

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CEFALEA
TENSIONAL.

TESIS:

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

HECTOR RAFAEL VELÁZQUEZ JURADO.

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-
SOSA.

REVISORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS.

MEXICO, D. F.

2008.



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.

*“El mundo se está quedando sin genios:
Einstein murió, Beethoven quedó sordo...
y a mí... me duele la cabeza”.*

Anonimo.

"To work with others to reduce the world burden of headache."

International Headache Society.

A mis padres Bárbara y Héctor y a mi hermano Diego.

Quiero agradecer profundamente a todos aquellos que, directa o indirectamente hicieron posible la realización de este trabajo, a los que estuvieron cerca y a los que estuvieron lejos, a todos aquellos de que de algún modo han sido parte de esta mi historia...

He de agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por su formación académica invaluable. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al Sistema Nacional de Investigadores, por la oportunidad de participar en las tareas que competen a la investigación. Al Instituto de Neurología y Neurocirugía de México, por su apoyo y confianza en la labor del psicólogo.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por aceptarme en su equipo, dirigir esta tesis y ser pieza clave en mi formación académica y crecimiento personal, por todo el apoyo y la confianza depositada en mí a lo largo de estos años. Pero principalmente por ser un hombre de carácter infranqueable capaz de sonreír en todo momento, por establecer un nuevo parámetro entre quienes admiro y respeto.

A la Dra. Angélica Riveros, la mejor y más brillante revisora que pude haber tenido. En ti encontré a una verdadera amiga, por tu confianza y apoyo inagotables. Aprecio mucho las horas de arduo trabajo tratando de hacer que las cosas queden impecables. Tu me enseñaste que “siempre es posible hacer más”.

A mis sinodales, por todas sus aportaciones, al Dr. Samuel Jurado, a la Mtra. Alicia Velázquez y a la Dra. Dolores Rodríguez, gracias por su disposición y entrega a este trabajo.

Al Dr. Fernando Zermeño, por abrirme las puertas del instituto de Neurología y del quehacer cotidiano de la atención a la cefalea, su apoyo fue sin duda, indispensable para la realización de este trabajo.

Al Mtro. Alex Zalce, por sus comentarios y aportes a fin de mejorar este trabajo, gracias por darte el tiempo de ayudarme, de verdad lo valoro mucho.

A mi gran amigo Miguel, por su amistad invaluable, tu sentido del humor nos hace la vida más fácil, poseedor del comentario que te obliga a sonreír en los momentos más oscuros. En ti, he encontrado a un verdadero hermano, y muchos de mis más apreciables momentos.

A Edén, mi gran compañero de toda la vida, gracias por darme tu amistad y compañerismo en todo momento, incluso en los más distantes. Otro de mis hermanos selectos, qué más puedo decir, eres un gran tipo.

A Benjamín, por sus atinados y oportunos consejos, por haberte preocupado por nuestro bienestar, tarea bastante ardua que sin embargo apreciamos.

A mis cuates de la vocacional, Jesús, Marco, Benito y Felipe con ustedes he vivido las aventuras más grandes e increíbles de mi vida, cada uno tiene algo que siempre he querido en mí, Felipe el brillante, Jesús el noble, Benito el optimista y Marco el luchador. Los quiero a todos.

A Carlos, que no sólo ha sido un estupendo colega y compañero de equipo, sino también por que me ha dado su amistad incondicional, eres como un hermano mayor, con quien a la vez peleo y río. Aunque no lo creas, te he aprendido grandes lecciones, valoro mucho todo lo que haces por mi, mil gracias viejo!

A Ceci, tu sabiduría, el consejo siempre puntual y optimismo infinito que te caracteriza hacen de ti una de las personas más valiosa, lindas y funcionales que conozco.

A mis amigos de la facultad, con quienes he compartido mucho, aunque haya pasado tan rápido, los primeros en creer en mí. De verdad aprecio tenerlos en mi vida. Ángeles, tu determinación y entusiasmo siempre me han inspirado; Paty, por tu apoyo y preocupación para culminar este trabajo; Enrique e Issac, siempre han estado para hacerme sonreír. A todos ustedes, gracias totales!

A los amigos del cubo, quienes siempre han estado dispuestos a ayudarme, al buen Patoni, Jacqueline, Brenda, Isa y Janneth, gracias por todos sus consejos, su apoyo incansable, refrescante compañía y por motivarme a trabajar duro.

A toda mi familia, a la abuelita a los tíos, las tías y los primos Velázquez y Jurado, por ser parte de mi vida y procurar siempre nuestro bienestar. A todos por igual, los quiero mucho.

A mi mamá, que siempre ha estado conmigo, gracias por tu apoyo e inagotable paciencia, tu bonhomía ante las causas más desesperadas, tu empeño constante y amor a la Psicología me han motivado infinitamente, espero que algún día estés tan orgullosa de mí como yo de ti. Eres una gran mujer y por eso te adoro.

A mi papá, que también ha estado siempre a mi lado, gracias por confiar en mí y apoyarme en todo. Tu sentido del humor ha sido una de las mejores lecciones en los momentos difíciles. Eres un hombre magnífico y entregado a quien respeto, y quiero muchísimo. Gracias por todo lo que has hecho por nosotros.

Y por su puesto, a mi querido hermano Diego, de quien he aprendido tanto, eres una de las personas más brillantes e importantes que hay en mi vida, tu inagotable energía y vocación me han motivado a llegar hasta este punto. El mejor compañero de familia, deportes, juegos, música y aventuras que he tenido. Te quiero y quiero que siempre estés bien.

ÍNDICE.

Resumen.....	9
Abstract.....	10
I. INCIDENCIA.....	11
II. TIPOS COMUNES DE CEFALEA.....	17
III. TRATAMIENTO.....	25
IV. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.....	29
MÉTODO.....	33
<i>Participantes</i>	33
<i>Instrumento</i>	35
<i>Procedimiento</i>	37
RESULTADOS.....	43
<i>Primera Aplicación</i>	43
<i>Segunda Aplicación</i>	48
<i>Contribución relativa</i> <i>a la confiabilidad</i>	54
<i>Tercera Aplicación</i>	55
DISCUSIÓN.	72
<i>Limitaciones y sugerencias</i>	81
REFERENCIAS.....	88
Anexo I.....	94
Anexo II.....	101

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tablas.

Tabla 1.....	34
Tabla 2.....	35
Tabla 3.....	44
Tabla 4.....	49
Tabla 5.....	50
Tabla 6.....	57
Tabla 7.....	58
Tabla 8.....	60
Tabla 9.....	63

Figuras.

Figura 1.....	46
Figura 2.....	47
Figura 3.....	52
Figura 4.....	53
Figura 5.....	66
Figura 6.....	67
Figura 7.....	68
Figura 8.....	69
Figura 9.....	70

RESUMEN.

La cefalea tensional constituye un problema importante en materia de salud pública a nivel mundial pues repercute tanto en aspectos individuales como sociales del funcionamiento humano. Este trastorno ocasiona en quien lo padece irritabilidad, cansancio, dificultad para poner atención y concentrarse y trastornos del sueño, entre muchos otros. Sin embargo, pocos estudios han abordado el desarrollo de instrumentos para su tamizaje o bien se han hecho a partir de clasificaciones obsoletas. El objetivo del presente trabajo consistió en diseñar un instrumento de fácil aplicación que identifique a quienes padecen cefalea tensional y brinde registros confiables sobre criterios diagnósticos y factores de riesgo. Participaron 20 pacientes con diagnóstico confirmado que acudían a consulta externa en el Instituto Nacional de Neurología y 20 sujetos aparentemente sanos. Los resultados revelaron que el instrumento desarrollado es confiable ($r=.493$) y capaz de discriminar entre quienes tienen el padecimiento y los que no, así como algunos indicadores que deben reconsiderarse en cuanto a síntomas asociados y factores de riesgo.

Palabras clave: Tamizaje, incidencia, instrumentos de medición, dolor.

ABSTRACT.

Tension type headaches constitute a worldwide public health problem as it affects both individual and social aspects of human performance. These headaches cause irritability, weariness, diminished attention, concentration difficulties, and sleep disorders, among many other problems. Nevertheless, few studies have aimed to the development of screening instruments for tension type headache. Some studies have attempted so but on the basis of obsolete classification systems. The present study aimed at designing an easy-to-apply instrument able to identify individuals with tension type headache and to yield reliable records on both diagnostic criteria and risk factors. Twenty previously diagnosed tension headache patients participated while attending the physician's office as outpatients of Mexico's National Institute of Neurology. Additionally, twenty apparently healthy persons also participated. Results pointed out to a reliable instrument ($r=.493$) with good discriminatory power to distinguish those who suffer the disorder from those who do not. The instrument also collects data on indicators which should probably be reconsidered as either associated symptoms or risk factors.

Key words: Screening, incidence, measurement instruments, pain.

