso psicofisiológico único y complicado que puede fallar a distintos niveles (Gelder, 1986).

Durante los estados de ansiedad, y en general en cualquier respuesta de excitación general al estrés, es evidente el aumento de la actividad autonómica simpática, es decir, noradrenérgica, a partir de datos como la frecuencia cardíaca, el volumen del pulso en el pulgar, la tensión arterial, la conductancia cutánea, el flujo sanguíneo antebrachial, la frecuencia respiratoria, la temperatura periférica, la sudoración o la midriasis, pero sin embargo, no hay cambios en los indicadores no automáticos de actividad somática, por ejemplo, el electromiograma (Redmond, 1979).

En situaciones caracterizadas por novedad, incertidumbre o cambio, y en función del estrés generado, se produce un aumento de la secreción de adrenalina, pero no así de noradrenalina. De esta forma la adrenalina periférica formaría parte de la respuesta de ansiedad de ejecución, distinta probablemente de las ansiedades patológicas, como veremos posteriormente (Gorman y cols., 1984c).

La ansiedad como trastorno patológico se relaciona con un aumento del metabolismo de noradrenalina, que se traduce en una elevación en suero y orina de los niveles del propio neurotransmisor y de su metabolito, el MHPG (Breier y cols., 1985).

Según Pitts y Mc Clure (1967), la causa de la crisis de angustia sería el descenso del calcio ionizado sérico, ya que la administración de carbonato cálcico junto con el lacto reduce la gravedad de las crisis, así como su duración (Fink y cols., 1971). Esta hipocalcemia se produce porque: 1) la alcalosis generada aumenta la unión calcio-proteínas; 2) el lacto produce hemodilución, y 3) el calcio ionizado forma complejos como el lacto (Liebowitz y cols. 1985). Con estas premisas, Pitts y Allen (1979) intentaron introducir crisis de angustia con el quelante del calcio EDTA y, sin embargo, a pesar de las caídas esperadas de la calcemia no se producen crisis.

Las respuestas de miedo se tienen por inhibición de las células noradrenérgicas (opioides, sustancias GABA-érgicas, agonistas presinápticas) (Hoehn-Saric y cols., 1981). De esta forma, la estimulación de los autorreceptores α_2 presinápticos del locus coeruleus reduce su encendido y el metabolismo de noradrenalina central (Gorman y cols., Shear, 1986). La clonidina (agonista α_2 actúa en este sentido y disminuye las conductas ansiosas (Hoehn-Saric y cols., 1981). Por otra parte, las diogas que aumentan el encendido del locus coeruleus parecen ser ansiogénicas en humanos, como, por ejemplo, los antagonistas α_2 (Gorman y cols., 1984c).

La actividad de las proyecciones noradrenérgicas sobre el hipocampo parece provocar la respuesta en marcha de las crisis de angustia, a través del complejo septoamigdalor y sus proyecciones subsiguientes.

3.1.7. ANSIEDAD NORMAL.

Se dice que la ansiedad es normal cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganización ni malas adaptaciones. Tal y como ha surgido, la ansiedad normal cumple con funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa, le da sabor a la espera de algo placentero y suele ser raíz de la risa y del goce. La persona moderadamente ansiosa, como un vigilante, está más preparada para vigilar y se mostrará más cauto y sensible a las reacciones de una estimación ligera que una persona complaciente.

La ansiedad moderada puede incrementar la resistencia de una persona durante una emergencia. A veces, bajo influencia de una ansiedad intensa, la gente lleva a cabo hechos superiores a sus fuerzas y manifiesta un valor por encima del nivel ordinario. Incluso se toma a la ansiedad como una reacción, los parques de diversiones y las ferias suelen tener aparatos especiales para crear ansiedad en la gente y ésta, espera formada y paga por gozar de tal privilegio. La televisión, el cine y el teatro le proporcionan tal privilegio de ansiedad a millones de dispuestos espectadores. La misma ocurre con los deportes de competición, las carreras de caballos y de autos, circo, espectáculos aéreos y en épocas más recientes, con los vuelos atrevidos de los astronautas. El atractivo de las novelas de aventura, policíacas y de espías se encuentran en gran medida en la capacidad que tienen para provocar en los lectores una tensión y una ansiedad vicarias. Los niños gozan aumentando la ansiedad que sienten, sea en los juegos convencionales o en

los que inventaban, así como en los cuentos que escuchan y en las series de televisión que miran. Al parecer la única limitación está en que la ansiedad no sea demasiado intensa o no dure demasiado.

Pero la ansiedad normal tiene sus desventajas, así si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito alguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo, tal tiempo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona. Incluso si la ansiedad prepara a la persona normal para una acción rápida y eficiente, la hace perder su libertad y su flexibilidad. La persona tiene que limitar sus actividades e intereses a una búsqueda cauta de las fuentes de posibles peligros, a una prontitud tensa de reaccionar y a una evitación de que se le encuentre descuidada. Existe siempre la posibilidad de que alguien cuya ansiedad elevada se justifique, de modo que esté tenso y sensible a la reacción (agresivo o violento), responda como si el peligro ya se hubiera materializado, cuando en realidad no ha ocurrido tal cosa. Esto se aproxima a la situación existente en la neurosis y las psicosis (Cameron, 1982).

3.1.8. ANSIEDAD NEUROTICA.

Las ventajas de la ansiedad moderada desaparecen cuando la tensión emocional es demasiado intensa, cuando dura mucho o cuando sirve de base a gran parte de la conducta. Finalmente se llega al punto en que la tensión y la ansiedad limitan tanto la capacidad de percepción de una persona, que le perturba el pensamiento y le restringen la libertad de acción al grado de que incluso la rutina la produce estrés y las satisfacciones ordinarias se le escapan de las manos. Tal vez entonces una persona dedique su vida a controlar la ansiedad y descargar la tensión. Vemos tales resultados

en personas que están expuestas a un persona real que excede en mucho sus límites de tolerancia; los vemos en personas que están experimentando la amenaza inminente de una explosión de impulsos y conflictos inconscientes (Cameron, 1982).

3.1.9. ANSIEDAD PATOLÓGICA.

La ansiedad es patológica en los adultos cuando nada parece justificarla, cuando es muy extensa o hay disminución de la misma, o tiene una duración extensa o da lugar a maniobras defensivas que interfieren seriamente en la felicidad y vida activa de una persona. Es anormal la ansiedad cuando representa una tensión que exige una descarga vaga e inmediata con ayuda de la hiperactividad, lo que significa un regreso a una situación infantil. Cuando da como resultado una conducta agresiva o sexual pobremente controlada que perturba las relaciones interpersonales. Es anormal también cuando exige una represión o supresión excesiva, llevando a la persona a disminuir su espontaneidad, inhibiéndose o mostrándose apático (Cameron,1982).

3.1.10 ANSIEDAD RASGO.

El término ansiedad rasgo se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo. Las personas que padecen una alta ansiedad rasgo tienden a ver más peligroso el mundo comparadas con las que la tienen baja y responden a su percepción de la amenaza con mayor incremento a sus estados de ansiedad y son más vulnerables a la tensión, también es probable que experimenten la ansiedad neurótica (Spielberger, 1979).

3.1.11. FUNCIONES DE LA ANSIEDAD

La ansiedad patológica, es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o su duración. En general, la ansiedad conduce a la acción destinada a hacer desaparecer o reducir la amenaza. Esta acción puede ser constructiva, caso en el cual se puede hablar de mecanismos para enfrentarse a la ansiedad si la acción en gran parte consiste, escogida de manera deliberada (como estudiar para un examen), o de mecanismos de defensa si la conducta es en gran parte determinada por fuerzas inconscientes (como represión u olvido de un impulso o idea amenazante, expulsándolo de la conciencia). Un mecanismo de defensa puede ser adaptativo o no adaptativo, dependiendo de las consecuencias, solo puede considerarse anormal la represión o cualquier otro mecanismo de defensa si produce síntomas de defensa patológicos (Spielberger, 1979).

3.1.12. TRATAMIENTO

El tratamiento habitual de los trastornos de ansiedad con ansiolíticos puede dar unos resultados inicialmente más rápidos que en el caso de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, presenta el inconveniente de una mayor tasa de recaídas en cuanto se le retira al paciente la medicación y la desventaja añadida de la dependencia del paciente al fármaco.

El tratamiento conductual indicado en cada caso depende de la naturaleza y del alcance de las conductas de evitación y de las alteraciones cognitivas implicadas. En general, las fobias específicas responden bien a la terapia de exposición; la agorafobia y las fobias sociales, a la exposición en combinación con una reestructuración cognitiva; la ansiedad generalizada, a una reestructuración cognitiva en combinación con la exposición a los estímulos internos y externos desencadenantes del cuadro clínico; y por último, el trastorno de pánico, a un tratamiento básicamente cognitivo.

La exposición por sí sola es la técnica más potente en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (si bien existen dificultades de aplicación en el caso de los trastornos de pánico y de la ansiedad generalizada) y claramente superior a las diversas técnicas cognitivas por sí solas. El interés de otras técnicas terapéuticas es menor. El «biofeedback» no es superior al efecto placebo, la desensibilización sistemática no produce una gran mejoría en poblaciones clínicas y la relajación se utiliza más como un componente de un programa de tratamiento que como un tratamiento aislado. Por otra parte, este procedimiento parece potenciarse con las técnicas cognitivas o con otros métodos de afrontamiento, como el entrenamiento en control de la ansiedad.

Algunos tratamientos recientes se han orientado específicamente al reentrenamiento de la respiración para hacer frente al problema de la hiperventilación involuntaria (Salkovskis y cols., 1986; Van den Hout, Boek, Van der Molen, Jansen y Griez, 1988; Van der Molen, Van den Hout, Merckelbach, Van Dieren y Griez, 1989).

Algunas variables relacionadas con la estructuración del tratamiento psicológico, como el número de sesiones, la duración y periodicidad de las mismas, el recurso a sesiones de recondicionamiento, el formato individual o grupal, el número y el sexo de los terapeutas, la utilización de libros de autoayuda, etc., requieren investigaciones ulteriores.

El trastorno de ansiedad implica unas respuestas psicofisiológicas, conductuales y cognitivas anómalas, susceptibles de ser modificadas mediante diferentes técnicas psicológicas. Un análisis riguroso del problema de cada sujeto, permitirá adoptar una estrategia concreta de tratamiento.

Destacan por su alto nivel de eficacia las técnicas basadas en la teoría del aprendizaje, sobre todo en la que se refiere al descondicionamiento de las conductas fóbicas.

