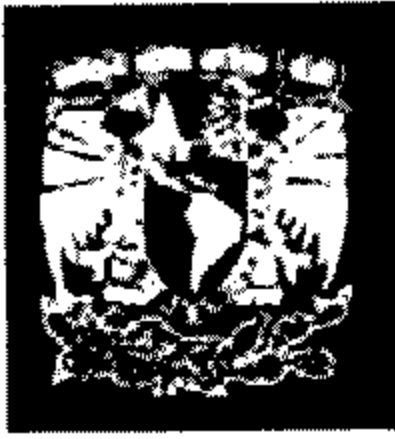


11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E

INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN Y COLIMA

HGZ MF # 12 CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

LA MIGRAÑA TRANSFORMADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA

DISFUNCIÓN FAMILIAR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ELSA MIREYA SALGADO SOLIS

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOACÁN

2005

0351787



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**LA MIGRAÑA TRANSFORMADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DISFUNCIÓN FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ELSA MIREYA SALGADO SOLIS.

AUTORIZACIONES:

DR. ANTONIO CARVAJAL UGARTE.

Dr. José Antonio Carbajal Ugarte
JEFE DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA
CED. PROF. 636272
MATRICULA 5408857
IMSS

COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 12 CD. LÁZARO CÁRDENAS MICH.

DRA. MARGARITA CONTRERAS GARCÍA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIA
PARA MÉDICOS GENERALES EN HGZCMF NO. 12 CD. LÁZARO CÁRDENAS
MICHOCÁN.

ASESOR DE TESIS:

DR. HÉCTOR ALBERTO GONZÁLEZ USIGLI

CARGO MÉDICO NEURÓLOGO
HGZ MF # 12 IMSS
CD. LAZÁRO CÁRDENAS MICH.

ASESOR DEL TEMA DE TESIS:

DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
DELEGACIÓN MICHOCÁN Y COLIMA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CD. LÁZARO CÁRDENAS, MICHOCÁN

2005



**LA MIGRAÑA TRANSFORMADA COMO FACTOR DE
RIESGO PARA DISFUNCIÓN FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ELSA MIREYA SALGADO SOLIS

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo académico

NOMBRE: Elsa Mireya Salgado Solís

FECHA: 09/11/05

FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

AL **DR. EDUARDO PASTRANA HUANACO**, POR SU APOYO Y ASESORIA PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS Y POR SU VALIOSO TIEMPO DEDICADO A LA MISMA Y POR SU VALIOSA AMISTAD INVALUABLE DURANTE TANTO TIEMPO.

AL **DR. HÉCTOR ALBERTO GONZALEZ USIGLI** POR SU IMPULSO Y MOTIVACIÓN A LA REALIZACIÓN DE LA PRESENTE TESIS, ASI COMO TODO SU APOYO, ASESORIA QUE ME HA BRINDADO DURANTE LA ELABORACIÓN DE LA PRESENTE, Y POR LA AMISTAD INCONDICIONAL QUE SE ME HA BRINDADO DE SU PARTE.

A TODOS DE MANERA ESPECIAL POR TODO SU ESFUERZO Y DEDICACIÓN QUE ME HAN OTORGADO CONTÍNUAMENTE.

DEDICATORIA

A MI ESPOSO DR. ENRIQUE OLMOS VALLADARES QUIEN SIEMPRE ME HA DEMOSTRADO SU CONFIANZA Y SU INCONDICIONAL APOYO DURANTE TODA MI CARRERA MEDICA Y DE DESARROLLO PROFESIONAL, QUE SIEMPRE HA ESTADO A MI LADO EN MIS LOGROS Y EN MIS FRACASOS, Y CON SU ACTITUD HA PROPICIADO MI MOTIVACIÓN PARA MI SUPERACION PERSONAL Y FAMILIAR CADA DÍA MÁS.

A MIS HIJOS ELSY YADID Y LUIS ENRIQUE POR SU COMPRENSIÓN Y SACRIFICIO, QUE ME MOSTRARON DURANTE MI RESIDENCIA MEDICA, YA QUE CON EL TIEMPO EMPLEADO DURANTE LA MISMA FUE TIEMPO QUE A ELLOS NO DEDIQUE Y SIEMPRE ESTABAN FELICES AL LLEGAR A SU LADO NUNCA PODRE PAGAR TODO EL ESFUERZO DE AMBOS.

GRACIAS FAMILIA POR TENERLOS TAN CERCA Y CON TANTO APOYO Y ESFUERZO CONTÍNUO, DOY GRACIAS A DIOS POR LA GRAN FAMILIA QUE ME HA DADO.

¡CON TODO MI AMOR A USTEDES!

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

Agradecimientos	6
Dedicatoria	7
Resumen	8-9
Summary	10-11
Introducción	12-13
Marco teórico	14-26
Planteamiento del problema	27
Justificación	28
Objetivos	29
Hipótesis	30
Metodología	31
Variables	32
Pruebas estadísticas	33
Recursos	34
Aspectos éticos	35
Resultados	36-42

Discusión	43-46
Conclusiones	47-48
Bibliografía	49-53
Anexos	54-55

Introducción:

La Cefalea Crónica Cotidiana (CCC) afecta hasta el 5% de la población general (1).

Ya ha sido demostrado previamente que la CCC es un problema de salud a nivel mundial por su frecuencia así como por la discapacidad que genera en los pacientes debido a su naturaleza recurrente en cuanto a Calidad de Vida (CV), desempeño laboral y costo económico (2). Una alternativa para cuantificar este impacto se basa en la incapacidad ya que la incapacidad mide y valora el rol funcional. El instrumento más frecuentemente utilizado en la migraña es el "Migraine Disability Assessment (MIDAS). Cuestionario que consiste en 5 preguntas que se enfocan en pérdida de tiempo en tres dominios: escolar-laboral; doméstico; familiar, social y de actividades recreativas. Un estudio poblacional reciente muestra que es mejor para valorar formas severas de Cefalea que las encuestas de calidad de vida (3,4).

Es bien sabido que la familia juega un papel primordial en la historia natural de cualquier enfermedad y en el padecer de un individuo, siendo un factor importante para conservar la salud, llegar a la curación o a la rehabilitación de secuelas. La buena relación médico-paciente es también uno de los factores más importantes para el abordaje terapéutico de estos pacientes (5).

Al hablar de la salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades (6,7).

Debido a lo anterior hemos decidido realizar un estudio para establecer si existe mayor frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Migraña Transformada que en pacientes sin dicha patología.

Marco Teórico:

En 1980 y en 1982, Saper et al describieron una serie de pacientes que presentaban una migraña progresiva (8,9). Estos pacientes presentaban típicamente cefaleas migrañosas intermitentes en etapas tempranas, convirtiéndose posteriormente a cefaleas crónicas en la segunda o tercera época de la vida, con un período de transición de 4 a 10 años, con abuso sobretodo de ergotamínicos o analgésicos y con trastornos psiquiátricos concomitantes (particularmente depresión), denominando este síndrome “Complejo Crónico de Cefalea” (10).

La mayor parte de las migrañas de las mujeres se desarrollan durante los años hormonalmente activos entre la adolescencia y la menopausia. Las fluctuaciones de los estrógenos y la progesterona, más que su propia presencia, parecen aumentar el riesgo de migrañas y de su gravedad en algunas mujeres.

El Dr. Ninan Mathew posteriormente publicó un reporte que describía un síndrome clínico similar al que llamó Migraña en transformación, hasta que han aparecido nuevos términos para su descripción (11).

No mucho tiempo después, el Dr. K.M.A. Welch comentaba que la cefalea cotidiana era un fenómeno fundamentalmente de tipo psíquico y del comportamiento, atribuible a mecanismos psicológicos. Pero es hasta 20 años después que el Dr. Welch ha procurado la primera evidencia científica sólida de un marcador bioestructural posible para la CCC (12).

Desde las primeras investigaciones han demostrado que existen trastornos neuropsiquiátricos asociados a la CCC, particularmente la depresión. Investigaciones posteriores han determinado que la depresión es mucho más prevalente en la población con dolor que en la que padece alguna otra enfermedad crónica (10).

En 1988 ante las diferencias conceptuales para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas la Sociedad Internacional de las Cefaleas (IHS), utilizando el criterio de grupos de expertos en cefalea, desarrolló una nueva clasificación con una reciente revisión en el 2004. Este sistema incluye criterios de inclusión y exclusión para un gran número de cefaleas, pero no considera su historia natural. Esta clasificación está basada en características de prevalencia de los ataques individuales como duración del ataque, localización del dolor y síntomas asociados. Varios estudios han valorado la clasificación de la IHS en cuanto a validez, comprensión y generalización.

Algunos estudios conducidos muestran que la clasificación previa no es bien comprendida. Muchos pacientes con cefalea frecuente, referidos como portadores de una Cefalea Crónica Cotidiana (CCC) no son bien clasificados con el sistema anterior de la IHS. Ante esta premisa la IHS ha realizado algunas modificaciones en su clasificación, incluyendo los términos de Cefalea Crónica y de Migraña Crónica.

La Migraña Transformada (MT) es un síndrome clínico con una historia natural característica. Los pacientes presentan una historia de migraña episódica, generalmente en su adolescencia o en la tercera década de la vida. Como parte de la progresión de la transformación, la cefalea aumenta en frecuencia pero disminuye en severidad, y las características asociadas (fotofobia, fonofobia y náusea) se hacen menos severas y

menos frecuentes que durante un ataque típico de migraña. Las cefaleas que semejan una Cefalea Tensional Crónica (CTC) ocurren en una forma continua o casi continua, y se encuentran exacerbadas esporádicamente (13).