I. INCIDENCIA.

Por la naturaleza de sus síntomas y su potencial incapacitante, la cefalea de tipo tensional, constituye uno de los principales problemas en materia de salud pública a nivel mundial (World Health Organization, WHO; 2000) y entraña un impacto negativo para los individuos que la padecen e, indirectamente, para sus familias y comunidades inmediatas. Sin embargo la importancia de los trastornos por cefalea frecuentemente se pasa por alto, probablemente debido a su naturaleza episódica y a la falta de mortalidad directamente atribuible al padecimiento (Rasmussen y Olesen 1996).

En general, la cefalea tensional no es motivo directo de incapacidad grave o total, pero puede llegar a serlo (Smetana 2000); aproximadamente el 8% de los hombres y el 14% de las mujeres con cefalea perdieron un día o más de trabajo o de clases por cada episodio debido a este padecimiento (Linnet, Stewart, Celentano, Ziegler & Sprecher 1989). Estos pacientes por lo general refieren sentirse irritables, cansarse con mucha más facilidad que el resto de las personas, tener dificultades para poner atención y concentrarse, ocasionando trastornos

de la memoria, así como trastornos del sueño. Entre los principales problemas del sueño a los que se enfrenta un paciente con cefalea tensional se encuentra el despertar demasiado temprano y no poder volver a conciliar el sueño. Además, los pacientes con cefalea tensional son los más afectados por dormir pocas horas cada noche y, en particular las mujeres afirman no tener sueño reparador (Rasmussen, 1993). En algunos casos hay presencia de anorexia, náusea y vómito ocasional, principalmente cuando se ha incurrido en sobredosis de analgésicos (Mosquera 1998) o cuando la cefalea tensional es crónica (WHO, 2000; International Headache Society, IHS, 2004).

Adicionalmente, la literatura de investigación sugiere la existencia de comorbilidad de la cefalea tensional con trastornos como ansiedad y depresión (Zermeño y Miranda, 2000; Zwart, 2003). La presencia de cefaleas constituye un importante predictor para el desarrollo de depresión en adultos mayores sin importar el tiempo de evolución de aquéllas (Wang, Liu, Fuh, Liu, Wang & Lu; 1999).

En consecuencia, la calidad de vida de quien padece cefalea tensional se ve sustancialmente afectada deteriorando tanto el desempeño laboral (Rasmussen, Jensen, Schroll & Olesen; 1991) como la interacción familiar ya que generalmente los familiares más cercanos refieren cambios drásticos de conducta en los pacientes (Mosquera 1998).

La cefalea tensional es el tipo más común entre las cefaleas. En países desarrollados tanto en América como en Europa este padecimiento afecta aproximadamente a más del 60% de los varones y a poco más del 80% de las mujeres (WHO, 2004; IHS, 2004). Paradójicamente es el trastorno por cefalea menos investigado a pesar del gran impacto socioeconómico que representa (IHS, 2004). En Estados Unidos el 18% de los adultos entre 18 y 44 años, que participaron en una Encuesta Nacional de Salud informaron haber padecido cefaleas intensas, tanto tensionales como migrañosas, en los últimos tres meses antes de la entrevista. Las mujeres resultaron ser más propensas que los hombres, a padecer cefaleas, aunque en ambos casos el porcentaje de personas que experimentan algún tipo de cefalea fue inversamente proporcional a la edad (Pleis, Lethbridge-Çejku;

2006). Así, en la adolescencia ocurren más episodios de cefalea que en la edad madura. Respecto de la edad de inicio el 49% de los hombres y el 58% de las mujeres evaluadas empezaron a padecer de cefalea tensional entre los 11 y 20 años de edad (Rasmussen, 1993).

En México la situación no es diferente, ya que no se ha dado a las cefaleas la importancia que merece, incluso muchos pacientes optan por vivir con el malestar y consumiendo analgésicos automedicados cuando el dolor se agrava (Cruz, 2007), este hecho por si mismo constituye un riesgo importante para la salud, pues de acuerdo con la hipótesis de automedicación lejos de conseguir aminorar los síntomas, éstos aumentan y los pacientes pueden derivar en conductas adictivas (Khantzians, 1985), recientemente se ha puesto a prueba dicha hipótesis con resultados similares (Blume, Schmaling & Marlatt, 2000). En el caso de la cefalea tensional, si se consideran los criterios de duración (de 30 minutos a 7 días) y de intensidad (de leve a moderado) dados por la Clasificación Internacional de Trastornos por Cefalea, el 59.3% de la población presenta dicho padecimiento. Sin embargo, si no se consideran dichos criterios la cifra se eleva al 74.7%

(Zermeño y Miranda 2000). En cuanto a servicios de salud, estadísticas publicadas por el Hospital General de México en su Clínica del dolor, los trastornos por cefalea ocuparon el noveno lugar dentro de los veinte principales motivos de consulta de enero a septiembre del 2006, equivalente al 3.75% de la población total que busca atención en el hospital (Secretaria de Salud, Hospital General de México, 2006). Finalmente, los trastornos por cefalea, fueron el principal padecimiento referido dentro de las clasificadas “enfermedades del sistema nervioso” representando al 30.5% de población participante en el conteo (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI, 2004).

Factores asociados con las cefaleas incluyen la edad, el género (predominantemente el femenino), percepción de poca salud, incapacidad para relajarse después del trabajo, dormir pocas horas por noche, patrones de sueño anormales y manejo defectuoso del estrés (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen y Jensen, 2005). Otros factores de riesgo o precipitadores de trastornos por cefalea incluyen cambios hormonales durante el ciclo menstrual, actividad física sedentaria en varones y, en

menor magnitud, el tabaquismo y el consumo de alcohol (Rasmussen, 1993).

Todo lo anterior, además del costo financiero y el riesgo de toxicidad por consumo frecuente de medicamentos (Steiner & Fontebasso, 2002) y de predisposición a infartos y accidentes cerebrovasculares (Eroza en: Cruz Martínez, La jornada 2007) hace de la cefalea tensional un importante objeto de estudio para la psicología de la salud en general y la medicina conductual en particular pues requiere, además, del diseño y evaluación de intervenciones para su tratamiento.

II. TIPOS COMUNES DE CEFALEA.

Existen diversos trastornos por cefalea conocidos y clasificados en grandes grupos. Las cefaleas pueden ser primarias, es decir, que no están asociadas con causas subyacentes identificables, y secundarias, derivadas de causas patológicas específicas, tales como alteraciones de la tiroides, epilepsia, ingesta de drogas o embarazo, infecciones, traumatismo cráneo-encefálico y trastornos psiquiátricos (IHS, 2004; Smetana 2000). Estos grupos a su vez se encuentran divididos en tipos, subtipos y subformas, dependiendo del trastorno específico del que se trate (IHS, 2004).

Los ataques o episodios de tipo migrañoso y tensional pertenecen al grupo de cefaleas primarias, consideradas las más comunes por la Clasificación Internacional de Cefaleas (IHS, 2004; WHO, 2004). Sin embargo, en ocasiones dichos trastornos suelen diagnosticarse como secundarios y en consecuencia no reciben el tratamiento adecuado a su etiología, ya que los síntomas propios de la cefalea tensional se pueden confundir con los de la migraña (Cruz, 2007), específicamente entre la *Migraña sin aura* y la *Cefalea tensional*

episódica infrecuente (IHS, 2004). Un estudio estadounidense reveló que un 42% de pacientes resultan incorrectamente diagnosticados con cefalea por sinusitis y un 32% con cefalea de tipo tensional, en vez de con migraña (Kaniecki 2003), lo que generaría sufrimiento innecesario por la demora del tratamiento adecuado. Por esta razón resulta importante contar con una descripción clara de cada padecimiento.

La migraña, puede dividirse principalmente en dos subtipos mayores, por un lado se encuentra la *Migraña sin aura*, anteriormente conocida como Migraña común o Hemicrania simplex, que se describe como el trastorno caracterizado por dolor recurrente en ataques que duran entre 4 y 72 horas y que se agrava con rutinas de actividad física, como caminar o subir escaleras. Es de tipo pulsátil y de locación unilateral, con intensidad que va de moderada a grave, se asocia con náusea y/o vómito, además hay presencia de fotofobia (hipersensibilidad a la luz) y fonofobia (hipersensibilidad al sonido) usualmente provocando evitación de estos estímulos y evidentemente no se atribuye a otro padecimiento. Se trata del subtipo más común de migraña, y su frecuencia y discapacidad producida son

mayores que en la *migraña con aura*. Este padecimiento se describe como un trastorno recurrente que suele manifestarse en ataques de síntomas focales neurológicos reversibles que se desarrollan gradualmente entre 5 y 20 minutos y duran menos de una hora (IHS, 2004). El aura se confunde frecuentemente con síntomas conocidos como premonitorios (fatiga, euforia, depresión, visión nublada, hambre inusual y antojos específicos), ya que éstos pueden aparecer en ambos subtipos de migraña (con o sin aura). El término “pródromos” se utilizaba como sinónimo de estos síntomas aunque dicho término ha dejado de emplearse. Así, estrictamente el aura se refiere al complejo de síntomas neurológicos que ocurren justo antes o al comienzo del ataque migrañoso, como percepción de luces parpadeantes, puntos y líneas y en algunos casos pérdida de la visión, además de entumecimiento y sensación de picaduras de aguja y discurso diafásico (fenómenos de habla debidos a los diferentes registros lingüísticos), todos de naturaleza reversible; posteriormente se presentan las mismas características que acompañan a la *Migraña sin aura* (IHS, 2004). A la *Migraña con aura*, anteriormente se la conocía como, migraña clásica,

oftálmica, hemiparestética, migraña hemipléjica o afásica y Migraña complicada (IHS, 2004).