A veces no es suficiente eliminar la ansiedad ligada a una situación, sino que el sujeto tiene una carencia de recursos para hacer frente a ella. Así pues, la labor del terapeuta deberá también intervenir en el aprendizaje de conductas adaptativas.

Los métodos de relajación permiten el autocontrol y la prevención del estrés, facilitando al paciente ansioso el afrontar los estímulos fóbicos.

Asimismo, las psicoterapias breves pueden ser útiles en los casos que exista un trastorno de personalidad o problemas ambientales en la base de la ansiedad.

La psicoterapia analítica ortodoxa, por el contrario, debe quedar restringida a un subgrupo minoritario de pacientes en los que otras terapéuticas son inoperantes. Concretamente, sujetos con graves problemas de personalidad que tengan el nivel suficiente como para seguir una terapéutica prolongada y que requiera un elevado nivel de comprensión y metabolización de conflictos.

3.2 DEPRESIÓN.

En la actualidad, el tremendo incremento de la depresión, su tendencia a violar impulsos instintivos básicos - como el de la propia conservación, el gregario y el maternal -, y su efecto bloqueador de necesidades biológicas - como el hambre, el sueño y el apetito sexual - han hecho que gran número de investigadores sumen sus esfuerzos a fin de conocer mejor este problema.

Aunque la depresión no es una enfermedad grave sino en contadas ocasiones, suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de las causas, manifestaciones y tratamiento de la depresión han rebasado el campo de la psiquiatría; por lo tanto, deben de estar al alcance de los médicos generales y especialistas de otras ramas de la medicina. Esto facilitaría un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado que evitarían al paciente muchos años de sufrimiento y de inestabilidad económica y social.

El uso del término de depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y en que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis (Hill, D. 1970).

El término melancolía, que acuñó Hipócrates, es la primera alusión científica a esa enfermedad, ya que se le concede un origen natural: la disfunción de la atrabilis. Areteo vislumbra la conexión entre manía y melancolía; y Galeno, en el siglo II, adhiriéndose a la patología humoral, identifica tres formas distintas de melancolía: 1) localizada en el encéfalo; 2) generalizada, en la que la atrabilis pasa no sólo al encéfalo, sino a todo el organismo, y 3) situada en el aparato digestivo, pero con irradiación al encéfalo por acción de los vapores (Starobinski, 1962).

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tenacidad al tanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Ackermann, E.H. 1959).

Durante la edad media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel (1801), indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló en primer lugar, las psicológicas (p. Ej.: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de los propiedades y las dificultades familiares), y en segundo, las físicas (p. Ej.: la amenorrea y el puerperio).

Corresponde a Moebius, en 1893, la introducción en psiquiatría de la dicotomía exógeno y endógeno, con la consideración indispensable para este último de una cierta proclividad innata, aunque acepta que si ésta existe, variadas circunstancias pueden desencadenar la enfermedad [Lewis, 1971].

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniacodepresiva y la demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniacodepresiva, situación que prevaleció durante los tres primeros decádos de este siglo. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

Lange (1926) reelabora la obra Kraepelina y añade un grupo intermedio (mixto) entre el endógeno (ausencia de desencadenantes, historia familiar de trastornos afectivos y escasa influencia ambiental de la sintomatología) y el exógeno. Propone, asimismo, denominar reactivos al grupo de depresiones endógenas que se desencadenan por algún estrés ambiental.

Lewis, desde su teoría unitaria, dividió los trastornos afectivos en tres subgrupos, el último de los cuales comprende la depresión agitada como variante mayor y la neurosis de angustia como la menor, ambos con formas

clínicas de un mismo conjunto en el que en ocasiones emergen estados de
facilitación (mania) y en otros de inhibición (melancolía)

En el México prehispánico este cuadro fue considerado como un
problema médico (Calderón, 1965), de acuerdo con la descripción que en
1952 hizo el médico indígena Martín de la Cruz, a esta descripción se le
conoce como Códice Badiano, en el que se recomienda como tratamiento
un cocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor.

El gran incremento mundial de la depresión en los últimos años y la
enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no
incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la
Organización mundial de la Salud (OMS) a establecer un nuevo grupo en la IX
Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a ser
utilizada en enero de 1979.

3.2.2 CLASIFICACIÓN

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de
múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una
diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de
algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores
determinantes aparentemente obvios; entonces, la depresión es llamada
exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y
la depresión es considerada como endógena. En la práctica es difícil distinguir
los límites entre estos dos supuestos subgrupos.

Por otra parte, la dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. Este problema se ha incrementado al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos cuya clasificación no corresponde a ninguno de los cuadros anteriores, ya que es un hecho común para cualquier psiquiatra clínico, y aún para el médico general, que un gran número de pacientes con trastorno de tipo depresivo no pueden ser considerados como neuróticos ni mucho menos como psicóticos.

Calderón en 1985, clasifica a la depresión en tres categorías: depresión psicótica, neurótica y simple.

La versión provisional del ICD-10 (Sartorius y cols., 1988) considera ocho categorías en la capítulo de trastornos del humor (afectivos) (tabla A). Como datos más significativos, cabe señalar la desaparición de la depresión neurótica, que queda recogida en esta clasificación como distimia, y de la personalidad depresiva, así como la inclusión de los trastornos esquizoaffectivos en el capítulo de los trastornos afectivos.

El reciente DSM-IV-R (versión castellana efectuada por Valdés y cols., en 1988) (tabla B) establece algunas modificaciones sobre su predecesor el DSM-III. Se sustituye el término de trastornos afectivos por el de trastornos del estado de ánimo, los cuales quedan redefinidos y reducidos a dos grandes apartados: trastornos bipolares y trastornos depresivos, por desaparición de los antiguos grupos (TA mayores; otros TA específicos y TA atípicos).

**TABLA A. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)
SEGÚN LA ICD-10.**

F 30. Episodio maniaco

F 30.0 Hipomanía

F 30.1 Manía

F 30.10 Con humor congruente

F 30.11. Con humor incongruente

F 31. Episodio depresivo

F 31.0 Intensidad leve o moderada

F 31.00 Síntomas biológicos

F 31.11 Con síntomas psicóticos

F 31.110 Con humor congruente

F 31.111 Sin humor congruente

F. 32 Trastorno afectivo bipolar

F 32.0 Episodio actual hipomaniaco o maniaco (F 30)

F 32.1 Episodio actual depresivo (F 31)

F 32.2 Episodio actual mixto

F 32.3 En remisión

F 33 Trastorno depresivo recurrente

F 33.0 Intensidad leve o moderada

F 33.00 Sin síntomas biológicos

F 33.01 Con síntomas biológicos

F 33.1 Severo

F 33.10 Con síntomas biológicos

F 33.11 Con síntomas psicóticos

F 33.110 Con humor congruente

F 33.111 Con humor incongruente

F 34. Episodios afectivos persistentes

F 34.0 Ciclotimia

F 34.1 Distimia

F 35. Otros trastornos del humor (afectivos)

F 35.0 Otros episodios afectivos únicos

F 35.1 Otros trastornos recurrentes afectivos

F 35.2 Otros trastornos afectivos

F 36. Trastornos esquizoafectivos

F 36.0 Trastorno esquizomaniaco

F 36.1 Trastorno

F 39. Trastorno afectivo no especificado

TABLA B. TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-III-R)

Trastornos bipolares

Trastorno bipolar

Mixto

Maniaco

Depresivo

Ciclotimia

Trastorno bipolar no especificado

Trastornos depresivos

Depresión mayor

Episodio único

Recurrente

Distimia

Trastorno depresivo no especificado

3.2.3 DIFERENCIA ENTRE DUELO Y DEPRESIÓN

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, etc.) o cualquier enfrentamiento a situaciones allicivas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza o pena al que llamamos duelo y que se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada.

El duelo incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. Durante el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada, e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sufrimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio.

El periodo depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz. El periodo de adaptación comienza a darse cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello tiene que ir restaurando sus cargas afectivas, lo que significa la "metabolización" progresiva del estado depresivo. La duración del duelo es variable, y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. Cualquier variación del cuadro descrito, ya sea debida a la duración o a la intensidad de los síntomas, debe considerarse patológica (Siggins, I. D., 1967).

3.2.4 RECURRENCIA

El doctor Norman Sartorius, director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que por lo menos en el mundo hay cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión: que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son tres tantos y sufren por ella y, lo que es peor, que el problema tiende a aumentar en los próximos años (Calderón, 1985).

En esta tesis se trabaja con mujeres, por lo que es importante conocer un poco más acerca de la mujer y la depresión ya que el rol que la mujer tiene en la sociedad algunas veces puede llevarlas a estados depresivos.

La especificidad de los roles de género femenino centrados principalmente en el rol maternal, el rol de la esposa y el rol de ama de casa, imponía ciertas especificidades en los afectos circulantes para ejercerlos con cierto grado de eficacia: la docilidad, la comprensión, la generosidad, predominantes en el rol de esposa; la amorosidad, el altruismo, la contención, la disposición sumisa para servir, la receptibilidad, ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y de dominación (para el manejo de vida doméstica) en el rol del ama de casa.

En el campo de la salud mental de las mujeres se han descrito verdaderos cuadros clínicos, asociados a estados depresivos, caracterizados como "neurosis del ama de casa", "síndrome del nido vacío", "depresión en mujeres de mediana edad", "crisis de edad media de la vida", etc.

El desempeño de roles de género tradicionales coloca a las mujeres en condiciones desventajosas para preservar la salud mental. Algunos estudios han particularizado los modos de vida tradicionales en el cumplimiento de tales roles, como por ejemplo, el rol de esposa asociado a la dependencia

económica del marido, factor que vulnera la autoestima de las mujeres ; el rol de ama de casa en relación con las oportunidades educativas para las mujeres, que las orientan hacia profesiones de escaso prestigio o poder social; el rol maternal como factor de riesgo para la depresión para las mujeres jóvenes con tres o más hijos pequeños. (Burin, 1990)

Se ha ido enfatizando la importancia de la enfermedad, de la salud, del cuerpo, de los afectos, de los deseos, de los ideales, como objetos metafóricos, soportes del sentido de nuestra relación con lo social: Histerias y depresiones femeninas pasaron a ser consideradas enfermedades paradigmáticas, como metáforas, de la falta de poder de las mujeres en nuestra cultura. La salud y la enfermedad, los problemas psicopatológicos, no son sólo el asunto de un individuo con su médico. Estas problemáticas pararon a estar en el epicentro de los conflictos culturales, sociales y económicos que nos afectan como sujetos. Han sido objeto de debates y de movimientos colectivos en los que podemos ver el impacto y el juego de representaciones sociales que tiene para muchas mujeres.