Entre el amplio rango de posibles desencadenantes de la MT están el estrés emocional (aunque las cefaleas suelen aparecer cuando el estrés ha pasado), el esfuerzo físico intenso (como el que tiene lugar después de levantar peso, los movimientos intestinales o la actividad sexual), los cambios de clima (como ciertos vientos), las luces brillantes o parpadeantes, la altitud, los viajes, y los cambios en los patrones del sueño.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes con CCC (78%) son portadores de una MT (14). Además de las circunstancias neuropsiquiátricas descritas, los pacientes con MT cursan con abuso de medicamentos en un 80% de los casos. También existen enfermedades asociadas al abuso de medicamentos como gastritis, insuficiencia renal o fibrosis de serosas (dependiendo del fármaco utilizado) (15). Silberteín et al. han propuesto criterios operacionales para la Migraña Transformada desde 1994 en donde el diagnóstico depende de una historia de migraña previa, definida según los criterios de la HIS y la presencia de una cefalea que dure más de 4 horas al día, por lo menos 15 días por mes durante más de 1 mes (Tabla 1).

TABLA 1

CRITERIOS PROPUESTOS PARA LA MIGRAÑA TRANSFORMADA

- Dolor > de 15 días/mes, durante más de 1 mes.
- Duración media del dolor de 4 horas/días sin tratamiento.

Al menos uno de los siguientes:

- Historia previa de migraña.
- Historia de aumento de frecuencia y disminución de la severidad de las crisis de migraña durante al menos 3 meses.
- La cefalea cumple las características de migraña salvo su duración.
- Se han descartado otras cefaleas sintomáticas o si las hay no guardan relación temporal.

También han propuesto una subclasificación de la MT en la que existe abuso de medicamentos y en la que no existe dicho abuso de acuerdo a los criterios que se exponen en la tabla 2.

Hay que recordarle al paciente que la migraña es una enfermedad crónica genéticamente determinada y para la cual aún no existe tratamiento curativo por lo que le explicaremos al paciente que el principal objetivo es conseguir volver a la fase de episodios de migraña y desde ahí tratar de disminuir la frecuencia e intensidad de los mismos. La identificación de estos pacientes es importante, ya que deben ser tratados

por un neurólogo. Recordemos que el 80% de los casos están producidos por un abuso de analgésicos (5).

Tabla 2

Migraña transformada con abuso de analgésicos.

- Cumple los criterios de migraña transformada.

Al menos uno de los siguientes criterios durante más de 1 mes:

- Uso de analgésicos simples (>1 g. de AAS o paracetamol) >5 días/semana.
- Combinación de analgésicos múltiples >3 comp./día, >3 días/semana.
- Narcóticos >1 comp./día, >2 días/semana.
- Ergotamínicos (1 mg. VO o 0,5 mg. VR) >2 días/semana.

A pesar de que el síndrome clínico está bien caracterizado, su causa permanece desconocida. Existen mecanismos propuestos que resultan de efectos del abuso en los receptores, alteraciones genéticas a nivel cerebral y de los sistemas moduladores del dolor, deficiencia o exceso de importantes sistemas neurotransmisores y lesiones al sistema nervios central, incluyendo estrés emocional y psicológico o traumatismos. El primer paso en el diagnóstico es descartar causas orgánicas de cefalea de tipo intracraneal, cervical, dental, infecciosas, metabólicas, endocrinas, tóxicas o por alteraciones en la presión del LCR. La neuroimagen es un estudio deseable en todos los pacientes con CCC debido a que ayuda a descartar causas secundarias como Trombosis Venosa Cerebral, Malformación de Arnold-Chiari o meningiomas.

Recientemente se ha promulgado la Guía Basada en la Evidencia para la Migraña en el Primer Nivel de Atención: Manejo farmacológico para la Prevención de la Migraña por el Consorcio de Cefalea de Estados Unidos, identificándose 3 parámetros en la profilaxis que son: reducción en la frecuencia de los ataques, en la severidad y en la duración; mejoría de la respuesta al tratamiento de los ataques agudos; mejoría de la función y de la discapacidad. La mayoría de estos estudios se basan en mediciones sobre discapacidad como el Cuestionario para la Valoración de la Discapacidad de la Migraña (MIDAS). (16-21).

A pesar de que la MT constituye un problema de salud importante, solo se han realizado escasos trabajos que hablan de la discapacidad que genera. En este intento se han utilizado encuestas que valoran Calidad de Vida para valorar la funcionalidad, el bienestar y el estado de salud de los pacientes con MT (22,23). Los pacientes han sido valorados de acuerdo a la forma corta SF-36, demostrando que la discapacidad depende más de la frecuencia que de la severidad de los ataques de migraña (24,25).

Una alternativa para cuantificar este impacto se basa en la incapacidad. La incapacidad mide y valora el rol funcional. El instrumento más frecuentemente utilizado en la migraña es el "Migraine Disability Assessment (MIDAS). Cuestionario que consiste en 5 preguntas que se enfocan en pérdida de tiempo en tres dominios: escolar-laboral, doméstico, familiar, social y de actividades recreativas. Un estudio poblacional reciente muestra que es mejor para valorar formas severas de Cefalea que las encuestas de calidad de vida (3,4).

Un estudio sugirió que las mujeres con migraña tienden a responder de manera exagerada a las situaciones estresantes. Tienen más posibilidades que otras mujeres de ser diligentes, concienzudas y de ser sensibles a la presión por los demás.

En los pacientes con CCD aparecen con frecuencia alteraciones en el sueño, síntomas de ansiedad-depresión y abuso de analgésicos. El estrés y la aparición de factores traumáticos en la vida del enfermo pueden contribuir también a la cronificación de la cefalea . Asimismo, se ha encontrado una incidencia mayor a la esperada de abuso de tóxicos y alcoholismo.

La coexistencia de depresión y CCD es un aspecto de gran interés. Ésta podría tratarse de una depresión reactiva a la cefalea crónica. Sin embargo, puede existir una conexión biológica entre estos dos desórdenes. Muchos cefaleicos presentan depresión y, de igual forma, la cefalea es la queja somática más frecuente en los pacientes deprimidos. Merikangas et al. demostraron que con frecuencia existe un trastorno de ansiedad-depresión en los pacientes migrañosos. Estudios sobre la personalidad de los pacientes con CCD parecen demostrar que los problemas psicológicos en este tipo de enfermos son secundarios a la existencia del dolor más que agentes causantes de su aparición. El uso del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en pacientes con cefalea ha demostrado que los síntomas neuróticos aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con cefalea recurrente (como la migraña), mientras que en los pacientes con cefalea crónica son más frecuentes los síntomas depresivos (1).

Se ha demostrado en múltiples investigaciones que el estrés psicosocial aumenta la necesidad de acudir a consulta médica por sintomatización del estrés (6,26, 27), porque el mismo estrés psicosocial facilita por mediación neuroendocrina e inmunológica la aparición de precursores de enfermedad (26,28-31)

La demanda de consulta médica fue 4 veces mayor entre los miembros de las familias con disfunción familiar, en comparación con las familias funcionales, lo que demuestra un empleo excesivo de los servicios de salud por grupos pequeños de personas. Dentro de un modelo de salud familiar es importante realizar acciones multidisciplinarias preventivas con este grupo de personas, para mejorar su bienestar biopsicosocial. Igualmente se observó que la comunicación no cumple sus funciones en la medida en que ni se expresa bien (nivel relacional) ni se entienden los mensajes transmitidos entre los miembros (nivel conativo), cuando hay disfunción familiar. La ansiedad es una expresión de la incapacidad para cambiar la percepción que tiene el sistema familiar y lo que se desea de él, e incide negativamente en el bienestar biopsicosocial del individuo y de la familia.

La salud integral se relaciona con la capacidad de la familia, como sistema, para mantenerse sana, en el sentido que como organismo se liga por reglas de comportamiento entre sus miembros. Existe la posibilidad que las familias con alto índice de disfunción familiar se hayan adaptado y hayan asumido esta situación como estilo de vida con las condiciones sociales y culturales, psicológicas educativas y los mismos planes trazados, lo que las hace más vulnerables a los procesos de salud y enfermedad. Se plantea la salud familiar como una alternativa de atención integral en las

unidades primarias de atención en salud, a fin de aumentar los niveles de protección específica para los riesgos biológicos y psicosociales, con una adecuación y optimización del recurso existente, mediante el sistema de referencia en los casos que así lo ameritan.

Al hablar de la salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades (6,7).

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el Apgar familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, como un instrumento que se diligencia por sí mismo. Que es entendido fácilmente por personas de educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de familiar perciben y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar como es: adaptación, participación, crecimiento o ganancia, efecto y resolución de problemas.

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) y en cada parámetro sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Más adelante se observó que la precisión del instrumento se elevaba cuando cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el Apgar familiar se categorizaba bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así al

sumar los 5 parámetros el puntaje oscila entre 0 y 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia (32-34).

La validación inicial del Apgar familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index) e igualmente con estimación de función familiar hecha por diferentes psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 con el PSFFI y de 0.64 con la estimación por psicólogos. Después de esta valoración inicial, el apgar familiar, evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada en los departamentos de psicología y de psiquiatría de la universidad de Washington y de la universidad de Taiwán, tales estudios se establecieron además que los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivo al autor del apgar familiar a incluir en su evaluación el apoyo que brindan las amistades (35).