En general, la etiología de la migraña se atribuye a factores neurovasculares y parece tener algunas bases genéticas. Es probable que la activación de un mecanismo profundo en el cerebro provoque la liberación de sustancias inflamatorias que producen dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza (WHO, 2004).

En contraste, la Cefalea tensional se considera principalmente de origen muscular, es decir, la contracción sostenida de los músculos de la cabeza y cuello generan una isquemia¹ dentro del músculo contraído. La cefalea puede relacionarse con estrés o asociarse con problemas o anormalidades musculoesqueléticas a nivel cervical o craneal (Alduncin y Kracer, 2005; WHO, 2004).

¹ Se denomina isquemia al sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno de un tejido biológico. Este sufrimiento celular puede ser suficientemente intenso como para causar la muerte celular y del tejido.

Las cefaleas tensionales se dividen principalmente en, *Cefalea de Ocurrencia Episódica Infrecuente*, *Cefalea de Ocurrencia Episódica Frecuente*, *Cefalea Tensional Crónica* y *Probable Cefalea Tensional*. Todas ellas pueden o no asociarse con contracturas musculares, a las cuales normalmente las determina un especialista ejerciendo cierta presión firme y realizando pequeños movimientos rotatorios con el dedo índice y medio sobre los músculos frontal, temporal, masetero, pterigoideo, esternocleidomastoideo, esplenio y trapecio. La contractura incrementa tanto la intensidad como la frecuencia del dolor.

El primer subtipo, es el que menor impacto tiene en el funcionamiento humano y por ende no se le presta tanta atención, pues se refiere al trastorno que se presenta en promedio un día o menos al mes, es decir menos de doce veces en un año, la duración de cada ataque puede oscilar entre media hora aproximadamente hasta siete días. Suele tener localización bilateral, dolor de tipo presionante, no pulsátil. Los pacientes lo describen “como si les apretaran la cabeza”, de moderada intensidad, y no empeora con rutinas de actividad física como caminar o subir escaleras, no se presentan náusea ni vomito aunque puede asociarse con

anorexia; también es común que se presente fotofobia o fonofobia, pero por lo general nunca ocurren ambas en el mismo ataque.

El trastorno por *cefalea de ocurrencia episódica frecuente* se caracteriza porque ocurren al menos diez episodios de dolor entre un día y menos de quince al mes, durante por lo menos tres meses, es decir, más de 12 pero menos de 180 ataques al año. Comparte el resto de las características del subtipo anterior en cuanto a intensidad, localización y síntomas asociados, sólo que en este caso suele haber presencia leve de náusea.

La *cefalea tensional crónica*, se describe cómo de ocurrencia diaria o casi diaria, por más de 15 días al mes, durante más de tres meses y más de 180 días al año, el dolor puede durar horas o ser prácticamente continuo y comparte el resto de las características de localización, intensidad y tipo de dolor descritas para la cefalea tensional frecuente, excepto por que en este subtipo puede haber sólo una de las siguientes tres, presencia leve de náusea, fotofobia o fonofobia (IHS, 2004).

A la cefalea tensional originalmente se le consideraba como psicogénica, pero estudios posteriores a la primer edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (1988) han mostrado que también existe una base claramente asociada con factores neurobiológicos, al menos para los subtipos más graves de cefalea tensional (IHS, 2004). Aunque se desconocen los mecanismos exactos que originan este padecimiento (IHS, 2004); existen estructuras sensibles al dolor, que podrían relacionarse con algunas de las causas directas de los trastornos por cefalea, como son el cuero cabelludo, los músculos del cráneo, el periostio, la duramadre, las arterias y las venas. También hay diversos mecanismos por los que estas estructuras pueden producir dolor, tales como la tracción, el desplazamiento y dilatación de vasos sanguíneos superficiales, compresión e invasión de los nervios, la dilatación o colapso de los ventrículos cerebrales (Engel, 1989), distensión o dilatación excesivas de alguna estructura específica, contracciones musculares prolongadas y espasmos musculares. Al haber irritación o lesión tisular se liberan sustancias como las prostaglandinas, cininas y iones potasio y éstas a su vez estimulan o activan a los receptores del dolor

(nociceptores) los cuales se encuentran en todos los tejidos del cuerpo (Tortora, Grabowski, 2002).

La literatura sugiere que en el caso de la Cefalea tensional tanto frecuente como infrecuente, los mecanismos de dolor asociados con el sistema nervioso periférico juegan un papel central, mientras que en la Cefalea tensional crónica son los mecanismos de dolor asociados al sistema nervioso central los que tiene un rol de mayor importancia (IHS, 2004).

III. TRATAMIENTO.

En general cuando hay dolor o cuando éste persiste de manera crónica sin razón aparente, se recurre a los analgésicos, ya que estos medicamentos tienen como objetivo el bloqueo de las prostaglandinas o, en el caso de los opiáceos alterar la percepción del dolor a nivel de encéfalo (Tortora, Grabowski, 2002). De ahí que los tratamientos médicos de elección para el manejo de los trastornos por cefalea sean los farmacológicos.

Los ataques agudos se tratan normalmente con los denominados antiinflamatorios no esteroideos ya sea en su forma simple o combinada (Alduncin y Kracer 2005). En los pacientes con cefalea tensional crónica por lo general se utiliza la amitriptilina (Steiner y Fontebasso 2002) debido a sus propiedades sedantes y ansiolíticas, que además está indicada en el tratamiento de estados depresivos con ansiedad acompañados de tensión (Rosenstein 2001). En ocasiones también se recurre al valproato sódico como segunda opción (Steiner y Fontebasso 2002), el cual frecuentemente se utiliza debido a su efecto anticonvulsivo (Rosenstein 2001).

De acuerdo con un estudio estadounidense el fármaco más frecuentemente prescrito es el paracetamol con codeína, este último pertenece al grupo de los opiáceos (Linnet y cols., 1989). El ácido acetil salicílico (aspirina) es también uno de los medicamentos empleados con mayor frecuencia, debido a sus propiedades analgésicas y antipiréticas, aunque generalmente se usa para tratar ataques de migraña (Zermeño-Pöhls 2004).

El tratamiento para migraña y cefalea tensional es considerablemente diferente y estos trastornos en ocasiones pueden presentarse simultáneamente en el mismo paciente, por lo que es importante realizar el diagnóstico adecuado y educar al paciente a diferenciar cada tipo de dolor, a fin de evitar las consecuencias del consumo frecuente de medicamentos (IHS, 2004), como es el caso de la *cefalea por sobredosis de medicamentos*, que ocurre como resultado del consumo sostenido o elevado de medicamentos para el tratamiento de otro tipo de cefalea, o cuando varios medicamentos se combinan (Steiner y Fontebasso 2002, IHS 2004, WHO 2004). La cefalea puede producirse por abuso de ergotamina, triptanos, analgésicos de cualquier tipo y opioides como la codeína (IHS 2004).

De hecho cada medicamento produce efectos adversos para la salud cuando se consumen en exceso (Lechuga, Riveros & Sánchez Sosa, 2007). En el caso del paracetamol y la codeína, combinadas o por separado, suelen generar enfermedades hepáticas, trastornos de la coagulación y ulcera péptica activa. El ácido acetil salicílico puede generar enfermedad ácido péptica, diátesis hemorrágica (condición congénita o adquirida que predispone a sangrar de forma anómala) e insuficiencia renal y/o hepática. El ácido valproico está asociado con hepatopatías agudas o crónicas, estas últimas a veces con desenlace fatal y la amitriptilina (como cualquier antidepresivo) podría generar reacciones a nivel cardiovascular como hipertensión, infarto al miocardio y arritmias o a nivel del sistema nervioso tales como estados de confusión, desorientación, convulsiones, además de náuseas, malestar epigástrico, vómito y en ocasiones hepatitis (Rosenstein 2001).

A pesar de que la cefalea tensional crónica es la menos asociada con sobredosis, en ocasiones la cefalea tensional episódica puede volverse crónica debido al uso prolongado de medicamentos (IHS 2004).

En virtud de los efectos colaterales negativos del uso sostenido de analgésicos, diversos procedimientos terapéuticos han buscado tratar los distintos subtipos de cefalea tensional sin recurrir a analgésicos o usándolos en dosis pequeñas y ocasionales. Dichos procedimientos se han empleado y evaluado a lo largo de los últimos veinte años, con resultados favorables, probablemente debido a que se han diseñado para aquéllos cuya causa de cefalea no se atribuye a anomalías estructurales o estados identificables de enfermedad (WHO 1993).

IV. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.

La Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, por sus siglas en inglés, International Headache Society) es un organismo fundado en 1981 por especialistas de distintas profesiones dedicados al manejo de los trastornos por cefalea. Esta sociedad enfoca sus esfuerzos principales a la organización y clasificación de las cefaleas y publicó en 1988 la primera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, utilizado con éxito por más de 15 años, hasta su revisión, que dio como resultado la segunda edición de la clasificación en el 2004, la cual continúa vigente hoy en día (IHS, 2007).

Además de la Clasificación Internacional de Cefaleas, se han utilizado diversos instrumentos psicométricos para evaluar aspectos propios de las cefaleas tales como la incapacidad asociada, tal es el caso del Inventario de Incapacidad por Cefalea del Hospital Henry Ford que cuantifica el impacto del dolor en la vida diaria por medio de 40 ítems cada uno con tres opciones de respuesta (Si, Algunas veces y No). Este cuestionario se derivó de las respuestas que comúnmente daban los pacientes (Jacobson y cols., 2004), el

MIDAS (Migraine Disability Assessment), también se utiliza para cuantificar incapacidad relacionada a la cefalea, pero se diseñó para la migraña exclusivamente (Lipton, Stewart, Sawyer, Westhead, Edmeads, 2000). Otros autores diseñaron un diario para pacientes que padecían usualmente de cefaleas, dicho diario contenía los criterios de la clasificación publicada por la IHS en 1988, para el diagnóstico diferencial entre migraña y cefalea tensional y se comparó con entrevistas clínicas realizadas por expertos con resultados favorables (Phillip, Lyngberg y Jensen, 2007).

Recientemente diversos estudios se han enfocado al diseño de instrumentos cuyo objetivo es diferenciar los trastornos por cefalea más comunes, como es el caso de la Escala Alemana para el tamizaje de cefaleas por migraña, tensional y del trigémino (Fritsche y cols., 2007). Sobre esta misma línea se diseñó uno más para utilizarse en los aspectos relacionados con la prevalencia de la Migraña y la Cefalea tensional (Kukava y cols., 2007).

En esta línea también suelen utilizarse instrumentos que si bien no se diseñaron expresamente para la evaluación de las

cefaleas brindan información sobre aspectos inherentes a éstas. Un ejemplo es el *Cuestionario McGill de dolor* (Melzack, 2005), que evalúa la percepción que tienen los pacientes sobre el dolor y el *Cuestionario de Efectos de las enfermedades* (Wise, Mann, Jani, Niru, Kozachuk, Walter; y cols., 1994), que evalúa, tal como su nombre lo indica el efecto percibido de las enfermedades sobre el funcionamiento humano.

Así, los trastornos por cefalea en general y el de tipo tensional en particular, constituyen un problema de proporciones considerables en materia de salud pública a nivel mundial, cuyo impacto se ve claramente reflejado tanto en aspectos individuales como sociales (Rasmussen & Olesen, 1996). Sin embargo, muy pocos estudios han profundizado en el desarrollo de instrumentos de tamizaje (principalmente en América Latina), y la mayoría se han diseñado a partir de clasificaciones de cefaleas relativamente obsoletas (IHS, 2004). Lo anterior puede traer como consecuencia, lo antes mencionado, el diagnóstico erróneo y su consecuente tratamiento inadecuado e incluso dañino.

Así, en virtud de su incidencia, del sufrimiento que genera, de su interferencia en el funcionamiento del individuo, del impacto socio económico y de los efectos sobre la salud, el propósito del presente estudio consiste en construir un instrumento que, además de brindar registros claros acerca de los criterios diagnósticos (intensidad, frecuencia, duración, localización y tipo de dolor), síntomas asociados y factores de riesgo más comunes; sea capaz de identificar de manera precisa a quienes padecen cefalea tensional.

MÉTODO.

Participantes.

Se invitó a participar a los pacientes que acudían a consulta externa y a los acompañantes de éstos u otros pacientes sin diagnóstico de cefalea en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNyN) de México. Se excluyeron aquellos casos en que la cefalea ocurría concurrentemente con otros padecimientos o condiciones como daño cerebral, alteraciones de tiroides, epilepsia, ingesta de drogas o embarazo.

Inicialmente, para la primera versión del cuestionario, se analizaron los resultados de 60 participantes, 12 hombres y 48 mujeres, de los cuales 30 conformaron el grupo de pacientes con diagnóstico confirmado de cefalea tensional (y que desde ahora se llamarán Tensionales) y 30 participantes sanos.

En el grupo de Tensionales 24 fueron mujeres y 6 hombres, cuya edad fluctuó entre 16 y 69 años, con promedio de 47.3 años. El estado civil predominante fue casada(o) (50%) y la ocupación, amas de casa (50%). Para el grupo de sanos los

datos se distribuyeron de la siguiente manera, 24 participantes fueron mujeres y 6 hombres, la edad fluctuó entre 20 y 72 años, con un promedio de 45. En cuanto a estado civil 50% eran casados y la ocupación predominante (53.3%) fue ama de casa. Para detalles adicionales véase la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos por grupo (Primera aplicación del cuestionario).

Grupo. n=60	Genero	Edad	Ocupación	Estado Civil.
Tensionales.	H= 6 M= 24	16-69 años \bar{X} = 47.3 DE= 14.16	Ama de casa: 15(50%)	Casado: 15(50%)
			Empleado: 6(20%)	Soltero: 8(26.7%)
			Profesionista: 1(3.3%)	Divorciado: 2(6.7%)
			Autoempleado: 4(13.3%)	Viudo: 1(3.3%)
			Estudiante: 3(10%)	Unión libre: 3(10%)
Sanos.	H= 6 M= 24	20-72 años \bar{X} = 45 DE= 12.01	Ama de casa: 16(53.3%)	Casado: 16(53.3%)
			Empleado: 7(23.3%)	Soltero: 8(26.7%)
			Autoempleado: 4(13.3%)	Viudo: 2(6.7%)
			Desempleado: 1(3.3%)	Unión libre:
			Estudiante: 2(6.7%)	4(13.3%)

Para la versión final del cuestionario, una vez que éste fue modificado en términos de la redacción de algunos reactivos y la reducción de opciones de respuesta, con base en los resultados obtenidos a lo largo del estudio. Se analizaron los resultado de 40 participantes, de los cuales 4 (10%) eran hombres y 36 (90%) mujeres, con edad entre 14 y 70 años con promedio de 44. El grupo de pacientes tensionales lo

conformaron 2 (10%) hombres y 18 (90%) mujeres, predominaron las amas de casa, con 9 (45%). El estado civil predominante fue casados(as) con 9 (45%). El grupo de los sanos se conformó por 2 (10%) hombres y 18 (90%) mujeres. Once eran (55%) casados(as) y en su mayoría (45%) amas de casa. Para detalles adicionales véase la Tabla 2.

Tabla 2. Datos sociodemográficos por grupo (Última versión del cuestionario).

Grupo. n= 40	Genero	Edad	Ocupación	Estado Civil.
Tensionales.	H= 2 M= 18	19-70 años. \bar{X} = 45.8 DE= 13.3	Ama de casa: 9(45%)	Casado: 9(45%)
			Empleado: 4(20%)	Soltero: 5(25%)
			Profesionista: 1(5%)	Divorciado: 2(10%)
			Autoempleado: 5(25%)	Viudo: 2(10%)
			Estudiante: 1(5%)	Unión libre: 2(10%)
Sanos.	H= 2 M= 18	14-68 años. \bar{X} = 42.15 DE= 15.37	Ama de casa: 9(45%)	Casado: 11(55%)
			Estudiante: 4(20%)	Soltero: 6(30%)
			Autoempleado: 3(15%)	Viudo: 2(10%)
			Otros: 4(20%)	Unión libre: 1(5%)

Otros = Jubilados, desempleado, profesionista.

Instrumento.

El objetivo del cuestionario de dolor de cabeza diseñado para el presente estudio fue identificar con alto grado de precisión a individuos que padecen cefalea tensional y generar registros clínicamente confiables sobre intensidad, frecuencia, duración, calidad y evolución del dolor de

cabeza. El instrumento también busca identificar factores de riesgo comunes y presencia o ausencia de síntomas asociados a las cefaleas; esto se realizó considerando los criterios diagnósticos referidos por la literatura de investigación, principalmente por la IHS y por información proporcionada por los pacientes mismos.

El instrumento consta de 14 reactivos de opción múltiple con diversas respuestas dependiendo de la dimensión cubierta en la pregunta. También se incluyeron preguntas sociodemográficas, para lograr una descripción más detallada de los participantes, referentes a Género, estado civil, ocupación y edad.