3.2.5 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Si consideramos al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos de tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla.

Aún no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión: Calderón (1985), divide las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

CAUSAS GENÉTICAS

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores a presentado pruebas en favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maníacodepresiva (Kallmann, F.: 1950) y (Slater, E.: 1953). Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Los estudios de Kallmann (1950) proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante.

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no se puede hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede ser con otras enfermedades. Además se debe considerar que los miembros de una familia están sujetos a los factores ambientales que pueden determinar la

depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados. Finalmente, hay datos que indican, al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino que también la forma de respuesta al tratamiento. (Calderón, 1985).

CAUSAS PSICOLÓGICAS

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel predisponente, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad van profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales; dichos rasgos se dan a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.

Causas determinantes

Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia, entre otros que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deben considerarse como signos de conflictos específicos y factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos; sin embargo, no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que en la

vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales.

Causas desencadenantes

Entre las causas inmediatas de la neurosis, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando interviene estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciéndole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un super ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte por que en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos (como el sexual) es más rigida; sin embargo, la vida psicosexual con sus tabúes y sus restricciones sociales, no constituye el único factor, que en cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede ocasionar síntomas neuróticos.

Otras causas desencadenantes son: a) pérdida de un ser querido; b) pérdida de una situación económica; c) pérdida de poder; d) pérdida de la salud; enfermedades con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas, enfermedades que afectan la autoestima (impotencia) (Calderón, 1985).

CAUSAS ECOLÓGICAS

Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones. Como esta tiene sus propios mecanismos de defensa y de autopurificación, durante siglos logró mantenerse en equilibrio, lo cual permitió al ser humano una vida tranquila y saludable: No obstante durante la última centuria la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que superó con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber: un aumento acelerado en la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de recursos contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente.

PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIAS
Contaminación atmosférica	Productos de la combustión de vehículos de motor, industrias, talleres, quema de desechos, polvo.	Mala calidad del aire inhalado.
Problemas de tránsito.	Exceso de vehículos Falta de estacionamientos.	Mayor número de accidentes, pérdida económica, disminución de las horas de descenso.
Ruido excesivo	Autotransportes	Insomnio

	Aviones de reacción	Fatiga física e intelectual
	Fábricas metalúrgicas	Irritabilidad, sordera
Equipos de sonido	Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.	

CAUSAS SOCIALES

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente los primates. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importante han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas fuentes de apoyo.

Un problema grave que se ha presentado en los últimos tiempos, es la migración de campesinos a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida. La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en las áreas marginadas, constituyen un

serio problema que afecta en forma importante en el estado afectivo de grandes núcleos de población.

3.2.6 ASPECTOS BIOQUIMICOS DE LA DEPRESIÓN.

En la patogénesis de este cuadro intervienen trastornos psicológicos y alteraciones bioquímicas. Los factores bioquímicos pueden ser modificados por un tratamiento farmacológico a base de medicamentos antidepresivos.

Durante las primeras décadas del siglo XX, se efectuó un gran número de estudios en busca de la patología somática de la psicosis maniacodepresiva (Cleghorn, R.A, et al. 1959)

Cameron, en 1942 hace hincapié en que: El contraste más frecuente en los reportes parece no asociado con las variaciones del estado de ánimo, sino con el tipo de grado y acción correlacionada. Personas lentas y agitadas pueden tener más en común en sus funciones biológicas con personas en estado de elación o excitación, que con enfermos con síndromes depresivos.

En 1959, Everett y Tomar postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina [5-Hydroxytryptamina] desempeñaban un papel importante en relación con la depresión. Estudios posteriores de Burney y Davis, 1965; Schickrauf 1965; Matusek 1966 y otros, han reforzado esta teoría.

Básicamente, la investigación del metabolismo de las aminas biogénicas en enfermos deprimidos se ha orientado a las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) y a la serotonina.

Partiendo del hecho de que los pacientes con enfermedad de Addison o síndrome de Cushing, pueden presentar trastornos afectivos que simulan la

depresión o la manía, y de que enfermos deprimidos presentan aumento de la excreción de esteroides, ya sea por su medida en la orina o por producción de hidrocortisona, se ha despertado el interés en estos estudios. Sin embargo, en la actualidad se considera que este aumento es más bien un factor fisiológico concomitante del síndrome depresivo que un factor etiológico del mismo. Existen, no obstante, algunos reportes de que la administración simultánea de esteroides con antidepresivos tricíclicos puede ayudar a acelerar y potencializar los efectos antidepresores de estos medicamentos (Gibbons, J.L. 1974).

Estudios iniciales con técnicas radioisotópicas sensibles para evaluar el metabolismo del sodio, han demostrado que la cantidad del mismo permutable es mayor en enfermos deprimidos y que disminuye después de su restablecimiento. Estudios posteriores sugieren la posibilidad de que este aumento del sodio permutable tenga lugar primordialmente dentro de los depósitos de sodio intracelular; sin embargo, todos estos estudios ameritan una comprobación posterior.

De todas las hipótesis anteriores, la de las catecolaminas es la que se considera más factible.

3.2.7 ASPECTOS CLINICOS

Los trastornos afectivos se agrupan en dos formas principales: la depresión y la manía.

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

TRASTORNOS AFFECTIVOS.

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Actividades deportivas, artísticas o culturales que previamente le eran gratas, empiezan a ser subestimadas, procura hacer el menor esfuerzo y con frecuencia permanece encerrado en su casa con disminución absoluta de sus intereses vitales. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son efectivas.

Al referirse a la tristeza el paciente utiliza frecuentemente otros adjetivos como: desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, inútil o culpable; es preciso en estos casos tratar de averiguar cuál es el estado anímico real del enfermo.

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas, y aun retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales como un chiste o un evento favorable. Conforme se va acentuando el cuadro se presenta cierto ritmo en el día, con tendencia a incrementarse en las mañanas y a disminuir en la tarde. La influencia positiva sobre el estado de ánimo del paciente por parte de familiares y amigos, se hace cada día más difícil, a pesar de sus esfuerzos por lograrlo, y finalmente cae en un estado de tristeza profunda que es calificado por el enfermo como "insoportable" y "dolorosa".

La tristeza puede ir acompañada de llanto, situación que se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre. En algunas ocasiones los enfermos se quejan de que sienten deseos de llorar, pero que no pueden hacerlo, hecho que con frecuencia aumenta las molestias del cuadro depresivo, al grado de que no es raro que cuando pueden hacerlo manifiestan alivio por "haberse podido desahogar". Por lo contrario, a veces basta con hacer la pregunta respectiva para que las lágrimas aparezcan.

A veces la tristeza no es percibida como tal en sus inicios, sino que el enfermo manifiesta que ha perdido el sentido de humor, y cuando asiste a reuniones se retrae, no participa, y se retira con el menor pretexto en la primera oportunidad. Conforme avanza la depresión el paciente no sólo pierde todo interés por los eventos sociales, sino que también se niega categóricamente a concurrir, fiestas, espectáculos deportivos, cine y teatro le son ahora indiferentes.

Quizá más frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le cuesta mucho trabajo tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad. Con frecuencia se muestra desinteresado, aburrido y sin capacidad para concebir

ideas. La inseguridad determina que se vea indeciso, vacilante y dudoso. El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal. Es importante considerar esta actitud negativa, sobre todo cuando el enfermo se niega a cooperar con el tratamiento por creer que su mal no tiene remedio, que nadie puede ayudarlo y que no vale la pena luchar.

Otro síntoma frecuente es el miedo, que a veces se presenta en forma no precisa; el paciente siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a todo o nada en especial. El miedo puede presentarse ante el enfrentamiento a determinadas circunstancias, como el asistir al trabajo. Este síntoma limita en forma considerable sus actividades.

La ansiedad puede presentarse en grado variable: con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día. Es preciso identificarla claramente desde el punto de vista clínico, ya que el enfermo y a veces el médico suelen confundir este síntoma con los del cuadro depresivo.

Finalmente la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta, es el estado depresivo que se está manifestando por hostilidad.

TRASTORNOS INTELECTUALES

Las funciones intelectuales no son las más afectadas en el cuadro clínico de depresión; sin embargo, pueden presentarse síntomas es frecuente que la sensoropercepción se encuentre disminuida. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria. En realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados. La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta en el deprimido como un síntoma de inhibición, lo

que inevitablemente repercute sobre la memoria, dado que la fijación de los recuerdos se hace en forma superficial o en ocasiones no se hace.

Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico: las ideas de indignidad a veces se acompañan de sentimientos verdaderos de culpa, apoyados en una falta real, pero trivial.

El paciente tiene una sensación de incapacidad que le impide ejecutar acciones que produzcan satisfacción personal y que acaben con el sufrimiento.

El pensamiento obsesivo contribuye a torturar más al enfermo: ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia; trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan, pero su lucha es inútil.

TRASTORNOS CONDUCTUALES

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar al enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen. El paciente deprimido con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. La dificultad es aun mayor cuando se trata de influir, de dirigir o guiar a otros. La autoridad, la capacidad de mando y de estimulación se embotan.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento.

Durante los últimos años se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar

dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar su angustia.

Con frecuencia, el aspecto de las personas delata a éstas como depresivas. Su rostro triste, insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada son claros indicios de este estado. A medida que la depresión se hace más profunda, tiene lugar una pérdida progresiva del interés por el aspecto y el cuidado de la persona.

Un retardo psicomotor es un síntoma que se asocia a menudo con la depresión. Implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. Como contraste, un paciente puede manifestar un estado de agitación (en vez del estado de retardo) y mostrar una inquietud extrema, tanto física como psicológica; este tipo de conducta se da con frecuencia entre pacientes afectados de depresión involutiva

TRASTORNOS SOMÁTICOS

Constituye el motivo de consulta del paciente, quien subestimando su problema emocional, no lo manifiesta espontáneamente al médico. A este cuadro se le llama "depresión enmascarada" y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el médico, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar su salud.