El método de aplicación del apgar familiar es: la forma como se diligencia el apgar familiar, es importante para evitar la introducción de sesgos del investigador o del trabajador de campo; solo cuando la persona no esta en capacidad de leer, lo puede hacer el investigador. Si el individuo puede leer, existe la contraindicación absoluta, debido a que influye el tono de voz, la comunicación no verbal difícil de controlar en el investigador, y las presiones involuntarias que el mismo puede ejercer. Para la realización del apgar familiar se elabora un cuestionario de 5 preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de la persona encuestada:

ADAPTACIÓN: Es la capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada: (adaptation)

PARTICIPACIÓN: Distribución equitativa de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones. (partnership)

CRECIMIENTO: Logro de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo. (growth)

AFECTO: Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia. (attachment)

RESOLUCION: Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia. (resolution)

Las siglas en ingles de cada una de estas categorías, determinan el nombre de APGAR (32,35,36).

Cada pregunta consta de tres respuestas posibles: CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES Y CASI NUNCA.

La puntuación y escala de interpretación del Apgar:

Casi siempre: 2 puntos

Algunas veces: 1 punto

Casi nunca: 0 puntos

7 a 10 puntos: Familia altamente funcional

4 a 6 puntos: familia moderadamente disfuncional

0 a 3 puntos: familia severamente disfuncional (32,35).

El Objetivo de apgar familiar: es medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia, en cada componente de las funciones familiares (34).

Cuando debe de usarse este cuestionario: Se ha identificado tres situaciones en las que el médico familiar puede necesitar información sobre el funcionamiento de la familia.

1.- Cuando la familia se ve involucrada en el cuidado de un miembro enfermo.

2.- Cuando un paciente es visto por primera vez por el médico.

3.- El cuestionario puede demostrar áreas específicas en el funcionamiento familiar y esto interfiere con la habilidad de los miembros de comunicar o identificar los recursos.

CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE APGAR FAMILIAR:

El médico otorga al paciente el cuestionario y explicándolo clara y brevemente para que el paciente elija una opción, marcando una "x".

Puede ser llenado por el paciente al término de la consulta.

Aplicarlo a cualquier miembro de la familia de preferencia adulto y con facultad de leer.

Anotar el nombre, parentesco, dirección de las personas que guarden mejor relación con el paciente, con el fin de contar con un posible colaborador para resolución de la problemática familiar (35,37).

Planteamiento del Problema.

Al hablar de la salud familiar nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que el buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades (6,7).

Debido a lo anterior hemos decidido realizar un estudio para establecer si existe mayor frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Migraña Transformada.

¿Es la Migraña Transformada (MT) un factor de riesgo para la disfunción familiar ?

Justificación.

La CCC es un problema de Salud frecuente que aqueja a un 4-5% de la población general, con presencia de cefaleas severas en el 0.5%. Su principal causa es la Migraña Transformada hasta en un 80% aproximadamente. La familia disfuncional es generadora de patología, y el Apgar Familiar validado en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein y llevado a cabo en diferentes localidades valoran el grado de funcionalidad familiar. Si se demostrase que la disfunción familiar es un factor importante en la presentación de MT, deben de tomarse las medidas necesarias desde el punto de vista preventivo y terapéutico para mejorar los aspectos familiares que pueden generar fracaso en el manejo y perpetuar los gastos en salud que implica el tener a un paciente con MT y al que hay que administrarle medicamentos que pueden causar a la larga mayor compromiso en su salud.

Objetivos.

1. Objetivo General:

Determinar si la presencia o el grado de Migraña Transformada de acuerdo al MIDAS influyen en forma negativa en la Dinámica Familiar.

2. Objetivos específicos:

- a. Establecer el MIDAS y Apgar Familiar en pacientes con MT.
- b. Establecer el MIDAS y Apgar Familiar en personas sin MT.
- c. Establecer la presencia de disfunción familiar de acuerdo al Grado de discapacidad según el MIDAS.
- d. Comparar el grado de disfunción familiar según el Apgar en pacientes con y sin MT.

Hipótesis.

Hipótesis de Trabajo:

La Migraña Transformada genera disfunción familiar.

Hipótesis Nula:

La Migraña Transformada no genera disfunción familiar.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio:

Prospectivo, Analítico comparativo, de corte transversal, realizado en el H.G.Z. M. F. # 12 en la Cd. de Lázaro Cárdenas Michoacán, en la consulta de medicina familiar, a los pacientes que acudían a consulta que reunían criterios de inclusión y a pacientes que cumplían con criterios del grupo control durante el periodo del mes de diciembre del 2003 a junio del 2004.

Tamaño de la Muestra:

Selección de pacientes con o sin MT por Conveniencia No Probabilística.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Ambos géneros.
3. Diagnóstico de Migraña Transformada.
4. Pacientes en que se haya descartado la posibilidad de CCC secundaria con estudios de imagen necesarios.

Criterios del Exclusión:

1. Pacientes con presencia de cefalea crónica secundaria.
2. Que no acepten participar en el estudio.
3. Que tengan un problema psiquiátrico que impida la aplicación de la encuesta.

Grupo Control:

1. Pacientes mayores de 18 años.
2. Ambos géneros.
3. Personas que no cuenten con criterio de Migraña Transformada.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES Y UNIDADES DE

MEDIDA:

Variable Independiente:

Migraña Transformada.

Variables Dependiente:

Disfunción Familiar según el Apgar.

MIDAS.

Grado de MIDAS.

Definición Operacional del las Variables:

Disfunción familiar:

Cualitativo Nominal.

MIDAS:

Cuantitativa discreta.

Grado del MIDAS:

Cualitativa Ordinal.

Pruebas Estadísticas:

También se aplicó una t de student para comparar el puntaje del MIDAS con respecto al grado de disfunción familiar en el grupo de estudio.

El análisis estadístico se efectuó a través de la determinación de pruebas no paramétricas, utilizando la U de Mann-Withney.

La determinación del riesgo ~~relativo~~ se realizó a través de la estimación de Razón de Momios (RM), dada las características del estudio.

RECURSOS:

Para la realización de este estudio tomaremos como infraestructura el Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General de Zona # 12 con la población derechohabiente que asiste diariamente a la consulta médica, entrevistados en las salas de espera de la misma unidad.

RECURSOS HUMANOS:

Dra. Elsa Mireya Salgado Solis. (AUTOR)

Dr. Héctor Alberto González Usigli. (ASESOR)

MATERIALES: Hojas de papel, Encuestas, Consultorio, Equipo de oficina, Computadoras, impresora.

PRESUPUESTO:

Costo de la literatura	\$ 5000.00
Costo de Personal	\$ 0.00
Suministros:	
Papel	\$ 500.00
Tinta	\$ 1000.00
Equipo computadoras lap top	\$ 15 000.00

ASPECTOS ÉTICOS:

El estudio es de intervención mínima, por lo que solo requerimos consentimiento informado por escrito de los pacientes para participar en el estudio y los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, contempladas en la Ley General de Salud en materia de investigación y con la declaración de Helsinki de 1975 y posteriormente en Edimburgo en el año 2000.

RESULTADOS:

El grupo de estudio correspondió 94 personas de las cuales se distribuyeron 45 en el grupo de casos y 49 en controles. La edad promedio de grupo se presentó en 39.29 en un rango de 18 a 67 años

En la distribución por sexo se determinó un mayor porcentaje de pacientes entrevistados en el sexo femenino, donde encontramos 74%, como se especifica en la figura 1.