Los reactivos evalúan principalmente intensidad (reactivo 3) cuyas opciones de respuesta van desde “Muy leve” hasta “Incapacitante”; frecuencia en un periodo de tres meses (reactivo 2) con opciones que abarcan desde “No he tenido dolor de cabeza” hasta “Más de quince veces en un mes” y duración del dolor en general (reactivo 4) con opciones que van desde “Aproximadamente una hora” hasta “Por varios días”. Adicionalmente se incluyeron reactivos

referentes a localización (bilateral o unilateral), tipo de dolor (por ejemplo presionante), correspondientes a los reactivos 6 y 5 respectivamente, e incremento del dolor asociado a la realización de actividades cotidianas que normalmente no requieren mucho esfuerzo (reactivo 7). También se incluyen síntomas tales como náuseas (reactivo 8), fotofobia y fonofobia (9 y 10 respectivamente) y posibles factores de riesgo asociados al patrón de sueño (reactivo 11 y 12) y al estrés (reactivo 14) como factor desencadenante del dolor. Este último reactivo además de indagar sobre el peso relativo del estrés y la falta de descanso en el desarrollo o mantenimiento del dolor permite identificar, en su caso, otros factores como calidad del sueño, fatiga y enojo. Por último se incluye un reactivo (13) en el que se exploran las conductas más frecuentes con las que el individuo lidia con el dolor de cabeza (véase el Anexo I).

Procedimiento.

A partir de un análisis sistemático de los hallazgos recientes de la literatura de investigación, que incluyó la revisión de la clasificación Internacional de cefaleas de 2004 y de las principales quejas por parte de los pacientes que

acuden a consulta, es decir, la forma en que éstos describen el dolor que experimentan; se identificaron los criterios diagnósticos, referentes a intensidad, frecuencia, duración, tipo y localización del dolor tensional; los factores de riesgo tales como el mal manejo del stress, calidad y horas de sueño por noche y los síntomas asociados a las cefaleas como náusea, fotofobia y fonofobia; se formularon preguntas que se harían oralmente a los participantes potenciales. Las opciones de respuesta se diseñaron en función de lo que, de acuerdo con la Clasificación Internacional, se espera ocurra en pacientes con Cefalea tensional episódica frecuente. Se diseñó una pregunta para cada criterio, factor de riesgo y síntoma asociado anteriormente descrito.

El siguiente paso consistió en acudir al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNyN) de la Ciudad de México, en donde se realizó la primera aplicación del instrumento a 30 pacientes de consulta externa con diagnóstico de cefalea tensional confirmado por neurólogo y a 30 acompañantes de éstos u otros pacientes sin diagnóstico de cefalea de ningún tipo y aparentemente sanos. Los treinta pacientes con diagnóstico formal se reclutaron dentro del

consultorio de cefaleas del instituto en donde el neurólogo encargado, al término de la consulta médica habitual presentaba al psicólogo con los pacientes, quien les hacía la invitación a participar en la investigación, en caso de acceder, ambos pasaban a la sala de espera.

El psicólogo explicaba que el objetivo del cuestionario y de la investigación en general era conocer la forma en que los pacientes experimentan el dolor de cabeza y la forma en que éste podía interferir en su vida cotidiana y su bienestar en general.

En seguida se les daba a leer un consentimiento informado (véase el Anexo II) en donde se les explicaba que su colaboración era voluntaria y que podían rehusarse a hacerlo sin tener problemas o consecuencias como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole, posteriormente se les pedía que firmaran dicho consentimiento y agregaran datos de localización (teléfono local, celular y correo electrónico), para poder contactarlos posteriormente en caso necesario; finalmente se les entregaba el cuestionario y el psicólogo aclaraba que permanecería

cerca, en la misma sala de espera hasta que terminara de contestar por si en algún momento surgían dudas sobre las preguntas o de cualquier otra índole. En caso de dudas o preguntas del participante, el aplicador ponía especial cuidado en sus respuestas limitándose a aclaraciones sobre el reactivo en cuestión. Lo anterior se hacía con el fin de evitar que el aplicador inadvertidamente pudiera sesgar la respuesta del participante. Cuando los pacientes entregaban el cuestionario, se les volvía a preguntar si tenían alguna duda sobre el cuestionario y sobre la claridad de los reactivos, posteriormente se les despedía y agradecía por su participación.

En el caso de los participantes sanos, el psicólogo los abordaba en la sala de espera del Instituto, mientras esperaban a los pacientes que acompañaban, de igual manera se les explicaba el objetivo de la investigación y si accedían a participar se les entregaba el cuestionario, con las mismas precauciones que se tomaban para los pacientes con diagnóstico formal. Al terminar de contestarlo lo entregaban al psicólogo quien aclaraba dudas en caso de haberlas y

preguntaba sobre la claridad de los reactivos, por último se les agradecía su participación y se les despedía.

Posteriormente se realizó un análisis estadístico con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney a fin de establecer la discriminabilidad de los reactivos entre los grupos y de esta forma identificar aquéllos que no recolectaban la información necesaria y eran susceptibles de corrección o eliminación. Se refinó el instrumento, el refinamiento inicialmente sólo consistió en la modificación de 6 reactivos (6, 7, 9, 10, 11 y 12), mismos que no lograron discriminar entre los grupos. Después de esto se buscó para una nueva aplicación tanto a los pacientes que participaron en la primera, esto se hizo por vía telefónica; como a participantes sanos en la sala de espera del Instituto de Neurología siguiendo el mismo procedimiento y tomado las mismas precauciones que en la primera aplicación. Esta parte sólo la conformaron 20 pacientes con cefalea tensional y 20 participantes aparentemente sanos.

Se realizaron nuevos análisis estadísticos (U de Mann-Whitney) a fin de obtener la versión final del instrumento.

Además de los análisis destinados a obtener la consistencia interna del cuestionario por medio de la fórmula Kuder Richardson, por lo que las opciones de respuesta fueron reagrupadas en dicotómicas (opción correcta vs. opción incorrecta). Estos revelaron la necesidad de eliminar uno de los reactivos y reducir el número de opciones de respuesta en 12 de los 14 reactivos. A partir de dichas modificaciones, se efectuaron los mismos análisis en una tercera aplicación y se obtuvo la última versión del instrumento.

Finalmente se realizó un análisis descriptivo dividiendo el cuestionario en tres áreas, criterios propios de la cefalea tensional (reactivos 1 al 6), síntomas asociados (reactivos 7 al 10) y factores de riesgo (reactivos 11 al 14).

RESULTADOS.

La normalidad de la muestra se determinó con la prueba de Kolmogorov Smirnov como bondad de ajuste (Siegel y Castellan, 1995), obteniendo evidencia significativa de que no se contaba con una distribución normal, por lo que se optó por el uso de estadística no paramétrica.

Con el objetivo de establecer la discriminabilidad entre reactivos, es decir, si son capaces de diferenciar entre sanos y tensionales, se aplicó la prueba estadística U de Mann-Whiney para comparar las medias en la modalidad de grupos independientes, es decir, para determinar si pertenecen a la misma distribución (Siegel y Castellan, 1995). El análisis se realizó para cada reactivo así como para la sumatoria de éstos (véase la Tabla 3 cuya columna de la derecha incluye la probabilidad asociada a las diferencias).

Tabla 3. **Discriminabilidad:** U de Mann-Whitney (Todos, N= 60).

Reactivo.	Media de rangos		p
	Sanos	Tensionales	
1. Durante el último mes, la cabeza me ha dolido aproximadamente:	22.87	38.13	.000
2. He tenido dolores de cabeza desde hace aproximadamente:	22.95	38.05	.001
3. Generalmente la cabeza me duele:	22.88	38.12	.000
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura aproximadamente:	24.18	36.82	.003
5. Cuando me duele la cabeza siento como si me la estuvieran apretando:	23.13	37.87	.001
6. Siento el dolor en los lados de la cabeza al mismo tiempo:	28.22	32.78	.294
7. El dolor se hace más fuerte cuando realizo actividades cotidianas como caminar o subir escaleras:	27.65	33.35	.182
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas o vómito:	25.30	35.70	.012
9. Cuando me duele la cabeza, me molesta tanto la luz que prefiero evitarla:	32.02	28.98	.487
10. Cuando me duele la cabeza, me molesta tanto el ruido que prefiero evitarlo:	26.92	34.08	.099
11. Cada noche duermo aproximadamente:	32.98	28.02	.231
12. Siento que duermo y descanso bien:	33.57	27.43	.164
Sumatoria	22.17	38.83	.000

Arrojaron diferencias estadísticamente significativas seis de los doce reactivos, lo cual indica que son capaces de discriminar entre los grupos. El resto de los reactivos obtuvieron valores entre .099 y .487 de probabilidad asociada. Cabe mencionar que si bien, no todos los reactivos logran el nivel de discriminación esperado, la sumatoria de éstos, sí fue estadísticamente significativa.

Adicionalmente, se realizó un análisis de frecuencias por medio de tabulaciones cruzadas entre diagnosticados y aparentemente sanos para los reactivos 13 (ver Figura 1) y 14 (ver Figura 2), en virtud de tratarse de variables nominales, sin que se encontraran diferencias significativas entre los grupos según la prueba chi cuadrada.