Se ha comprobado que los síntomas somáticos tienden a agruparse, asociándose varios de ellos en un mismo paciente. Entre estos síntomas pueden enumerarse los siguientes:

Perturbaciones en el sueño. Son éstas un problema generalizado, y pueden ser tan intensos como diferentes. Los pacientes depresivos se quejan de la dificultad de dormirse, de frecuente desasosiego, de despertarse durante la noche o a horas tempranas de la madrugada, de la imposibilidad de volver a conciliar el sueño, de pesadillas. Experimentan con frecuencia falta de descanso al despertar por la mañana: se sienten como si el dormir no les hubiera aprovechado o como si el sueño hubiera sido muy ligero. Otros duermen en demasía cuando se hallan deprimidos.

Anorexia. Síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, pero que puede ser la única molestia que aqueja al paciente. En otras ocasiones el enfermo puede reaccionar paradójicamente, expresando un deseo compulsivo de comer, con el correspondiente aumento de peso.

Pérdida de la libido. La pérdida de la libido es común en los enfermos depresivos. Abarca desde una disminución del interés espontáneo de la actividad sexual hasta una marcada obsesión contra el sexo.

Dolores y males. Los enfermos depresivos se quejan de síntomas físicos que afectan a todos los sistemas de organismo: sequedad de boca, dolores y males, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir. En ocasiones, una de estas quejas puede manifestarse como síntoma dominante.

Aparato digestivo. Con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo: la dispepsia, aerofagia, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como "colon irritable", son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Alteraciones cardíacas. Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardioráquicas, etc., son trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo.

Alteraciones menstruales. Las mujeres depresivas manifiestan con frecuencia cambios en su ciclo menstrual. El problema más frecuente es la prolongación del ciclo usual con un flujo más ligero. En algún caso, la menstruación puede cesar completamente durante un periodo de varios meses.

Rasgos de ansiedad. Aunque sea la tristeza la perturbación central del estado de ánimo, muchos pacientes depresivos ofrecen también rasgos de ansiedad y otros estados neuróticos. Pueden quejarse de tensión, indecisión, temores vagos o específicos y multitud de preocupaciones. Pueden además sufrir de temblor y los accesos de sudoración comúnmente asociados a los estados de ansiedad.

PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO.

El comienzo del cuadro depresivo puede ser súbito y estar aparentemente relacionado con algún problema serio de tipo económico, familiar, laboral o sentimental. a este tipo de cuadros depresivos se les llama reactivos. En ocasiones el principio del cuadro es insidioso, sin motivo aparente que lo justifique; el mismo paciente se sorprende de sentirse triste al considerar que, por el contrario, todo ocurre para estar feliz; a este cuadro se le llama depresión endógena.

En algunos casos el inicio del cuadro no puede precisarse, ya que el enfermo no fija la atención en su estado emocional sino en sus molestias físicas, que con frecuencia ya han venido originando problemas por años.

3.2.8 DEPRESIÓN Y SUICIDIO

Aunque muchos son los factores que contribuyen al desarrollo de pensamientos o de intentos suicidas, es evidente que la depresión desempeña una función central en este problema. Las ideas de culpabilidad y desesperación presentes en el depresivo pueden conducirle a creer que merece la muerte (autocastigo) o a ver un futuro tan negro que sea mejor morir antes de vivir en el estado actual (huida) (Mendels, 1982).

Es sabido que las mujeres son más proclives a los intentos suicidas que los hombres (igualmente la depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres) (Mendels, 1982).

3.2.9. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

El tratamiento psicológico que en todos los casos requiere el enfermo, comprende el psicoanálisis, la psicoterapia médica y la relación médico-paciente. (Claderón, 1985). La relación médico-paciente puede ser el mejor tratamiento que reciba el enfermo. Gracias a ella recupera su deseo de luchar, su interés por la vida y puede esperar el tiempo necesario para que la farmacoterapia actúe en una forma efectiva.

La depresión es a menudo una enfermedad que tiene sus propios límites, no resulta fácil con frecuencia comprobar las estadísticas sobre el grado de éxito de las diversas formas de tratamiento.

Algunos pacientes depresivos responden bien a la terapia del electrochoque y apenas reaccionan con psicoterapia (Mendels, 1967).

El hospitalizar a los pacientes depresivos depende de varios factores que incluyen el peligro de suicidio, la relación de carácter patológico con los miembros de la familia, la necesidad de la electrochoqueoterapia y las dificultades que superponen el establecer una relación terapéutica.

Aun siendo la enfermedad muy grave y no existiendo tampoco un peligro importante de suicidio, la hospitalización puede ser provechosa si se ha establecido una relación de dependencia, ambivalente y hostil entre el paciente y su familia.

Para la psicoterapia, la psicodinámica de los pacientes depresivos aun incluso entre terapeutas consideran la depresión como un trastorno básicamente de carácter psicológico procedente de una resolución inadecuada de los conflictos que tuvieron lugar en estadios cruciales del desarrollo.

Los terapeutas conductistas que opinan de la depresión en términos de teoría de aprendizaje basarán en estos principios un enfoque psicoterapéutico.

La psicoterapia basada en la teoría psicodinámica persigue como objetivo la solución de los episodios periódicos y conseguir un cambio en los conflictos de la personalidad subyacente, que es la que proporciona la base para la aparición de la enfermedad. Los principios básicos generales de la psicoterapia se aplican al tratamiento de la depresión.

TRATAMIENTO MÉDICO.

Los antidepresivos han reducido probablemente el empleo de la electrochoquetoterapia, han hecho posible la mejoría de pacientes crónicamente enfermos y resistentes a cualquier otro tratamiento, han reducido la necesidad y el tiempo de hospitalización y han mejorado la capacidad de reacción de los pacientes a la psicoterapia.

Los medicamentos antidepresivos se han dividido en tres grandes grupos: los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOI). Al tercer grupo, constituido por los estimulantes directos, se le concede muy escasa consideración en la terapéutica contemporánea.

3.3 RELACIÓN ENTRE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD Y LOS ESTADOS DEPRESIVOS.

La cuestión de las relaciones entre la ansiedad y la depresión está lejos de ser un problema únicamente ya que tiene unas dimensiones pronósticas y terapéuticas que sobrepasan el nivel teórico y especulativo. Por otra parte, la elevada y estable frecuencia de ambos fenómenos (alrededor del 12.5%, según Murphy y cols.) y su asociación frecuente con otros trastornos (Barlow y cols., 1986) hace de esta cuestión un problema de primer orden para el clínico.

En ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que no es raro en la práctica observar depresiones con gran carga de ansiedad o cuadros de angustia acompañados con sintomatología depresiva (Hamilton, 1960, 1983; Spitzer y cols., 1967; Marks y Lader, 1973). Las dificultades para perfilar adecuadamente la cuestión son múltiples, especialmente si consideramos que tanto la ansiedad como la depresión están lejos de constituir entidades clínicas homogéneas.

El solapamiento de síntomas es frecuente en la clínica, por lo que el humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos. Concretamente, según Hamilton (1983), 95% de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad, y el 85% aquejan síntomas somáticos. Por el contrario, el 80% de ansiosos refieren humor depresivo. Desde otra perspectiva, Kendell (1974) estudió la posibilidad del diagnóstico en 2000 pacientes y observó un cambio del diagnóstico de ansiedad hacia el trastorno depresivo en 24% de casos, en tanto que la

dirección opuesta al desplazamiento diagnóstico, sólo ocurrió en un 2% de los pacientes.

La dificultad de separar la ansiedad y la depresión bien ilustrada por el estudio de Woodruff y cols. (1972), en el que la mitad de los sujetos con neurosis de ansiedad se diagnosticaron de trastornos afectivos secundarios, distinguiéndose las depresiones primarias sólo por las neurosis de angustia preexistente, no por diferencias de síndromes depresivos.

3.4. RELACIÓN DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y MIGRAÑA

La relación entre los trastornos psicológicos y los trastornos somáticos es muy amplia. La prueba de esta relación es la prueba de observación frecuente en todas las ramas de la medicina, primero integrada con el término de medicina psicosomática, después con el de alteraciones psicofisiológicas, y finalmente la interrelación entre factores psíquicos y trastornos somáticos con o sin alteración tisular. En muchos de estos cuadros se puede identificar una depresión como factor determinante o desencadenante del cuadro; en otros esta relación no es tan directa y el problema es causado principalmente por factores psicopatológicos diferentes.

La posibilidad de diagnosticar en estos enfermos un síndrome depresivo, es de trascendental importancia ya que su tratamiento es sencillo y puede obtenerse resultados terapéuticos muy satisfactorios en un tiempo relativamente breve de problemas médicos que generalmente tienen larga evolución o tienden a repetirse, y en los cuales la medicación ansiolítica mejora, pero no cura el padecimiento.

Uno de los síntomas que con mayor frecuencia se presenta en la clínica es la **cefalea**. Los enfermos que la padecen crónicamente, recurren primero al médico familiar o al internista quienes, al no encontrar patología orgánica que justifique el síntoma, los remiten al neurólogo y éste, a su vez, al psiquiatra (Calderón, 1985).

Ante la influencia de factores psicológicos diversos, se presentan varios tipos de cefaleas, entre las que destacan la vascular o migraña y la tensional.

La migraña con o sin aura es asociada con depresión, enfermedades afectivas bipolares, episodios maníacos y todos los desórdenes de ansiedad.

Otros investigadores aseguran que existe una relación entre la migraña y los desórdenes afectivos, en las investigaciones que se llevaron a cabo, los desórdenes psiquiátricos fueron diagnosticados de acuerdo al criterio del DSM-III, y se encontró que depresión mayor, episodios maníacos y desórdenes bipolares fueron más comunes en personas con migraña, que en aquellas que no tenían migraña.

La relación de migraña con depresión mayor es comúnmente caracterizado por desórdenes de ansiedad coexistentes. En un estudio en Detroit, el 88% de personas con historia de migraña y depresión mayor también reportaron una historia de por lo menos una historia de un desorden de ansiedad. En Zurich un estudio reportó una observación similar. Sobre las bases de los reportes retrospectivos reunieron en ambos estudios, los patrones predominantes de la triada de desórdenes involucrando el comienzo de ansiedad antes del comienzo de migraña y el comienzo de depresión mayor siguiendo el comienzo de migraña (Angst J., et al., 1990; y Andresk, P., et al., 1991).

La coexistencia de depresión y ansiedad en personas con migraña no es única, como asociaciones entre depresión mayor y desórdenes de ansiedad específicos, incluyendo desórdenes de pánico, desórdenes obsesivo-compulsivo, desórdenes de ansiedad generalizados y fobias han sido documentados en muestras psiquiátricas y epidemiológicas (Breier, A., 1984; Breslau, N., 1985; Leckman J. F., 1984). La coexistencia de desórdenes de ansiedad en personas con migraña y depresión mayor pueden tener importantes implicaciones clínicas.