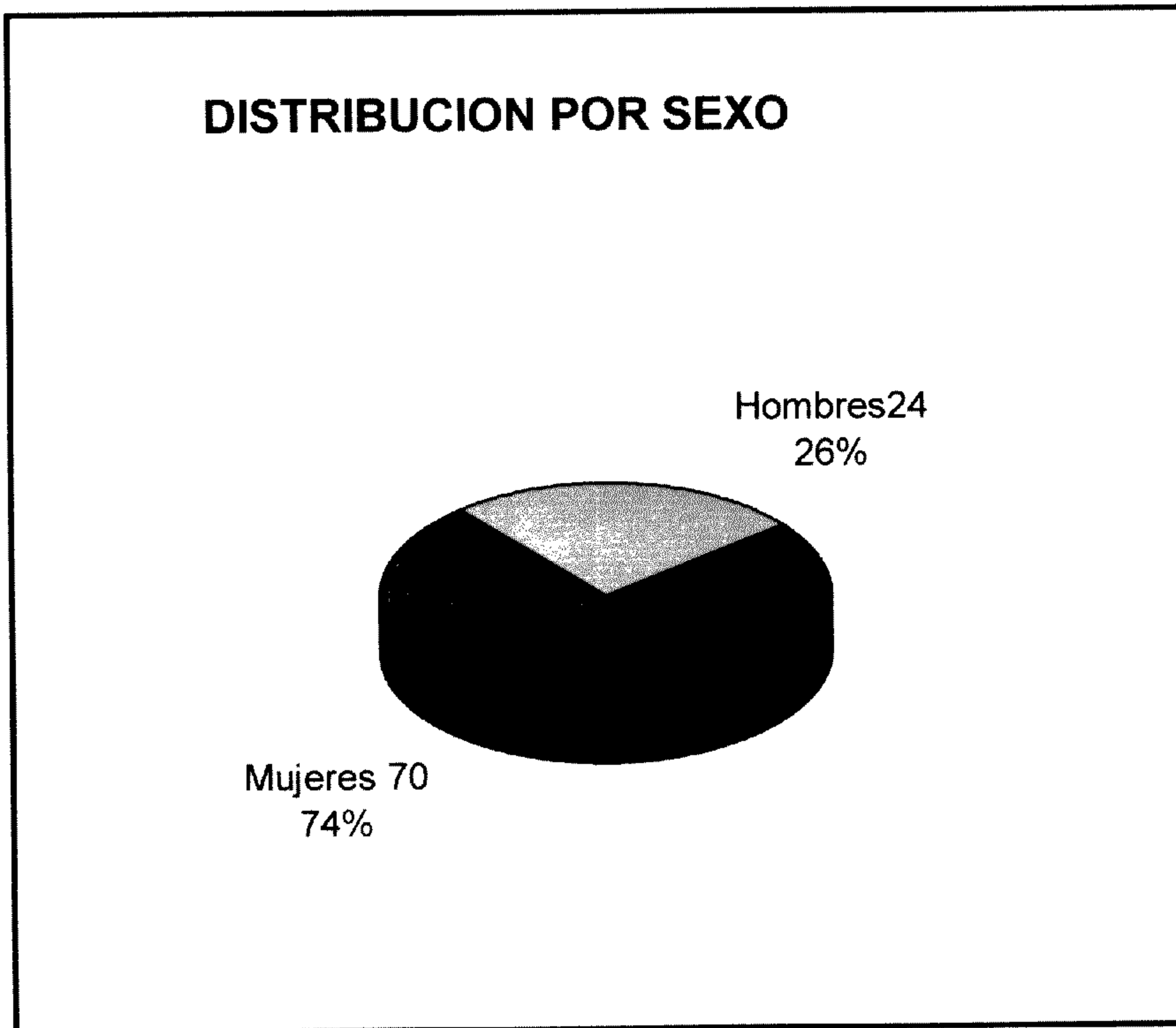


FIGURA 1.5

En la figura dos representamos el grupo de casos en distribución por sexo se presentó con un 80% en el grupo femenino y solamente un 20% masculinos. Con una edad promedio de 37.95 años con una DE 11.14 y un rango 19 a 60.

GRUPO DE CASOS POR SEXO

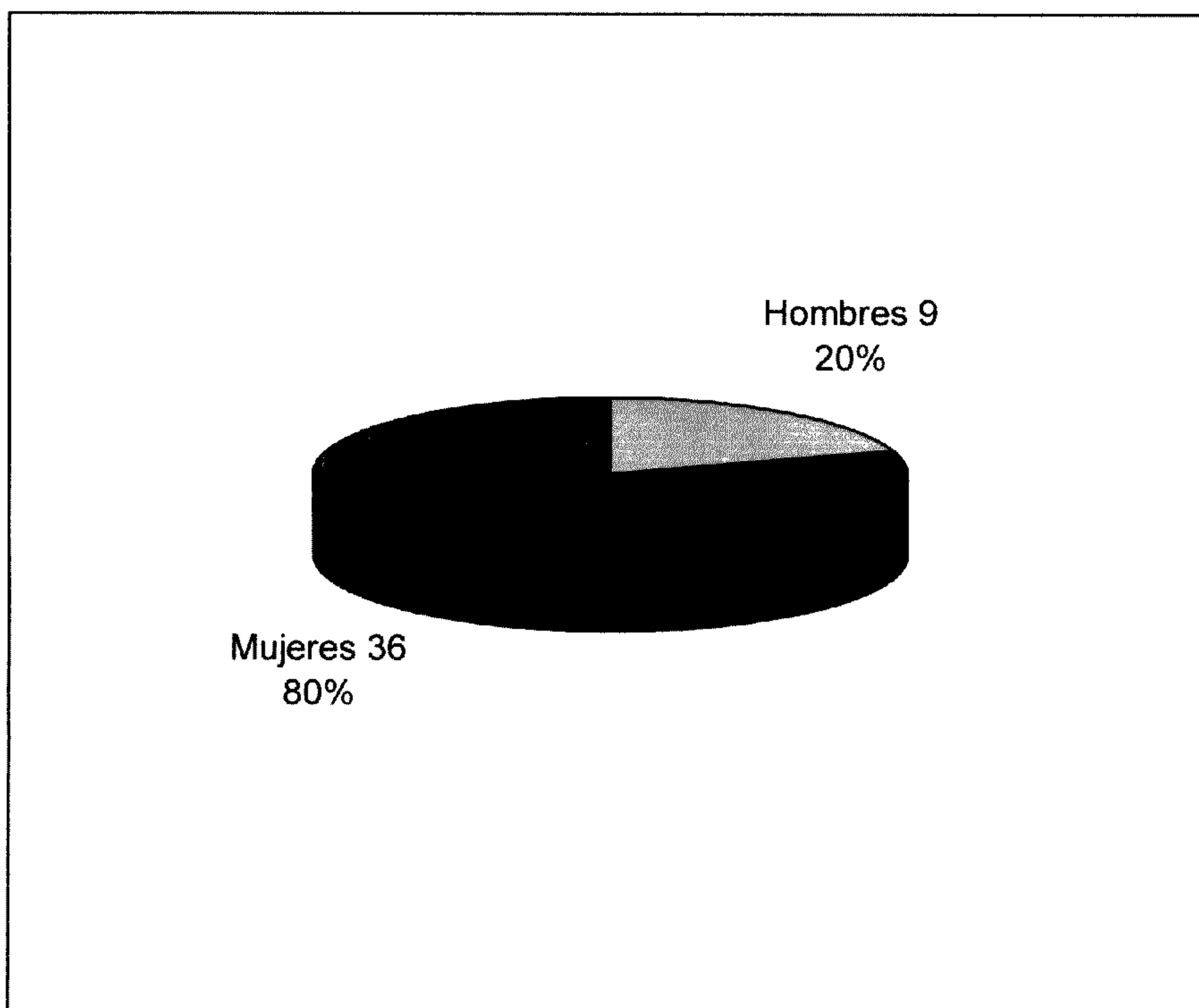


FIGURA 2

En el grupo control la distribución por sexo se aprecia en la Fig. 3, la edad promedio correspondió de 40.65 con una DE 13.58 y un rango de 67 a 18.

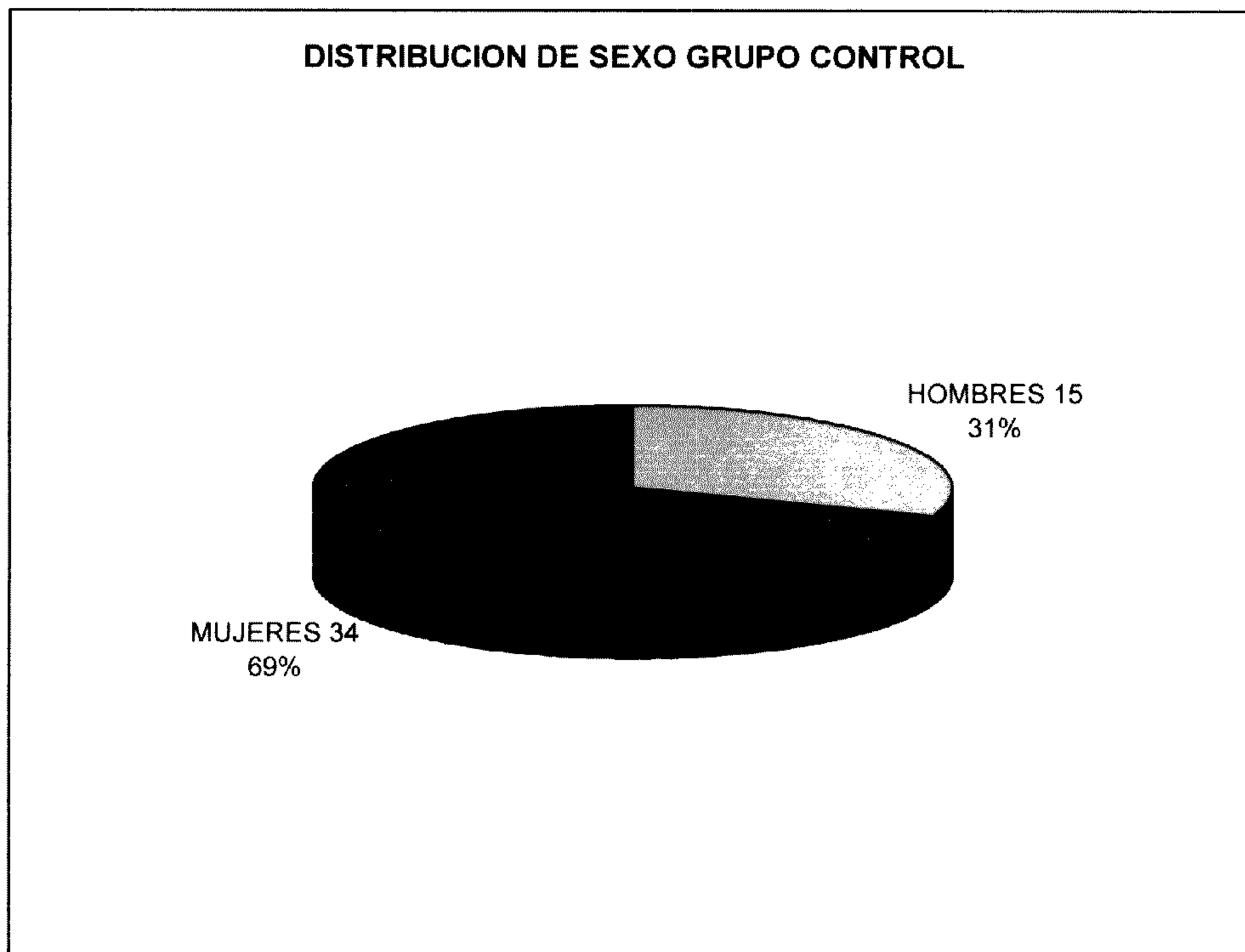


FIGURA 3.