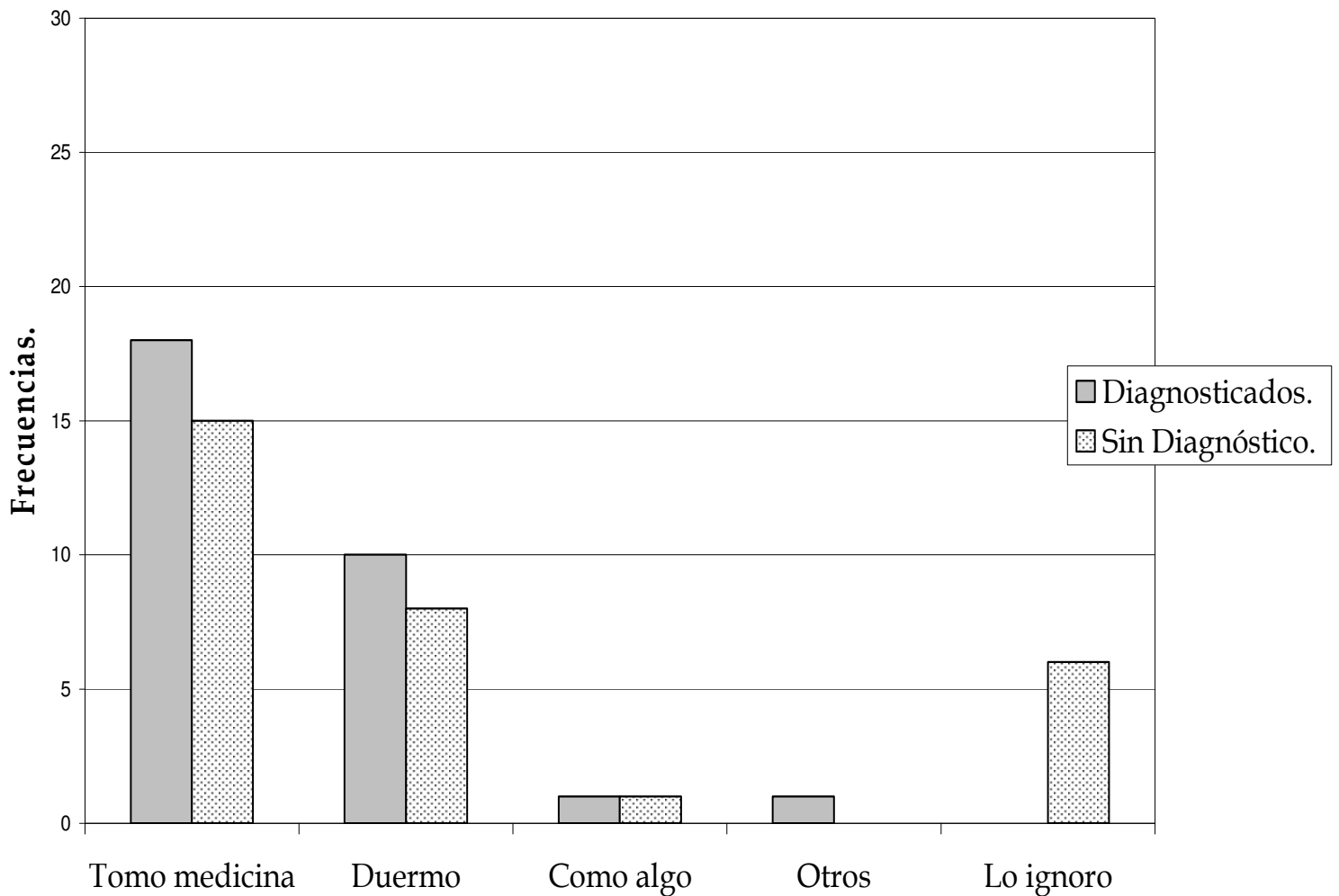


Figura 1. Estrategia asociada a la mejoría (Reactivo 13).

La figura 1, correspondiente al reactivo “El dolor se me quita cuando” y muestra la tendencia de los participantes de ambos grupos cuando padecen dolor de cabeza (sin importar el tipo de cefalea), la estrategia más frecuente fue la toma de medicamentos, pues 33 participantes (18 pacientes con diagnóstico y 15 participantes sanos) informan esta práctica; mientras que 18 participantes (10 pacientes y 8 sin diagnóstico) optaban por dormir. Finalmente, a sólo seis de

los participantes sin diagnóstico les resultó funcional ignorar el dolor.

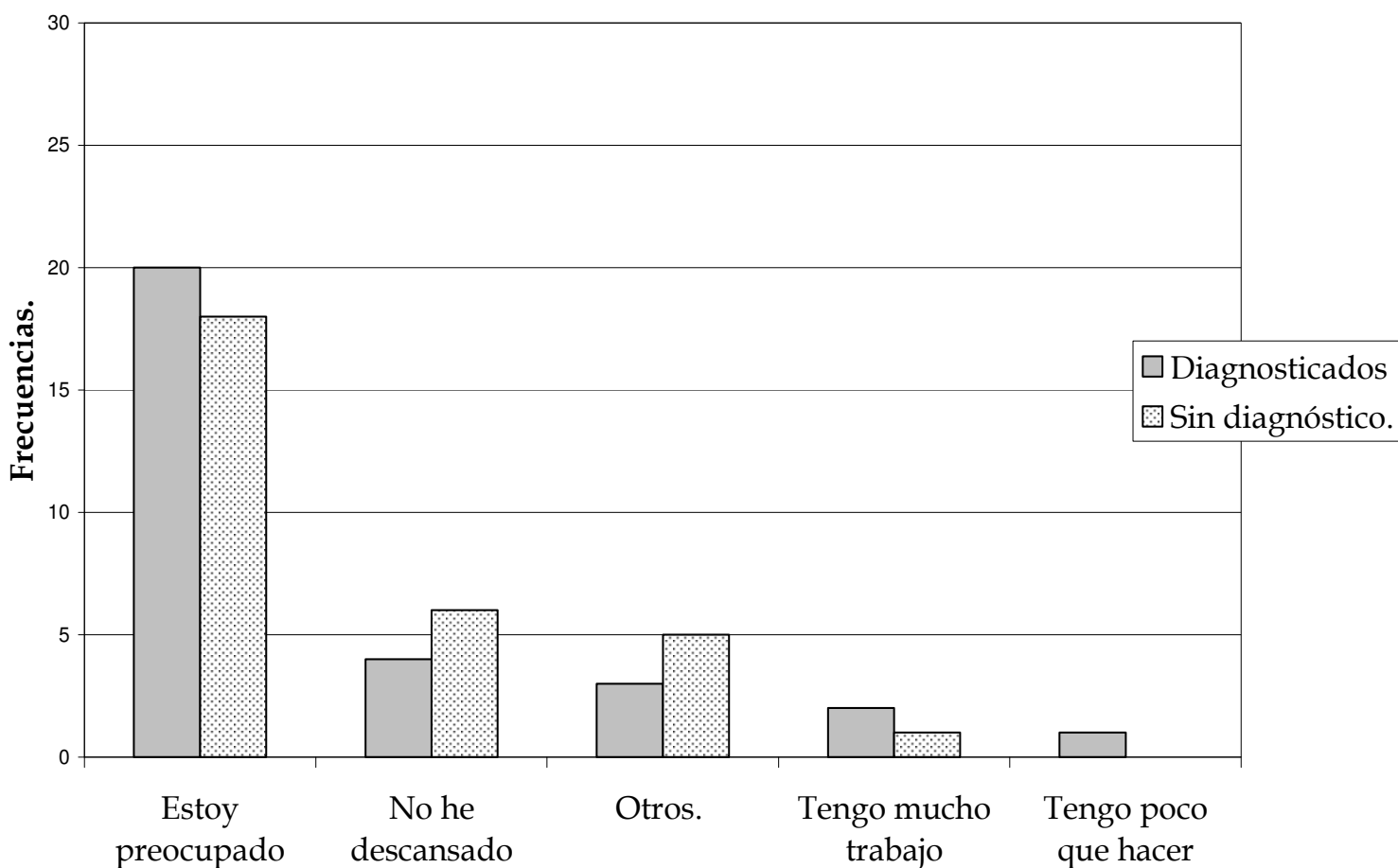


Figura 2. Circunstancia asociada al empeoramiento (Reactivo 14).

En la figura 2, los datos corresponden al reactivo “Me duele más la cabeza cuando” muestra que el estar preocupado es la principal causa asociada al dolor en ambos grupos, ya que 38 sujetos (20 con diagnóstico confirmado y 18 aparentemente sanos) lo refirieron así. La siguiente causa en

importancia fue la falta de descanso, en donde 4 pacientes diagnosticados y 6 participantes sanos lo refieren como factor desencadenante del dolor.

Segunda Aplicación.

A partir de los análisis de discriminabilidad de los reactivos, éstos se modificaron a fin de mejorar su claridad y pertinencia, partiendo de las observaciones dadas por los mismos pacientes de la primera aplicación, a quienes se preguntó acerca de la claridad de los reactivos. Estas modificaciones consistieron en la reformulación de los reactivos 5, 6, 7, 8, 9 y 10. El cuestionario se volvió a aplicar en la versión modificada a aquellos participantes con diagnóstico formal a quienes fue posible contactar.

De esta forma el grupo de Tensionales quedó formado por veinte pacientes, 17 de ellos con diagnóstico formal y 3 que, aunque no contaban con éste, referían síntomas idénticos a los primeros y que, de hecho, acudieron a consulta por motivo de dolor de cabeza. El grupo de sanos estuvo conformado por 20 nuevos acompañantes a consulta.