Aunque la asociación entre migraña y desórdenes afectivos ha sido observada en estudios clínicos y epidemiológicos, poco es conocido sobre los mecanismos que los unen o la historia natural de su co-ocurrencia. Dos explicaciones alternativas podrían informar de la asociación: (1) la migraña puede causar depresión mayor, o viceversa, puede ser causada por esta. De este modo, por ejemplo, la depresión en personas con migraña ha sido sugerida como una causa de la reacción psicológica al recurrente e incapacitante ataque de dolor de cabeza; o (2) migraña y depresión mayor podría partir de cualquiera de los factores etiológicos: genéticos o ambientales (Boeden, et al., 1994).

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La cefalea es la causa de consulta neurológica más frecuente, como síntoma se encuentra dentro de las 10 primeras causas (Donaldson 1980) de atención en cualquier medio hospitalario. El 90% de los casos de consulta neurológica padecen cefalea vascular o tensional o bien la combinación de ambas (Friedman 1990). Generalmente a este tipo de pacientes se les da tratamiento farmacológico, desapareciendo así la sintomatología; se ha encontrado una clara asociación entre la depresión y ansiedad con la migraña; por lo que varios estudios, sugieren que un tratamiento no farmacológico para sufridores de dolor de cabeza es acompañado con la reducción de ansiedad, depresión y somatización. De aquí la importancia de observar la relación de la depresión y ansiedad con la migraña, la manera de interactuar de estas variables y observar si a través de un tratamiento farmacológico la disminución de los síntomas conlleva a una reducción de los niveles de ansiedad y depresión, así como a una mejora en el estado general de salud de los pacientes, es decir en las relaciones interpersonales, conducta, síntomas somáticos, disturbios del sueño. Y corroborar que existen factores psicológicos que intervienen en la migraña, para así, poder brindar una atención multidisciplinaria a este tipo de pacientes.

Las investigaciones encontrados se han realizado en el extranjero por lo que es importante la realización de investigaciones con población mexicana, para poder corroborar los resultados de dichas investigaciones y poder explorar esta área en nuestro País.

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- La migraña se encuentra relacionada con un nivel de ansiedad y depresión elevados. Como se sabe la sintomatología de la migraña puede llevar a estos estados de depresión y ansiedad, por lo que se puede pensar que desapareciendo la sintomatología de la migraña, por medio de un tratamiento farmacológico, disminuirá también el nivel de ansiedad y depresión.
- La sintomatología migrañosa puede llegar a afectar el estado general de salud de la paciente, provocando desórdenes en el sueño, relaciones interpersonales, síntomas somáticos y en su conducta.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

- Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento.
- Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el estado general de salud de las pacientes, es decir, conducta, relaciones interpersonales, síntomas somáticos, disturbios del sueño y la sintomatología migrañosa.

- **Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento.

- **Hi:** Existen diferencias estadísticamente significativas en el estado general de salud de la paciente: conducta, relaciones interpersonales, síntomas somáticos, disturbios del sueño y la sintomatología migrañosa.

VARIABLES

VI. Tratamiento farmacológico. Instrumentos aplicados: Escala de automejoría de la depresión (Zung), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y Cuestionario General de Salud.

VD. Sintomatología migrañosa, niveles de depresión, ansiedad, relaciones interpersonales, conducta, síntomas somáticos, disturbios del sueño; obtenidos en los instrumentos aplicados.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

DEPRESIÓN: Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. (Dorsh, Friedrich; 1976)

ANSIEDAD. Corrientemente, se emplea en el sentido de desasociado en espera de algo, generalmente asociado a miedo. En psicología se usa muchas veces como sinónimo de angustia. La angustia se define como el sentimiento vital asociado a tensiones psíquicas, o desesperación, que presenta la característica de pérdida de la capacidad de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad. Se considera también la angustia como un sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte de un modo agudo y brusco (emparentado con el sujeto) y en parte en una forma lenta, continuada y atormentadora. Se dice que a veces en el sentido de miedo, pero en este es bien conocida la causa del sentimiento, que tiene una explicación racional. La ansiedad sirve como señal de un peligro potencial e implica la acción de prevenir o enfrentar una situación. (Howard C. Warren, 1984, Mexico).

CONDUCTA: Resultado de los procesos mentales que se manifiestan fuera, es decir, las acciones. (Dorsh, Friedrich; 1976)

RELACIONES INTERPERSONALES: Denominación de las relaciones interhumanas que se crean en actividades laborales, comerciales, familiares, etc. (Dorsh, Friedrich; 1976)

SÍNTOMA SOMÁTICO: Signo, característica manifestación del cuerpo en base de la cual se infiere una conclusión. (Dorsh, Friedrich; 1976)

DISTURBIOS DEL SUEÑO: Alteración de la renuncia consentida o sufrida a la actividad vigilante en orden a obtener un resultado manifiesto de restauración. (Dorsh, Friedrich; 1976)

SINTOMATOLOGÍA MIGRAÑOSA: La cabeza es sin duda el lugar donde radica la sintomatología más común de la migraña, pero no constituye el único. Todo un conjunto de síndromes es generalmente reconocido como el síndrome de la migraña. Síntomas como náusea, vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal y también circunstancias emocionales tales como cambios del talante, etc., forman parte del complejo de la migraña.

Los trastornos del talante que anteceden a algunas migrañas son: El paciente a menudo presenta depresión intensa, es muy poco sociable y se encuentra irritable e irascible, no puede tomar decisiones y rechaza toda responsabilidad. Es impulsivo, hostil y muy destructivo. (Blanchard, et al, 1991)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Conjunto de medios a base de fármacos, empleados para la curación de una enfermedad.

IDARE: Instrumento constituido por escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado (Spielberger 1964).

ZUNG: Escala de automedicación de la depresión (Zung, 1965).

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD: Instrumento que se utiliza para detectar posibles desórdenes psiquiátricos y desórdenes del comportamiento: relaciones interpersonales, conducta, síntomas somáticos, depresión, ansiedad, disturbios del sueño.(Goldberg, 1965).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

DEPRESIÓN: Puntaje obtenido en las pruebas: Escala de Automedición de la Depresión y Cuestionario General de Salud.

ANSIEDAD: Puntaje obtenido en las pruebas: Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado y el Cuestionario General de Salud.

SINTOMAS SOMÁTICOS: Puntaje obtenido en el cuestionario General de Salud.

DISTURBIOS DEL SUEÑO: Puntaje obtenido en el Cuestionario General de Salud.

RELACIONES INTERPERSONALES: Puntaje obtenido en el Cuestionario General de Salud.

CONDUCTA: Puntaje obtenido en el Cuestionario General de Salud.

SINTOMATOLOGÍA MIGRAÑOSA: Todas aquellas molestias como dolor de cabeza, mal humor, punsadas en las sienes, baja tolerancia a la luz y al ruido, tendencia a aislarse y vomito, etc., que refieran tener las pacientes en el momento del dolor de cabeza.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Medicamentos que dará el neurólogo a la paciente para el control de la migraña.

IDARE: Puntaje obtenido de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado.

ZUNG: Puntaje obtenido en este instrumento de depresión.

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD: Puntajes obtenidos en cada una de las escalas: relaciones interpersonales, disturbios del sueño, síntomas somáticos, conducta, ansiedad, depresión.

SUJETOS

30 mujeres con diagnóstico de migraña, que sean pacientes del Instituto Nacional de Perinatología y que no padezcan otra patología neurológica de base.

MUESTREO

Es un muestreo no aleatorio, de tipo intencional, ya que los participantes deben de contar con las características específicas que requiere la investigación: que padezcan migraña, en cualquiera de sus manifestaciones y que acudan en busca de atención al Instituto Nacional de Perinatología.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo exploratorio, cuasi-experimental, descriptivo, ex-post-facto, de campo.

DISEÑO

El diseño utilizado es pretest-postest ya que es un solo grupo y se pretende observar si hay cambios significativos de una primera aplicación (línea base) y en una segunda aplicación que se realizará tres meses después.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para medir el nivel de ansiedad y depresión son el Idare, Zung y el Cuestionario General de Salud; con este último se midió también el estado general de salud, es decir, relaciones interpersonales, disturbios del sueño, conducta, síntomas somático

ZUNG.

La escala de automedición de la Depresión de Zung (EAMD), fué elaborada y usada por William Zung en 1965. Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. Comprende 10 reactivos positivos y 10 reactivos negativos; en cada uno de los reactivos existen cuatro posibilidades de respuesta y estos son contestados inmediatamente ante la lectura de la pregunta de la pregunta. Se considera existente un cuadro depresivo, cuando la puntuación en bruto es igual o mayor a 44 puntos.

La prueba fué normatizada en la población del Instituto Nacional de Perinatología en 1993 por: Guillermo Gonzalez Campillo, Francisco Morales Carmona.

IDARE

Fue desarrollado en 1964 por Spielberger y Gorsuch. La traducción al español es de Díaz Guerrero. Es un instrumento que ha probado ser efectivo con adolescentes y adultos normales, así como en poblaciones de pacientes (Morales, 1990).

Este inventario, versión en español de STAI (State Trait Anxiety Inventory) esta constituido por escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada Ansiedad- Rasgo y 2) La llamada Ansiedad- Estado.

La escala A, Rasgo consiste de 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto describir como se siente generalmente. La escala A, Estado también consiste de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

El Cuestionario General de Salud (CGS), fue elaborado y usado por Goldberg en 1965. La versión original consta de 60 preguntas; de la cual se deriva una versión corta de 30 preguntas y 6 escalas. Las escalas son:

A= Síntomas Somáticos.

B= Disturbios del sueño.

C= Relaciones Interpersonales.

D= Comportamiento observado.

E= Ansiedad.

F= Depresión severa.

Cada escala comprende 5 preguntas, que en investigaciones previas, obtuvieron los mayores pesos para cada factor.

Es un instrumento que ha probado ser efectivo para detectar posibles desórdenes psiquiátricos y desórdenes del comportamiento. Para cada pregunta se le pide al paciente que compare su estado actual con su estado habitual; y una pregunta se toma en cuenta si el paciente dice haber experimentado la sensación más de lo normal.