En esta figura 4 determinamos que en la clasificación de MIDAS se encuentra un mayor numero en el grado IV y un menor porcentaje en el grado III.

De acuerdo al total de días:

Un puntaje entre 1 y 5 sugiere dolor leve sin incapacidad, entre 6 y 10 elevado dolor con mínima incapacidad, entre 11 y 20 incapacidad moderada, y más de 20 severa incapacidad.

Por lo anterior deducimos que el mayor porcentaje de pacientes se encuentran con mas de 20 días al mes de cefalea con severa incapacidad.

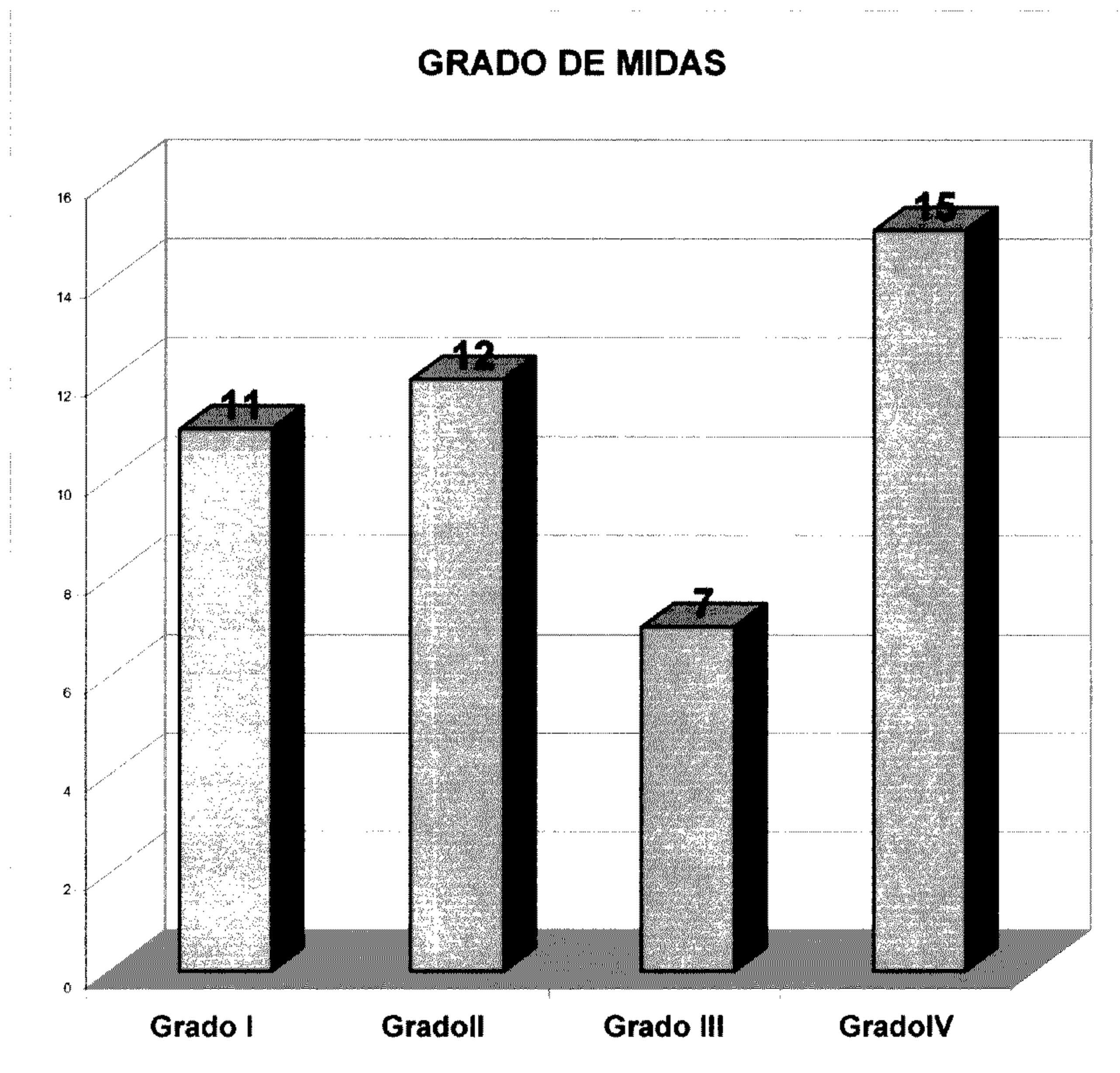


FIGURA 4.

La funcionalidad encontrada en el grupo control se observa en la figura 5, donde tenemos un mayor porcentaje en individuos con familias funcionales que en los grupos de moderada y/o severa disfuncionalidad.

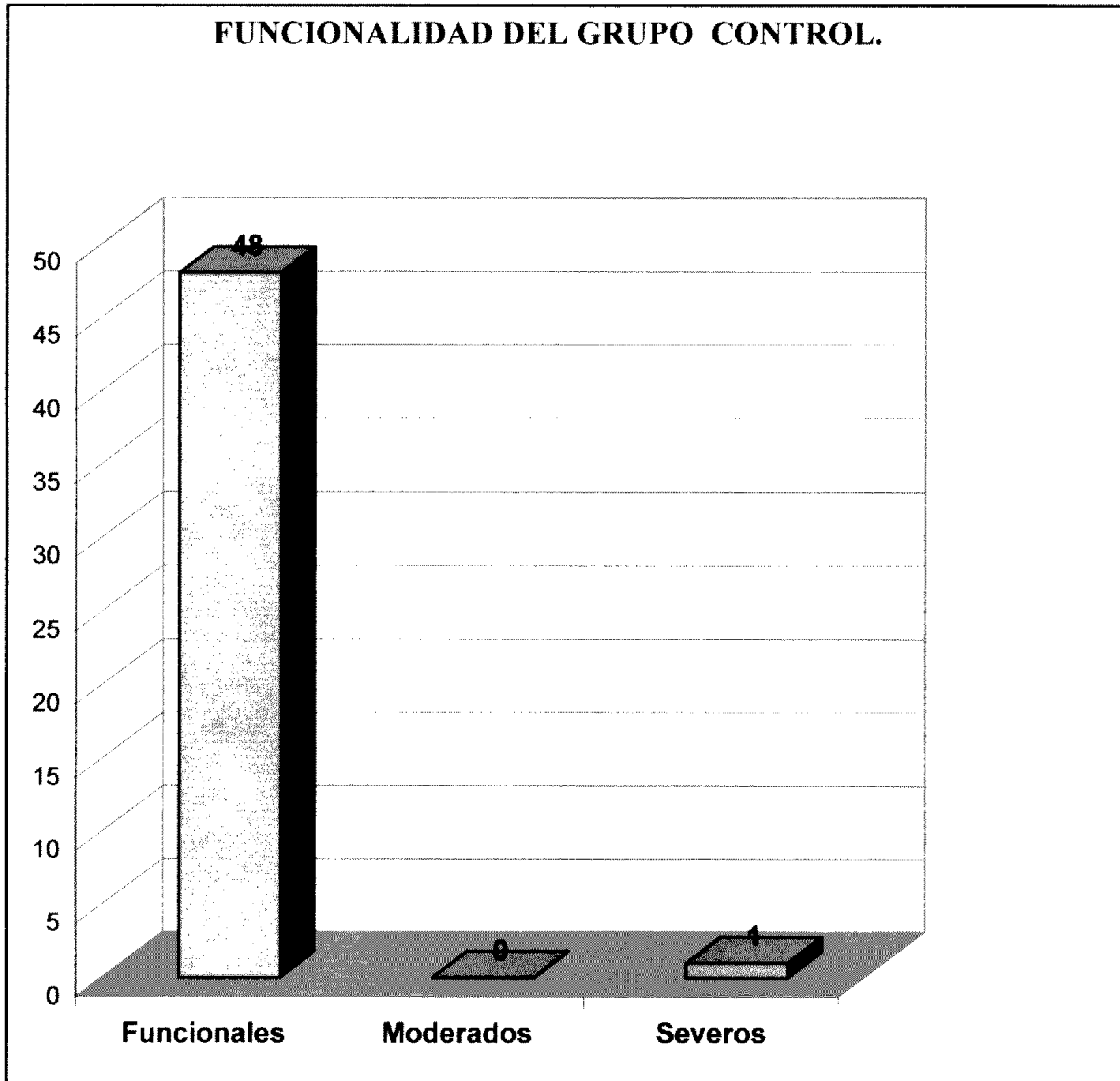


FIGURA 5.

En cuanto al grupo de casos figura 6, nos muestra un mayor porcentaje en los paciente en la severa y moderada disfuncionalidad con 18 pacientes en cada rubro, el análisis estadístico basado en la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney nos demuestra una diferencia estadísticamente significativa entre el apgar del grupo de casos con el de controles $P < 0.001$. De acuerdo a lo anterior y a la determinación de riesgo en razón de momios podemos determinar que los pacientes con cefalea tienen 192 veces más riesgo de presentar cefalea que aquellos que no tienen disfunción familiar.