De los 40 participantes 5 (12.5%) fueron hombres y 35 (87.5%) mujeres, la edad fluctuó entre 14 y 62 años y el promedio fue de 47. Por lo que el grupo de pacientes tensionales estuvo conformado por 3 (15%) hombres y 17 (85%) mujeres, de los cuales 8 (40%) eran amas de casa y 8 (40%) casados. El grupo de los sanos se conformó de la siguiente manera: 2 (10%) hombres y 18 (90%) mujeres, respecto al estado civil el 50% (10) eran casados/as, y en cuanto a ocupación el 55% (11) eran amas de casa (ver Tabla 4).

Tabla 4. Datos sociodemográficos por grupo (2da Aplicación).

Grupo. n= 40	Genero	Edad	Ocupación	Estado Civil.
Tensionales.	H= 3 M= 17	18-70 años. \bar{X} = 44.85 DE= 16.22	Ama de casa: 8(40%)	Casado: 8(40%)
			Empleado: 7(35%)	Soltero: 7(35%)
			Profesionista: 1(5%)	Divorciado: 2(10%)
			Autoempleado: 2(10%)	Viudo: 2(10%)
			Estudiante: 2(10%)	Unión libre: 1(5%)
Sanos.	H= 2 M= 18	14-76 años. \bar{X} = 49.25 DE= 17.05	Ama de casa: 11(55%)	Casado: 10(50%)
			Empleado: 3(15%)	Soltero: 4(20%)
			Estudiante: 2(10%)	Divorciado: 1(5%)
			Otros: 4(20%)	Viudo: 3(15%)
				Unión libre: 2(10%)

Otros = Jubilado, desempleados, profesionista.

A fin de reconfirmar cuáles reactivos discriminaban entre tensionales y sanos, una vez realizados los ajustes descritos

anteriormente, se volvió a computar la prueba U de Mann-Whiney para cada reactivo y la sumatoria de éstos (ver Tabla 5).

Tabla 5. U Mann-Whitney (Segunda aplicación, n= 40)

Reactivo.	Media de rangos		p
	Sanos	Tensionales	
1. Durante el último mes, la cabeza me ha dolido aproximadamente:	13.82	27.17	.000
2. He tenido dolores de cabeza desde hace aproximadamente:	10.60	30.40	.000
3. Generalmente la cabeza me duele:	13.63	27.38	.000
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura aproximadamente:	13.60	27.40	.000
5. Cuando me duele la cabeza la siento tensa o como si me la apretaran: +	12.55	28.45	.000
6. Siento el dolor en la nuca o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:+	13.75	27.25	.000
7. El dolor se hace más fuerte cuando realizo actividades que requieren poco esfuerzo como caminar, subir escaleras, barrer, lavar platos, etc.:+	17.48	23.52	.048
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:+	13.95	27.05	.000
9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:+	14.40	26.60	.000
10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:+	15.05	25.95	.001
11. Cada noche duermo aproximadamente:	22.17	18.83	.302
12. Siento que duermo bien:	23.02	17.98	.161
Sumatoria	10.70	30.30	.000

+ = Reactivos modificados para la segunda aplicación.

Este análisis reveló significancia estadística para diez de los doce reactivos, reflejando su capacidad de discriminar entre los grupos. Los que no fueron estadísticamente significativos obtuvieron valores de .161 y .302. La sumatoria de los reactivos también fue estadísticamente significativa.

Los resultados de la segunda aplicación también se analizaron por tabulaciones cruzadas entre diagnosticados y sanos para los reactivos 13 (ver Figura 3) y 14 (ver Figura 4). La Chi Cuadrada resultante no reveló diferencias estadísticamente significativas.

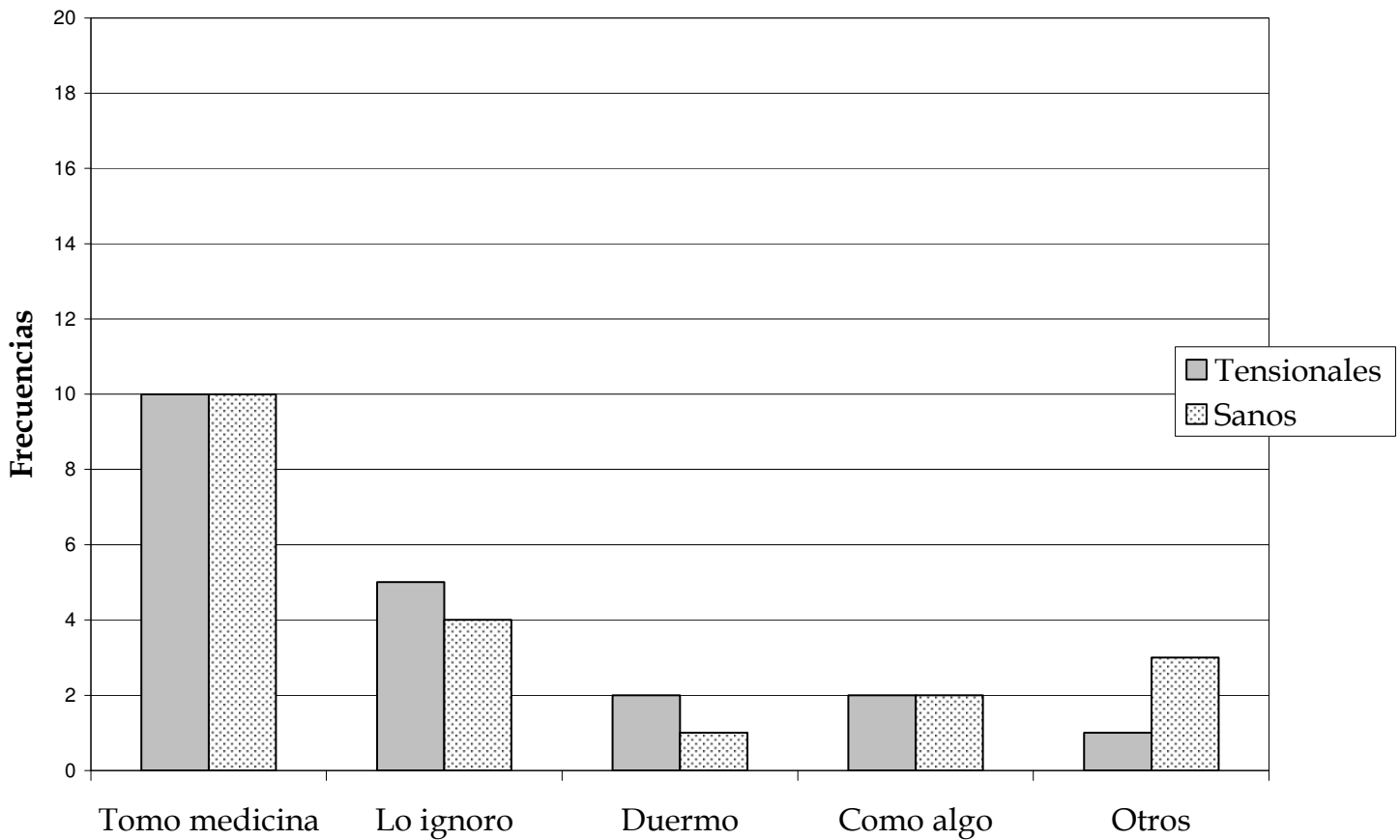


Figura 3. Estrategia asociada a la mejoría (Reactivo 13).

La figura 3, muestra tal como ocurrió en la primera aplicación, que tomar medicamentos fue la principal estrategia a la que recurrieron los participantes de ambos grupos (10 de cada grupo) cuando tienen dolor de cabeza, seguida por ignorar dicho dolor (4 sanos y 5 tensionales), esta estrategia sólo fue relevante para el análisis de la segunda aplicación.