PROCEDIMIENTO

Las aplicaciones de los instrumentos se realizaron en un horario de 8 a 14 horas en las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología. Los pacientes acudieron en base a una cita que se les otorga para valoración neurológica, una vez dado el diagnóstico de migraña se les aplicó los instrumentos (Idare, Zung y Cuestionario General de Salud). Después de haber iniciado su tratamiento, la segunda aplicación fue 3 meses después, o una vez que el padecimiento estuviera controlado, cuando la sintomatología hubiera desaparecido o disminuido.

El diagnóstico de migraña se realizó en base a la Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain; editado por la Headache Classification Committee of the International Headache Society, Vol 8, 5-7, 1985.

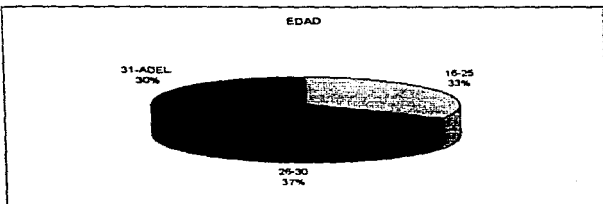
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico que se empleó fue la prueba t de student para ver si existían cambios significativos entre la primera aplicación y la segunda en las tres pruebas aplicadas.

ANÁLISIS DE RESULTADOS**ANÁLISIS DESCRIPTIVO****DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

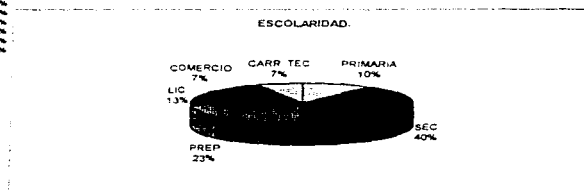
Se trata de una muestra de 30 pacientes medidas en dos momentos diferentes; la media de edad es de 30 años, en donde el 33% de la muestra se encuentra de los 16 a los 25 años, el 37% de los 26 a los 30 y el 30% restante de los 31 en adelante.

EDAD	
16-25	33%
26-30	37%
31-ADEL	30%



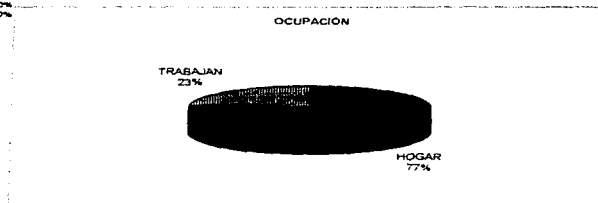
En cuanto a escolaridad el 10% solo tiene la primaria, el 40% cuenta con la secundaria, 23% con preparatoria, el 13.33% con Licenciatura, el 6.7% estudió comercio y el 6.7% restante realizó una carrera técnica.

ESCOLAR	
PRIMARIA	10%
SEC	40%
PREP	23%
LIC	13.33%
COMERCIO	6.70%
CARR TEC	6.70%



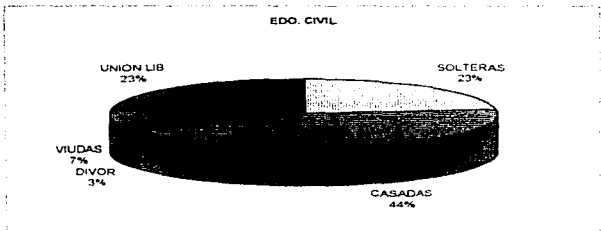
En la ocupación de las pacientes se encontró que el 76.7% se dedican al hogar y el 23.4% restante trabajan.

OCUPACION	
HOJAR	76.70%
TRABAJAN	23.40%



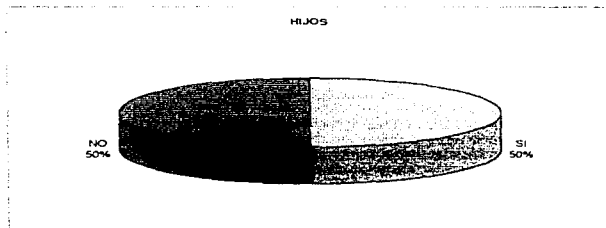
En cuanto a el estado civil de las pacientes el 23.3% son solteras, el 43.33% son casadas, el 3.3% divorciadas, el 6.7% viudas y el 23.3% restante viven en unión libre.

EDO CIVIL	
SOLTERAS	23%
CASADAS	43.33%
DIVOR.	3.30%
VIUDAS	6.70%
UNION LIB.	23.30%



El 50% de la muestra tiene hijos y el otro 50% no tiene hijos.

HIJOS	
SI	50%
NO	50%



Haciendo una relación de medias entre la primera y la segunda aplicación, en cuanto a cada uno de los instrumentos que se manejan en el trabajo los resultados son los siguientes:

Instrum.	1°. Aplicación	2°. Aplicación
ZUNG	43.233 (Std dev. 6.922)	39.267 (Std dev. 7.961)
IDARE-E	42.700 (Std dev 11.585)	37.333 (std dev 9.308)
IDARE-R	48.000 (Std dev 10.599)	43.867 (Std dev 10.224)
CGS-C3	9.733 (Std dev 5.252)	3.100 (Std dev 4.436)
CGS-C4	1.700 (Std dev 2.480)	1.133 (Std dev 2.649)
CGS	11.433 (Std dev 5.829)	-4.233 (Std dev 6.044)
CGS-A	14.600 (Std dev 3.500)	9.800 (Std dev 3.845)
CGS-B	8.933 (Std dev 3.463)	7.867 (Std dev 4.108)
CGS-C	8.033 (Std dev 1.752)	7.200 (Std dev 2.058)
CGS-D	9.800 (Std dev 2.140)	6.767 (Std dev 2.029)
CGS-E	11.100 (Std dev 3.078)	8.567 (Std dev 3.059)
CGS-F	12.800 (Std dev 3.845)	10.500 (Std dev 3.511)

En donde CGS-A: Síntomas somáticos; CGS-B: Disturbios del sueño; CGS-C: Relaciones interpersonales; CGS-D: Conducta observada; CGS-E: Ansiedad; CGS-F: Depresión severa.

ANÁLISIS INFERENCIAL

Como se planteó al principio del presente trabajo para el análisis de resultados se utilizó la prueba t de Student para dos muestras relacionadas; ya que es una sola muestra medida en dos momentos diferentes (antes y después del tratamiento); los resultados obtenidos fueron interpretados con un nivel de significancia de .05 .

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA T DE STUDENT.

Se observa una clara mejoría en cada uno de los instrumentos aplicados; en cuanto al CGS, se llevo a cabo la aplicación de la prueba t por separado en las columnas 3 y 4. CGS Total, así como en cada una de las escalas; obteniendo en cada una de ellas, mejoría significativa; excepto en la Escala B (Disturbios del sueño).

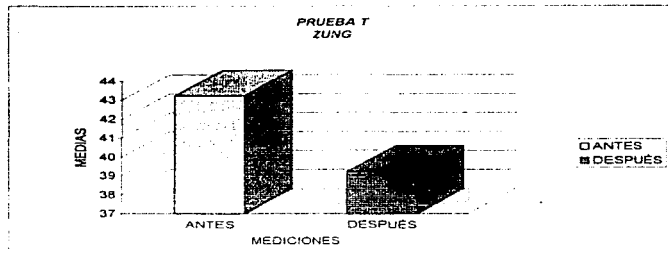
A continuación se presentan una serie de gráficas que muestran los resultados de la prueba t, con su respectiva explicación.

ZUNG se observa que si hay diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas del Zung antes del tratamiento farmacológico y las respuestas del Zung después del mismo tratamiento. La medida antes del tratamiento fue de 43.23 (DS= 6.92) y la media después fue de 39.26 (DS= 7.26). Se obtuvo una $t(29) = 3.10$, con una $p = .004$

ANTES
DESPUES

43.29
39.28

164

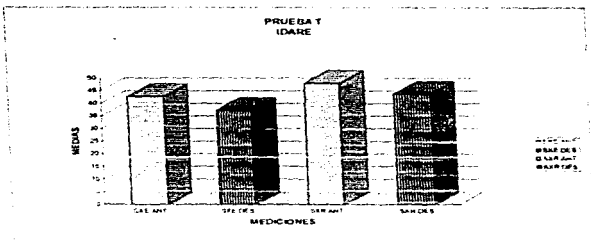


IDARE se observa una clara mejoría antes y después del tratamiento.

En Ansiedad Estado se observa que si hay diferencias estadísticamente significativas ya que en la 1ª. Aplicación la media fue de 42.70 (SD= 11.58) y la media en la 2ª. Aplicación fue de 37.33 (SD= 9.30). Se obtuvo una $t(29)=2.95$, con una $p=.006$.

En Ansiedad Rasgo también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ya que en la aplicación antes del tratamiento la media es de 48 (DS=10.59) y la media después fue de 43.86 (DS= 10.22). Se obtuvo una $t(29)=2.65$, con una $p=.013$.

	IGARE	42.7
SGE ANT		37.33
SGE DES		48
SGR ANT		48
SGR DES		43.98

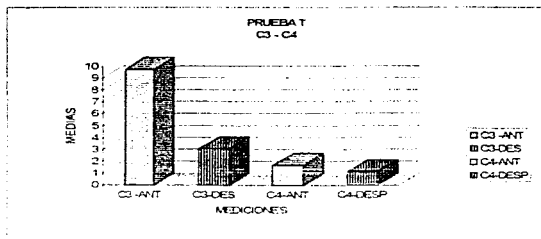


Esta prueba (t de Student) en el Cuestionario General de Salud (CGS), se llevó a cabo aplicándola por separado en la columna 3, columna 4, CGS Total; así como en cada una de las escalas, con la finalidad de darnos cuenta si hay diferencias estadísticamente significativas en cada una de estas medidas.