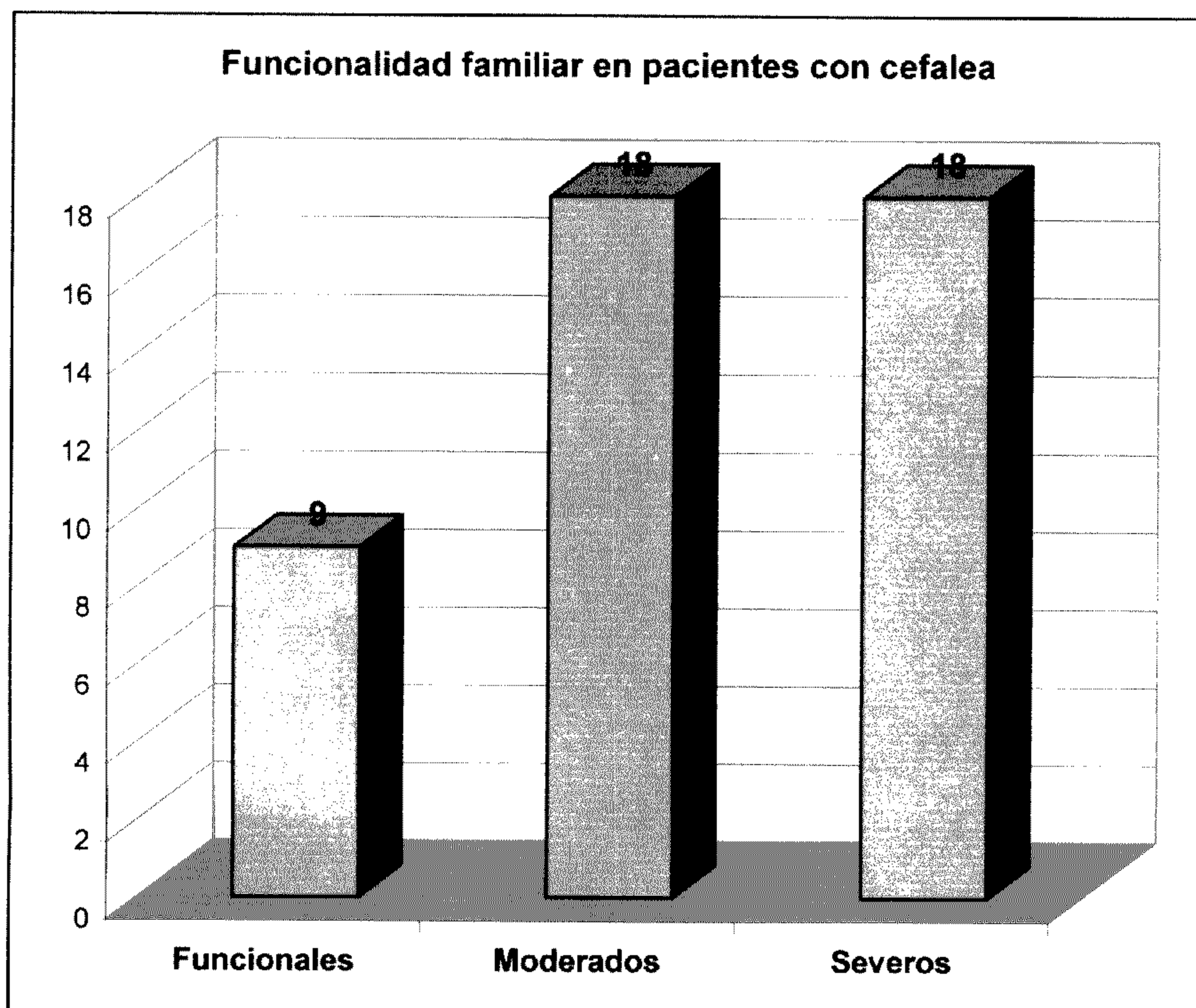


FIGURA 6.

Dentro de nuestros resultados observamos como el peso de la disfunción recae en su mayor porcentaje en la participación familiar en un 85.10% y en un menor porcentaje en el crecimiento con un 69.04% como lo podemos verificar en la tabla 1.

PESO DE LA DISFUNCIÓN

APGAR FAMILIAR

ADAPTACIÓN	79.16%
PARTICIPACIÓN	85.10%
CRECIMIENTO	69.04%
AFECTO	76.74%
RESOLUCIÓN	82.22%

TABLA 1.

DISCUSIÓN :

Este estudio nos refleja la percepción de satisfacción de los pacientes entrevistados exclusivamente.

Investigaciones anteriores han demostrado que existen trastornos neuropsiquiátricos asociados a la CCC, particularmente la depresión, esta puede ser una causa directa que afecta la relación con el grupo familiar lo que conlleva a una disfunción. Investigaciones posteriores han determinado que la depresión es mucho más prevalente en la población con dolor que en la que padece alguna otra enfermedad crónica (10).

De acuerdo con los trabajos publicados de Rolan en 1948 (38), la adaptación de la familia a la enfermedad conlleva alternancia de momentos centrípetos y centrífugos, en los cuales se mantiene o se pierde la estructura familiar. Así cuando aparece la cefalea se genera una respuesta aglutinante y a partir de este momento, se ve forzada a ser compatible la tarea evolutiva con el cuidado al enfermo. El análisis de la funcionalidad de estas familias determinado por el paciente enfermo coincide con lo descrito por Onnis (39), en lo que él llama "Modelo interaccional" que relaciona el ambiente social con la organización familiar y con ello se explica el síntoma somático como expresión del estrés emocional, lo que relaciona en este trabajo a la cefalea crónica cotidiana con la disfunción familiar.

En un trabajo realizado por la Dra. Ortega Alvelay relacionado con el funcionamiento familiar y la percepción de signos de alarma establece que los signos de

alarma estudiados fueron señalados 108 veces; 90 (83,3 %) se incluían dentro de familias disfuncionales. El signo de alarma que se presentó con mayor frecuencia en dichas familias fue la ansiedad crónica con síntomas difusos, encontrada en 42 (38,8 %), seguida de la migraña atípica en 33 de las disfuncionales (30,6 %), por lo que podría establecerse que la migraña no es la causa directa de la disfuncionalidad sino que prevalece que la causa es la disfuncionalidad familiar en la migraña (40).

En el nivel de participación encontrada en nuestro grupo de estudio que presento el más alto nivel, podemos considerarlo como una respuesta emocional de la familia, se ve interrumpida en la distribución equitativa de responsabilidades entre los miembros de la familia, en donde no se comparte solidariamente los problemas y la toma de decisiones, la ambivalencia de esta situación es producto del deseo de ayudar al enfermo y la responsabilidad que conlleva el cuidado y dedicación de tiempo al paciente. Dado que esta cefalea es de evolución crónica y deteriorante con descontroles agudos, mantiene en vilo a la familia en estado de crisis recurrentes. Esta condición induce a guardar silencio respecto a ciertos contenidos sobre el estado físico y emocional del enfermo la cual termina por aislarlo.

El área en que encontramos la afección con menos importancia fue la de crecimiento posiblemente por la madurez emocional y física de la autorrealización del paciente enfermo. El área de afecto aunque deficiente es determinada por el paciente como una de las de menor peso de la que depende la disfunción familiar, aunque el afecto intra familiar es fundamental, en la que prevalece las manifestaciones verbales y

no verbales de bienestar y malestar. Ante la presencia de síntomas el afecto es un indicador de cómo el paciente asume la enfermedad.

En el campo de la salud y de la familia el conocimiento de las causas de la enfermedad o de la disfuncionalidad familiar es importante no solo para su prevención, sino para la aplicación de tratamientos adecuados. El concepto de causa tiene distintos significados en diferentes contextos y no existe una definición que resulte igualmente adecuada para todas.

Una causa de enfermedad o desarmonía es un acontecimiento, circunstancia, característica o combinación de estos factores que desempeñan un papel importante en la producción de la enfermedad y la debe de preceder.

La asociación puede definirse como la dependencia estadística que existe entre dos o más factores, donde la ocurrencia de un factor aumenta o disminuye a medida que varía el otro en esta relación encontrada, en el estudio encontramos una causa suficiente por que inevitablemente produce la disfuncionalidad.

El presente estudio demuestra que el problema de la migraña transformada es mas grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada e inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente con migraña transformada sienta la necesidad y deseo de vivir y esto le lleve a un mejor control de la enfermedad de acuerdo a la percepción en la satisfacción de los pacientes entrevistados.

Se debe comprender que el tratamiento de la migraña transformada es más amplio no solo del conocimiento acerca de lo que es la enfermedad. Es necesario explorar el ámbito familiar situación evidente de este estudio, ya que en el grupo de

pacientes con percepción de disfunción familiar fue mayor en los pacientes con migraña transformada que el grupo control lo que puede estar relacionado con la falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo.

En nuestro trabajo demostramos una asociación válida entre la cefalea y el Apgar determinado por disfuncionalidad familiar.

La funcionalidad encontrada en el grupo control se observa en la figura 5, donde tenemos un mayor porcentaje en individuos con familias funcionales que en los grupos de moderada y/o severa disfuncionalidad.