CGS-C3 se encontraron diferencias estadísticamente significativas ya que la media antes del tratamiento fue de 9.73 (DS= 5.25) y la media después del tratamiento fue de 3.10 (DS=4.43). Se obtuvo una $t(29) = 6.12$, con una $p = .000$

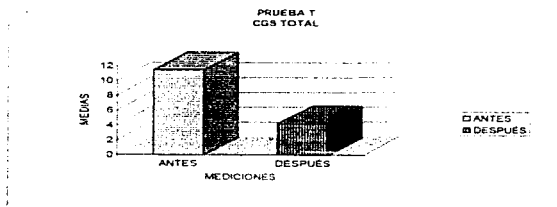
CGS-C4 no hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media antes del tratamiento fue de 1.70 (DS= 2.48) y la media después del tratamiento fue de 1.13 (DS= 2.64). Se obtuvo una $t(29) = .91$, con una $p = .37$

C3 - C4	
C3-ANT	8,73
C3-DES	3,1
C4-ANT	1,7
C4-DESP	1,13



CGS Total si se encontraron diferencias estadísticamente significativas ya que la media antes del tratamiento fue de 11.43 (SD= 5.83) y la media después del tratamiento fue de 4.23 (SD= 6.04). Se obtuvo una $t(29) = 5.05$ con una $p = .000$

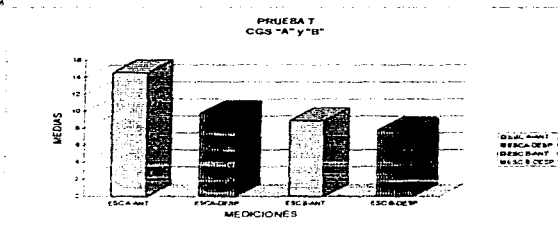
CGS TOTAL	
ANTES	11,43
DESPUES	4,23



CGS Escala A (Síntomas somáticos) se observó que si hay diferencias estadísticamente significativas ya que en la aplicación antes del tratamiento se obtuvo una media de 14.60 (SD= 3.50) y la media después del tratamiento fue de 9.80 (SD= 3.84). Se obtuvo una $t(29)=4.53$, con una $p= .000$

CGS Escala B (Disturbios del sueño). No hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media de la primera aplicación fue de 8.93 (SD=3.46) y la media en la segunda aplicación fue de 7.86 (SD=4.10). Se obtuvo una $t(29)=1.26$, con una $p= .21$

CGS A-B	
ESC A-ANT	14.6
ESC A-DESP	9.8
ESC B-ANT	8.93
ESC B-DESP	7.86

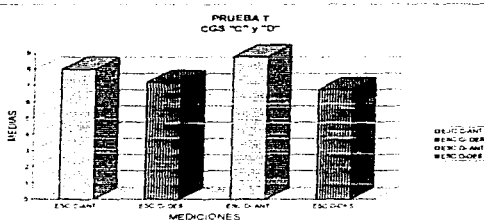


CGS Escala C (Relaciones interpersonales). Si hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media en la primera aplicación fue de 8.03 (SD= 1.75) y la media en la segunda aplicación fue de 7.20 (SD= 2.05). Se obtuvo una $t(29)= 2.65$, con una $p= .013$

CGS Escala D (Conducta observada). Si hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media antes del tratamiento fue de 8.80 (SD= 2.14), y la media después del tratamiento fue de 6.76 (SD= 2.02). Se obtuvo una $t(29)= 5.09$, con una $p= .000$

CGS "C" y "D"

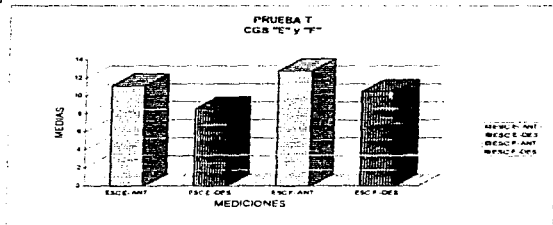
ESC C ANT	8.21
ESC C DES	7.2
ESC D ANT	8.8
ESC D DES	6.76



CGS Escala E (Ansiedad). Si hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media de la primera aplicación fue de 11.10 (SD=3.07) y la media de la segunda aplicación fue de 8.56 (SD= 3.06). Se obtuvo una $t(29)= 4.69$, con una $p= .000$

CGS Escala F (Depresión). Si hay diferencias estadísticamente significativas ya que la media de la primera aplicación fue de 12.80 (SD= 3.84) y la media de la segunda aplicación fue de 10.50 (SD= 3.51). Se obtuvo una $t(29)=3.05$, con una $p=.005$

CGS "E" y "F"	
ESC E-ANT	11.7
ESC E-DES	8.56
ESC F-ANT	12.8
ESC F-DES	10.5



DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito medir el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con migraña antes y después de un tratamiento farmacológico, así como observar los cambios que se pudieran presentar en su estado general de salud.

Los resultados descritos con anterioridad identifican una serie de condiciones psicológicas que presentaron las mujeres estudiadas en esta investigación.

Se comprobaron parcialmente las hipótesis alternas, así como las hipótesis de trabajo, y se observa claramente la relación existente entre la migraña y dos condiciones psicológicas como lo son la ansiedad y la depresión.

Noemi Breslau, et al. (1994) menciona que algunos estudios han reportado la relación existente entre la fenomenología de la migraña y desórdenes psiquiátricos destacando la depresión y la ansiedad.

Recientes estudios epidemiológicos han encontrado evidencias de una relación entre la migraña y desórdenes de ansiedad (Lipton, et al. 1994). En estos reportes se muestran dos estudios epidemiológicos longitudinales sobre la asociación entre la migraña y los desórdenes afectivos: Uno en Zurich, Switzerland, y otro en Detroit (Michigan) área metropolitana. Ambos estudios estimaron la asociación entre migraña y un amplio rango de desórdenes psiquiátricos en una muestra de adultos jóvenes.

La relación de migraña con depresión mayor es comunmente caracterizada por la coexistencia de desórdenes de ansiedad. En el estudio

en Detroit, 88% de personas con una historia de migraña y depresión mayor también reportan una historia menor de algunos desórdenes de ansiedad. El estudio en Zurich reportó observaciones similares. En ambos estudios se observa la relación entre los tres factores (ansiedad, depresión y migraña).

La coexistencia de desórdenes de ansiedad en personas con migraña y depresión, podrían tener implicaciones clínicas importantes.

Se observó la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y la sintomatología migrañosa de las pacientes; ya que al disminuir dicha sintomatología se reportan niveles más bajos de ansiedad y depresión.

Este hallazgo es importante Smits, et al.(1993), menciona que la migraña es exacerbada por la ansiedad y la depresión.

Lipton.M. D (1994) menciona que la presencia de la migraña podría incrementar, no reducir, la posibilidad de que otros desórdenes como ansiedad y depresión puedan ser presentados; sin dar a entender una relación causal entre estos dos fenómenos.

Como ya se mencionó existen estudios que dejan ver la asociación entre ansiedad, depresión y migraña; en nuestro caso abatiendo la sintomatología migrañosa podemos darnos cuenta de que también se disminuye el nivel de ansiedad y depresión en forma significativa.

Aunque el modelo de nuestra investigación no permite afirmar una relación causal entre el fenómeno emocional y el sintoma físico nos atrevemos a considerar la hipótesis que la cronificación del padecimiento migrañoso entra en el circuito migraña - reacción ansiosa y depresiva - migraña en donde al reducir uno de ellos llega a incidir en las manifestaciones del otro. Por lo que se podría deducir que en este tipo de padecimiento es importante un tratamiento multidisciplinario con la finalidad

de abordar tanto los trastornos físicos como psicológicos y lograr mayor control de la enfermedad.

En cuanto a los resultados obtenidos a través del Cuestionario General de Salud (CGS) se ve afectado antes del tratamiento notándose una mejoría una vez disminuida la sintomatología migrañosa. Lo anterior tomando en cuenta que las áreas que se manejan en éste rubro son: síntomas somáticos, relaciones interpersonales, ansiedad, depresión y disturbios del sueño; es importante señalar que en el área de disturbios del sueño no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, por lo cual sería necesario investigar más puesto que el sueño va asociado con ansiedad y depresión, por lo que se podría pensar que quizá los disturbios del sueño tienen otros tipos de factores como ambientales, sociales, o tal vez el tamaño de muestra utilizada en este trabajo.

Lo anterior se corrobora con las investigaciones hechas por Barret (1983) y Passchier (1990); los cuales concluyen que lo más importante es la carga económica del dolor de cabeza, es decir, el impacto que puede tener en el bienestar y la calidad de vida del paciente que sufre el dolor. Muchas personas alteran substancialmente sus estilos de vida al enfrentarse al dolor de cabeza, como resultado la calidad de vida se reduce considerablemente. Este tipo de pacientes tienen un grado significativamente menor de interacción social, experimentan más ansiedad y depresión.

Un estudio realizado por Lacroix (1989) muestra detalladamente aspectos esenciales del estilo de vida que son afectados por el dolor de cabeza. Lacroix utilizó el Pain Behavior Questionnaire encontrando que el 65% de los entrevistados mencionan que el dolor de cabeza interfiere en su trabajo. Cambios interpersonales fueron reportados en el 26% de la muestra, lo cual concuerda con un estudio realizado por Pelz y Morskey (1982) en donde una muestra de 83 pacientes sufridores del dolor de cabeza, el 26%

indicó una reducción de sus pasatiempos y diversiones y un 28% dijo reducir sus actividades sociales también, a causa de los dolores de cabeza.

Volviendo al estudio de Lacroix en relación a el área de salud el 50% de la muestra mencionan cambios en su patrón de sueño atribuidos al dolor de cabeza lo cual concuerda con dos estudios de Parkes (1985) y otro de Dexter (1979), en donde los pacientes reportan incapacidad para obtener su patrón de sueño normal.

CONCLUSIÓN

En base a lo anterior, se puede concluir lo siguiente:

- La depresión es una condición psicológica que está presente en la población femenina migratoria de esta muestra.
- La ansiedad es una condición psicológica que está presente en la población femenina de esta muestra.
- En este tipo de población se reflejan conductas de aislamiento social, que puede limitar su desarrollo y sus relaciones interpersonales.
- En esta muestra se observa una disfunción en el patrón de sueño.
- La migraña tiene una fuerte repercusión en el estado general de salud de la paciente.
- En esta muestra, existe una clara asociación entre la migraña y los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión).

Es de suma importancia mencionar que los resultados obtenidos pueden ser generalizados únicamente a la población del Instituto Nacional de Perinatología: lugar en donde fue recabada la muestra.

La principal limitación en éste estudio fue el tiempo para la recabación de la muestra; ya que algunos de los problemas encontrados fueron la inasistencia de los pacientes a sus consultas, la inadecuada ingestión de medicamentos; es decir, no se tomaban los medicamentos en la forma señalada por el médico, o simplemente el no obtener mejoría. Debido a lo anterior el tiempo que se necesita para obtener una muestra de 30 sujetos fue de 1 año. En dicha población en forma descriptiva hubo diferencia en la escala de disturbios del sueño, más no corroborado con significancia estadística, quizás por el limitado tamaño de la muestra, o por la influencia de otros factores como ambientales o sociales. Se sugiere la realización de otros estudios relacionados con este tema y con una muestra mayor con la finalidad de poder corroborar los resultados arrojados en la presente investigación, así como de indagar más acerca de los factores que pueden incidir en los disturbios del sueño encontrados aquí.