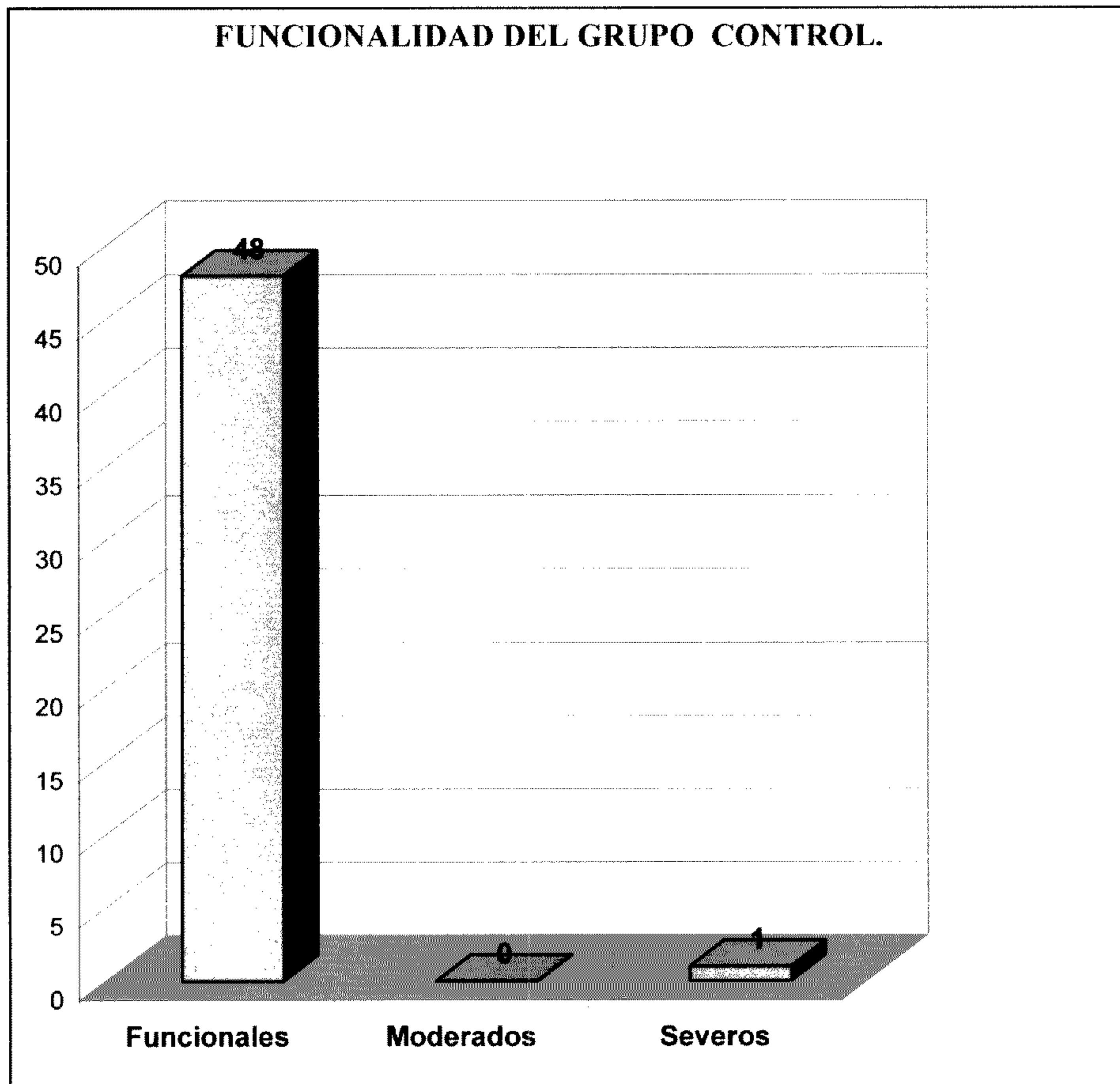


FIGURA 5.

En cuanto al grupo de casos figura 6, nos muestra un mayor porcentaje en los paciente en la severa y moderada disfuncionalidad con 18 pacientes en cada rubro, el análisis estadístico basado en la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney nos demuestra una diferencia estadísticamente significativa entre el apgar del grupo de casos con el de controles $P < 0.001$. De acuerdo a lo anterior y a la determinación de riesgo en razón de momios podemos determinar que los pacientes con cefalea tienen 192 veces mas riesgo de presentar cefalea que aquellos que no tienen disfunción familiar.

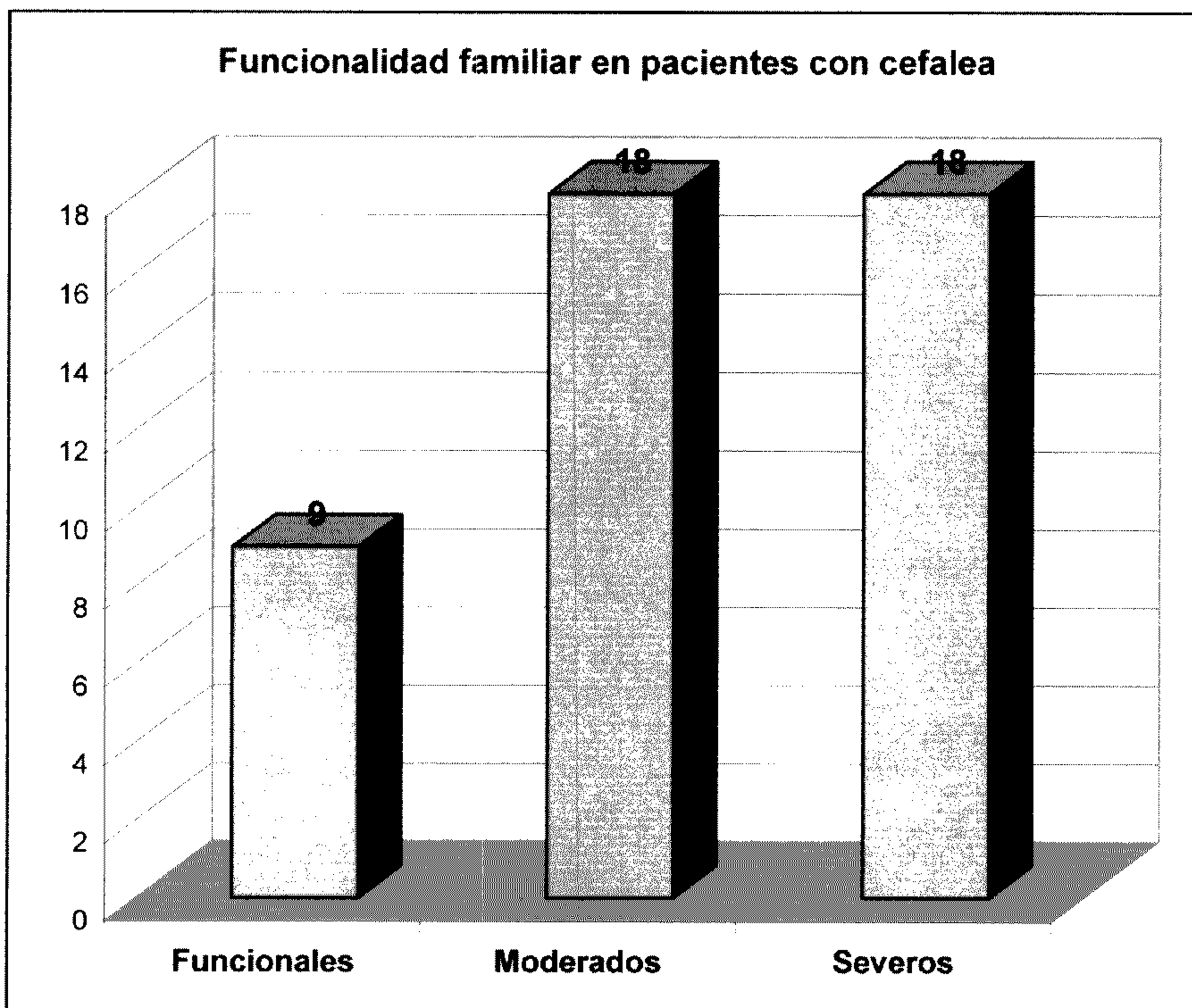


FIGURA 6.

Dentro de nuestros resultados observamos como el peso de la disfunción recae en su mayor porcentaje en la participación familiar en un 85.10% y en un menor porcentaje en el crecimiento con un 69.04% como lo podemos verificar en la tabla 1.

PESO DE LA DISFUNCIÓN

APGAR FAMILIAR

ADAPTACIÓN	79.16%
PARTICIPACIÓN	85.10%
CRECIMIENTO	69.04%
AFECTO	76.74%
RESOLUCIÓN	82.22%

TABLA 1.

CONCLUSIONES:

El objetivo principal de esta investigación fué determinar la influencia de la migraña transformada como factor del riesgo de la disfunción. Para lograr esto se buscó delimitar las áreas de la dinámica familiar con mayor influencia en la vida de las personas que padecen esta enfermedad y sin cefalea de las familias involucradas, utilizando el apgar familiar como instrumento de medición y el MIDAS.

El enfoque teórico metodológico desde el cual se planteo el problema y se construyó el marco conceptual, buscó sustentar la hipótesis acerca de la influencia de factores psicosomáticos, en este caso la cefalea, en la influencia que ejerce en la disfunción familiar

Dentro de la vida institucional nos resulta muy difícil realizar un adecuado abordaje familiar con fines terapéuticos ya que no contamos con las condiciones óptimas operativas en tiempo y lugar. Por lo que sugiero algunas acciones a realizar en la consulta diaria de medicina familiar con pacientes con migraña transformada:

- 1.- Considerar a la familia como unidad de tratamiento de la migraña transformada, lo cual debe de realizarse mediante una evaluación familiar que nos de a conocer cuáles son las áreas de disfunción familiar a las cuáles nos enfrentamos y cuáles son de mayor impacto familiar.

2.-Realizar a mayores pacientes el apgar familiar para que podamos conocer nuestra población familiar de la consulta diaria y así determinar actividades de ayuda a la familia.

3.- Incorporar psicoterapia familiar con equipos multidisciplinarios para la ayuda de pacientes con cefalea crónica y con disfunción familiar para tratar de disminuir la disfunción familiar a la que nos enfrentamos.

4.- Debemos crear una mejor relación médico paciente de manera afectiva y con mayor comunicación, y así poder dar confianza absoluta a nuestro paciente y tener más facilidad de tratamiento psicológico.

5.- Promover dentro del instituto grupos de autoayuda de terapia familiar, ya que sería de gran ayuda no solo a pacientes con este diagnóstico, sino a pacientes con muchas más enfermedades que pueden tener la misma base de problemática familiar.

6.- Realizar protocolos de manejo establecidos de manera institucional y promoverlos entre el personal médico y personal multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache*. 1999;39:190–196.
2. Guitera V, Pedro, Castillo J. Quality of life in chronic daily headache: A study in a general population. *Neurology* 2002;53:1062-1065.
- 3.- Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain*. 2000;88:41–52.
4. Lipton RB, Liberman JN, Kolodner KB, Bigal ME, Dowson A, Stewart WF. Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia*. Submitted
5. Curso de formación continuada. Cefaleas. Neurología. Diciembre 1997, Vol. 12, sup. 5.
6. Hernan SM. Crisis Mundial de la Salud. 2da ed. Editorial Ciencia. Madrid 1985:73- 79.
7. Smilkstein G. The physician and family function assessment . *Fam Sist. Med. Australia* 1984;2:262-278.
8. Saper, JR and VanMeter, MJ. Ergotamine addiction [abstract]. American Association for the Study of Headache. San Francisco, Calif, June 1980.

9. Saper JR, Winters M. Chronic "mixed" headaches. Profile and analysis of 100 consecutive patients experiencing daily headache [abstract]. *Headache*. 1982;22:145–146.
10. Saper J, FACP, FAAN. Chronic Daily Headache: A Clinician's Perspective. *Headache* 2002;42:538-542.
11. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. *Headache*. 1982;22:66–68.
12. Welch KMA, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine: cause or the burden of illness? *Headache*. 2001;41:629–637.
13. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: Field trial of revised HIS criteria. *Neurology* 1996;47:871-875.
14. Dodick DW, Saper J. Cluster and chronic daily headache. *Neurology* 2003;60:S31-S37.
15. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache including transformed migraine, chronic tension-type headache, and medication overuse. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's headache and other head pain*, 7th ed. New York: Oxford University Press, 2001: 247–282.
16. Lake AE, Saper JR, FACP. Chronic headache: New advances in treatment strategies. *Neurology* 2002;59:S8-S13.
17. Redillas C, Solomon S. Prophylactic pharmacological treatment of chronic daily headache. *Headache* 2000; 40: 83–102.
18. Silberstein SD, Young W, Hopkins M, Schechter A. Olanzapine in the treatment of refractory migraine and chronic daily headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 382–383.
19. Silberstein SD, Mathew NT, Saper JR, Jenkins S. Botulinum toxin type A as a migraine preventive treatment. *Headache* 2000; 40: 445–450.

20. Diamond S, Freitag FG, Diamond M, Urban G, Pepper B. Tizanidine in the preventative treatment of chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 335. Abstract.
21. Krusz J, Belanger J, Mills C. Tizanidine: a novel effective agent for treatment of chronic headaches. *Headache Q* 2000; 11: 41–45.
22. Lipton RB, Hamelsky SW, Stewart WF. Epidemiology and impact of headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. New York: Oxford University Press; 2001: 85–107.
23. Tarlov A, Ware J, Greenfiels S, et al. The Medical Outcome Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA*. 1989;262:92–93.
24. Monzon MJ, Lainez MJ. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*. 1998;18:638–643.
25. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, et al. Impact of chronic daily headache in the quality of life. A study in the general population [abstract]. *Cephalalgia*. 1999;19:412–413.
26. Ramsey CH. The relationship between family functioning life events, family structure and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
27. Rahe R, Meyer M. Social stress and illness onset. *J Pshychosom Res* 1964; 8: 35-44.
28. Herrera JA, Herrera S, Arévalo M, et al. Stress and lambliasis in patients with respiratory allergic disease. *Stress Med* 1992; 8: 105-10.
29. Meyer T, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families. *Pediatrics* 1962; 29: 539-49.

30. Smilkstein G, Helsper-Lucas A, Ashworth C, et al. Prediction of pregnancy complications: an application of a biopsychosocial model. *Soc Sci Med* 1984; 18: 315-21.
31. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J* 1992; 12: 391-99.
32. Arias L, Herrera JA. El Apgar Familiar en el cuidado primario de salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia. 1994;25:26-28.
33. Molina LA, Henry A, Zelinda-Mariño C. Apgar Familiar y Adolescencia. Caracas-Mérida XXXVI Congreso Nacional de pediatría Puerto de la cruz, estado. Anzoategui. Del 02 al 08 de Septiembre del 2001:1-8.
34. Lomelí Guerrero LE, Gómez-Chavelina FJF, Irigoyen-Coria A. *Resvista Archivos en Medicina Familiar* 2000;2:1-15.
35. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J. Fam Pract.* 1982;15:303-311.
36. Mendizabal-Rodríguez JA. *Revista Medica del Hospital General*. Vol. 62 Núm. 3 de julio-septiembre 1999. Pág. 191-197.
37. Rodríguez E. Libro guía: salud familiar (clips de salud familiar), ISSASCOFAME Código de biblioteca CES wa-310.s3-90.Ej3.
38. Rolland JS. Chronic illness and the Family life cycle. En: Carter, B 1989.
39. Onnis L. *Terapia Familiar de los trastornos psicósomáticos*. Paidós, México 1996.

40. Ortega A. Fernández V. Osorio P. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(4):123-127

ANEXOS:

ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN COLIMA Y MICHOACAN
H.G.Z.M.F. 12 LAZARO CARDENAS MICHOACÁN
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

**DRA. ELSA MIREYA SALGADO SOLIS
RESPONSABLE DEL PROYECTO
NÚM. DE REGISTRO _____**

URUAPAN MICH. A _____ DE _____ DEL 2004

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO SE ME REALICE LA PRESENTE ENCUESTA PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN LA MIGRAÑA TRANSFORMADA COMO FACTOR DE RIESGO EN LA DISFUNCIÓN FAMILIAR. REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN LA CD. DE LAZARO CARDENAS MICH. CON NUM _____

EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES IDENTIFICAR LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON MIGRAÑA TRANSFORMADA Y EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES QUE NO PRESENTAN MIGRAÑA TRANSFORMADA Y SU FUNCION FAMILIAR, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NUM. 12.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO CONSISTIRA EN CONTESTAR UNA ENCUESTA DE 10 PREGUNTAS EN CASO DE PRESENCIA DE MIGRAÑA TRASNFORMADA Y 5 EN CASO DE NO TENER LA PATOLOGÍA. NO EXISTIENDO DOLO NO PRESION ALGUNA PARA QUE LAS CONTESTE.

PACIENTE _____

No. DE AFILIACIÓN _____

FIRMA _____

ANEXO 2

Procedimientos de Recolección de la Información.

Encuesta dirigida: **Hoja de Recolección de Datos
Migraña Transformada y Apgar Familiar**

Nombre: _____
 Afiliación: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Grupo: a) Caso b) Control
 Edad: _____ Sexo: a) Masculino b) Femenino
 Trabaja: a) Si b) No

MIDAS

Con respecto a su cefalea conteste en los últimos 3 meses lo siguiente:

1. Días que no laboró o no realizó su tarea: _____
2. Días que realizó menos de la mitad de sus labores o su tarea: _____
3. Días que no realizó su trabajo en casa o quehacer: _____
4. Días que realizó su trabajo en casa o su quehacer menos de la mitad: _____
5. Días en que falló a compromisos decisiones o sociales por su cefalea: _____

Intensidad en la escala subjetiva del 0-10: _____

Días totales con cefalea en los últimos 3 meses: _____

Grado de Midas: a) I (0-5) b) II (6-10) c) III (11-20) d) IV (> 20)

Apgar Familiar

Pregunta	Casi siempre	Algunas veces	Casi Nunca
1. ¿Cuándo tiene algún problema queda satisfecho con la ayuda que le da su familia?			
2. ¿Le satisface el modo como su familia conversa con usted sobre las cosas y cómo comparte los problemas?			
3. ¿Qué tanto su familia acepta y apoya sus deseos de emprender o tomar nuevas decisiones?			
4. ¿Le gusta la manera como su familia le expresa afecto y responde a sus emociones (ira, pena, amor)?			
5. ¿Le gusta la forma como comparten el tiempo usted y su familia?			
Totales			

Dra. Elsa Mireya Salgado Solís
 Dr. Héctor Alberto González Usigli