De igual manera se propone el abordaje del tema con otros modelos de tipo multidisciplinario a fin de esclarecer si uno de los dos factores está asociado como desencadenante del otro; con la finalidad de llegar a una mayor comprensión de dicho fenómeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acona, M., Allains G., Blale, L., De lozano., Natero, G., Torre, E., (1989). Psychological aspects of weekend headache suffers in comparison whit migraine patients. *Headache*. 29 (2):93-99.
- Ackernecht, E. H. (1959) A Short history of psychiatry. Hafner Publishing Co., Londres.
- Andreski P., Davis GC., Breslau N. (1991) "Migraine, Psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res*; 37: 11-23.
- Angst, J., Isler H., Merikangas K. R. (1990) "Migraine and psychopatology. *Arch Gen Psychiatry*; 47:849-853.
- Ayoso, José Luis (1988) Trastornos de angustia. España: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1985) *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanchard, E., steffek, B., Jaccard J., Nicholson N. (1991). Psychological changes accompanying non pharmacological treatment of chronic headache: the effect of outcome. *Headache*. 31 (4).
- Blau, J. N. (1980) Migraine prodromes separated from the aura: Complete migraine. *Br. Med J.* ; 281: 658-660.
- Breier A; Charney DS, Heninger GR. (1984) "Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*; 41:1129-1135.

- Breslau N, Davis GC.(1991) DSM-III generalizad anxiety disorder : An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Res*; 15: 231-238.
- Breslau N, PhD; Merikangas, PhD; and Charles L. Boeden; MD. (1994)"Comorbidity of migraine and meior affective disorders. *Neurology*; 44 (suppl 7): S17-S22.
- Brian Hainline, MD (1994) *Neurologic complications of pregnancy :Headache*. New York.
- Budzinski, T. J & Adler, C. (1970) Feedback-induced muscle relaxation: Aplication to tension Headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1. 205-211.
- Barnet, M.; Lake, A. (1983) *Patient attitudes about hedache*. Hedache. Vol 23.
- Buela Casal Gualberto, Caballo Vicente (1991) *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo XXI.
- Bunney, W. E. Y Davis, J. M. (1965) "Norepinephrine in depressive reactions". *Arch. Gen. Psychiat.*, 13: 483.
- Burin, Mabel (1990) *El malestar de las mujeres. la tranquilidad recetada*. Argentina: Paidós
- Calderón Narvaez Guillermo. (1965) "Conceptos Psiquiátricos en la medicina azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI". *Rev. Fac. Med. Méx.*, vol. VII, núm 4. pag 229.
- Calderón Narvaez Guillermo (1985) *Causas Manifestaciones y Tratamiento*. México: Trillas.

- Cameron, N., (1942) "The place and mania among the depressions from a biological standpoint" J. Psychol., 14: 181.

-Carrolles José Antonio, Godoy Juan (1991) Biofeedback: Principios y aplicaciones. México: Roca

-Cerud Sánchez Juan. Síntomas depresivos en una muestra de los habitantes del área metropolitana de la Ciudad de México con Depresión. UNAM: Facultad de Medicina.

-Cleghorn, R. A Y Curtis, G. C. (1959) "Psychosomatic accompaniments of latent and manifest depressive affects", Canad. Psychiat. Ass. J. Suppl., 4: S13.

-De-feni, A., Marchesi, C., Petrolini, N. (1989). Prevalence of migraine and muscle tension headache in depressive disorders. *Journey Affect. Disorders*, 16 (1), 33-36.

-Diaz Guerrero, R. Spielberger, C: D (1975) *Idare. Inventario de ansiedad rasgo- estado (Manual e instructivo)* México D.F.: El Manual Moderno.

-Dorsh, Friedrich (1976) *Diccionario de psicología*. Barcelona: Herder.

-Dry, J., Mavre D., Praladier, A., Serviere, R., Vicent, D. (1990). Headache Patient: Research of psychological aspects. *REV-MED-INTERNE*, 11 (5), 410-413.

-Echeverría Enrique (1992) *Avance en el tratamiento psicológico de ansiedad*. Madrid: Pirámide.

-Eisenbud, J. (1937) The psychology of headache: A cause studied experimentally. *Psychiatric Quarterly*, 11, 592-619.

- Everett, G. M., Toman, J.E. P.(1959) "Mode of action of rauwolfia alkaloids and motor activity". en Masserman, J.J. (dir.), *Biological Psychiatry*, vol. I, pág. 75, Grune and Stratton, Nueva York- Londres.

-Fernandez Fuentes, Orduño Chavez (1995) Ansiedad en la mujer, su influencia en la percepción del ambiente familiar. UNAM: Facultad de Psicología

-Gama Angel, *Psicoanálisis del dolor de cabeza*. Buenos Aires: Paidós

-Gibbons, J. L. y Michael, R. P. (1974) "Interrelationships between the Endocrine System and Neuropsychiatry". en *International Review of Neurobiology*, editado por Pfeiffer C. Y Smythies, J. Nueva York. Academic Press.

-Harding, H.C. (1959) Hypnosis and migraine and vice versa. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, San Francisco, California. August.

-Headache classification committee of the international headache Society (1988) *Cephalalgia: Classification and diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain*. Norwegian University Press.

-Hensyk- Gal, Rita & Röss, W. (1973) Psychological aspect of migrain. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 141-153.

-Hill, D. (1970) La depresión en la historia. en *Depresión*. MÉDCOM, New York.

- Horan, J. S.(1953) Hypnosis and recorded suggestions in the treatment of migraine. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 7-10.
- Horold Geist (1981) Aspectos emocionales de la migraña. México: El Manual Moderno,S.A.
- J. Vallejo Ruloba, C. Gastó Ferrer (1990) Trastornos afectivos: ansiedad, depresión. Barcelona: Salvat.
- Kallmann, F., (1950) "Genetic Aspects of Psychosis" en *Milbank Memorial Fund Biology of Mental Health and Disease*. hoeber, New York. pág. 183.
- Kendall Phillip, Norton-Ford (1988) *Psicología Clínica: Perspectivas científicas*. México: Limusa
- Kerlinger, F. (1988) *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- Kroger, William. (1974) *Clinical and Experimental Hypnosis in medicine, dentistry and psychology*. Philadelphia, Pa. : J.P. Lippincott.
- Leijdekkers, M.I. y Passchier, J. (1990). Prediction of migraine using psychophysiological and personality measures. *Headache*. 30. (7). 445-453.
- Lipton, MD. Richard B., and Stephen D. Silberstein, MD, FACP (1994) *Neurology* 44.
- Marks, Isaaq (1986) *Tratamiento de las Neurósis: Teoría y Práctica de la psicoterapia conductual*. España: Martínez Roca.

- Med. P. Kietholz (1970) *Angustia, aspectos psíquicos y somáticos*. Madrid: Morata

- Mendels J. (1982) *La Depresión*. Barcelona: Herder.

-M. E. Medina Mora , G. P. Padilla, Campillo Serrano C.C, Mas, M. Ezban , J Coraneo, Corona J. (1983) *Psychological Medicine*, 13. Factor structure of the general health questionnaire: a scaled version for a Hospital's general practice service in Mexico. Gran Bretaña.

-M.G. Smits, M.d., Ph.D., Y.G.van der Meer, J.P.J.M:Pfeil, J.J.M.M. Rijniers, A.J.M. Vos, M.D., Ph.D. (1993) *Headache: Perimenstrual Migraine: Effect of estraderm ITS and the Value of Contingent Negative Variation and Exteroceptive Temporalis Muscle Suppression Test*

- Morrison, D., Price W. (1989). The prevalence of psychiatric disorder among female new referrals to migraine clinic. *Psychol. Med.* 19 (4), 919-925.

- Mulssek, N. (1966) "Neurobiologie and Depression", *med. Mschr.*, 20: 109.

-Naomi Breslau, PhD; Kathleen Merikangas, PhD; and Charles L. Bowden, MD (1994) *Neurology* 44 (suppl 7):S17- S22: Comorbidity of migraine and major affective disorders

-Passchier, J.: (1985) *Headache and stress*. Free University Press, Amsterdam.

-Peárcé John, Jaime Elias, Cornet. (1977) *Conceptos actuales de la Migraña*. México: Marín.

- Peterly, G. Hypnosis. In Erick D. Wittkoer and Hector Warnes (Eds.), (1977). *Psychosomatic medicine, its clinical application*. New York: Harper and Row.
- Pinet, P.(1801) *Traité médico- philosophique sur l'aliénation Mentale*. Paris.
- Polaino Lorente (1985) *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Post M. Robert, and Stephen D. Silberstein, MD, FACP. (1994). Shared mechanisms in affective illness, epilepsy, and migraine.. *Neurology*; 44(suppl 7): S37-S47.
- Ravagnan Luis Maria (1981) *El origen de la angustia*. Buenos Aires: Edit. Universitaria.(Suppl 7): S4-S5 : Why study the comorbidity of migraine? New York
- Sacks, Oliver W. (1970) *Migraine: the evolution of a common disorder*: Berkeley: University of California Press.
- Selye, H.(1974) *Stress Without Distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Schildkraut, J. J. (1965) "The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence". *Amer. J. Psychiat.*, 122: 509.
- Shulman, B. H. (1989). Psychological factors affecting migraine. *Clinical Journal Pain*. 5 (1)23-28.
- Siggins, L D. (1967) "Mourning: A critical sirvery of the literature". *Int. J. Psychiat.*, 3: 418.

- Slater, E., (1953) Psychiatric and neurotic illnesses in twins. Medical research council Special Report Series, núm. 278. Londres.
- Stephen D. Silberstein, MD, FACP, and Richard B. Lipton, MD (1994) Neurology 44 (suppl 7). S6-S16: Overview of diagnosis and treatment of migraine. New York
- T-C Chen, Ph.D. and A. Leviton, M.D. (1993) Headache: Headache Recurrence in Pregnant Women with Migraine
- Tardjman Gilbert (1990) Como comprender las enfermedades psicósomáticas. México: Gedisa
- Weissman NM, Leckman JF, Merikangas KR, et al. (1984) Depression and anxiety disorders in parents and children. Arch Gen Psychiatry; 41: 845-852.
- Wolff, H. G. headache and other head pain. New York: Oxford University Press, 1948.