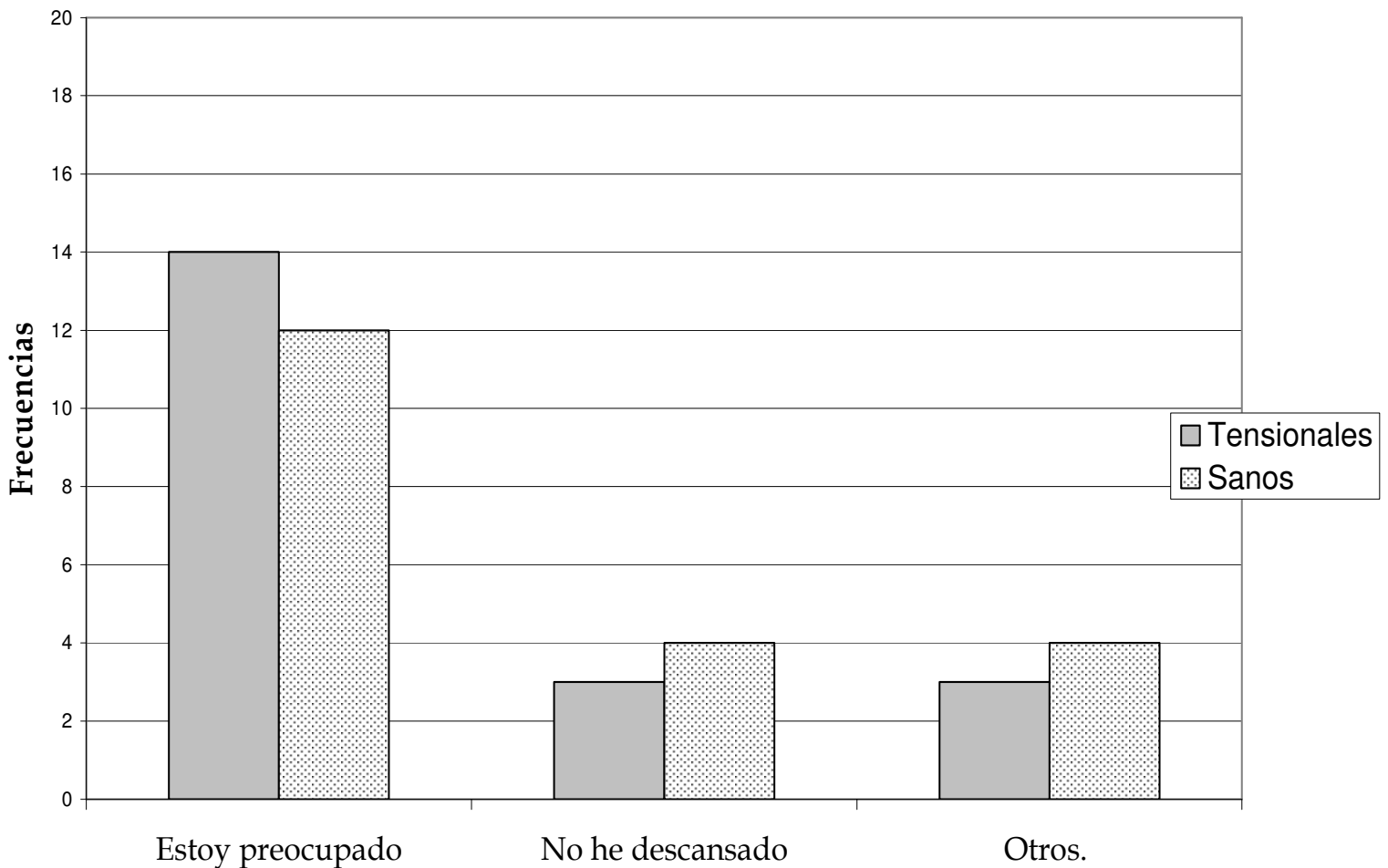


Figura 4. Circunstancia asociada al empeoramiento (Reactivo 14).

Por último, la figura 4 muestra que los factores principalmente asociados al inicio del dolor, fueron en primer lugar estar preocupado (14 con diagnóstico y 4 sanos) y en segundo la falta de descanso, tendencia que se mantuvo de la primera a la segunda aplicación (3 pacientes con diagnóstico y 4 aparentemente sanos), en algunos casos los participantes no

tenían factores identificados que desencadenaran el dolor o lo atribuían a eventos tales como "asolearse demasiado".

Contribución relativa a la Confiabilidad.

A fin de determinar el grado en que cada reactivo contribuye a la confiabilidad total de la escala y la distribución de respuestas elegidas, el cuestionario se sometió a un análisis clásico de reactivos con el programa ITEMAN (Assessment System Corporation, 2006) que permite analizar los reactivos al respecto de la distribución de cada una de las opciones de respuesta. La naturaleza del análisis demandaba la elección de respuestas esperadas, a fin reagruparlas en variables dicotómicas y de esta forma tomarlas como "correctas" y el resto como "incorrectas"; la elección de las respuestas se hizo tomando como referencia los criterios diagnósticos de la IHS e informes de la literatura de investigación. La correlación entre la escala y cada uno de los reactivos se obtuvo con el coeficiente de Correlación Punto Biserial (KR20). Dicho análisis fue realizado con los mismos participantes a quienes se les aplicó la versión modificada de la segunda aplicación del cuestionario.

El análisis reveló que cuatro de los catorce reactivos obtuvieron niveles de correlación fluctuante entre .41 y .69, de los cuáles tres (Reactivo 3, 5 y 6) pertenecen a los criterios diagnósticos dados por la Clasificación Internacional de Cefaleas. Otros indicadores, si bien arrojaron correlaciones menores, mostraron relación positiva con el resto de la escala. Un indicador correlacionó negativamente (reactivo 12).

Adicionalmente el análisis reveló la necesidad no sólo de modificar algunas preguntas, sino también sus opciones de respuesta, ya que algunas de ellas no fueron elegidas en ningún momento por los participantes, es decir, no funcionaban como distractores. También se calculó la consistencia interna de la escala con el coeficiente de correlación de Kuder Richardson, (KR20) resultando un coeficiente de .262.

Tercera Aplicación.

Después del nuevo refinamiento, que consistió en la modificación de los reactivos 1, 4, 7 y 12, la eliminación de uno de ellos (pregunta 2 del primer cuestionario), la reducción

de las opciones de repuesta y la inclusión de un nuevo reactivo filtro referente al tipo de dolor característico de la migraña, el cuestionario se volvió a aplicar a un grupo de 20 pacientes tensionales, 15 de ellos con diagnóstico formal y los cinco restantes, que si bien no lo poseían, cumplían con todos los criterios de intensidad, duración, frecuencia, calidad y localización del dolor, de la Clasificación Internacional de Cefaleas y no cumplían con alguno propio de otros subtipos de cefalea como migraña o "cluster"; y un grupo de 20 participantes aparentemente sanos.

De los 40 participantes totales, 4 (10%) eran hombres y 36 (90%) mujeres, la edad fluctuó entre 14 y 70 años y el promedio fue de 44, tal como se hizo anteriormente estos fueron divididos en dos grupos, tensionales y aparentemente sanos. En cuanto al grupo de pacientes tensionales lo conformaron 2(10%) hombres y 18 (90%) mujeres, en cuanto a ocupación predominaron las amas de casa, donde 9(45%) lo eran. El estado civil predominante fue casados/as, con 9(45%) participantes. El grupo de los sanos se conformó por 2(10%) hombres y 18 (90%) mujeres, respecto al estado civil 11 (55%)

eran casados/as, y en su mayoría (45%) tenían por ocupación ser amas de casa (véase la Tabla 6).

Tabla 6. Datos sociodemográficos por grupo: **Tercera Aplicación.**

Grupo. n= 40	Genero	Edad	Ocupación	Estado Civil.
Tensionales.	H= 2 M= 18	19-70 años. \bar{X} = 45.8 DE= 13.3	Ama de casa: 9(45%)	Casado: 9(45%)
			Empleado: 4(20%)	Soltero: 5(25%)
			Profesionista: 1(5%)	Divorciado: 2(10%)
			Autoempleado: 5(25%)	Viudo: 2(10%)
			Estudiante: 1(5%)	Unión libre: 2(10%)
Sanos.	H= 2 M= 18	14-68 años. \bar{X} = 42.15 DE= 15.37	Ama de casa: 9(45%)	Casado: 11(55%)
			Estudiante: 4(20%)	Soltero: 6(30%)
			Autoempleado: 3(15%)	Viudo: 2(10%)
			Otros: 4(20%)	Unión libre: 1(5%)

Otros = Jubilados, desempleado, profesionista.

Finalmente, con objeto de determinar la contribución de cada reactivo a la confiabilidad de la escala y la forma en que se distribuyeron las respuestas de los participantes, una vez hecho el último refinamiento, se computaron de nuevo los análisis estadísticos ya descritos (véase la Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de correlación por reactivo - ITEMAN (n=40)

Reactivo.	% correcto	Índice.	r
1. Cuando me duele la cabeza siento que me punza:+	85	.25	.32
2. En los últimos tres meses, la cabeza me ha dolido aproximadamente:+	35	.69	.57
3. Generalmente la cabeza me duele:	22	.62	.63
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura:+	20	.38	.44
5. Cuando me duele la cabeza la siento tensa o como si me la apretaran:	43	1.00	.87
6. Siento el dolor en la nuca o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:	52	.92	.74
7. El dolor se hace más fuerte cuando camino, subo escaleras, me siento o me levanto, etc.:+	57	-.28	-.28
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:	65	-.37	-.32
9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:	20	.54	.55
10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:	20	.38	.41
11. Cada noche duermo aproximadamente:	70	.03	.10
12. Siento que descanso bien por las noches cuando duermo:+	8	.23	.33
13. He notado que el dolor se me quita cuando:	50	.29	.21
14. He notado que la cabeza me duele cuando:	55	.76	.59

+ = Reactivos modificados para la segunda aplicación.

El análisis reveló que ocho de los reactivos obtuvieron niveles de correlación aceptable que fluctuaron entre .41 y .87, de los cuales cinco pertenecen a los criterios diagnósticos dados por la Clasificación Internacional de Cefaleas. Los tres restantes a factores que de acuerdo a la literatura de investigación, son generalmente inherentes al dolor. Cuatro reactivos, tuvieron correlaciones menores, pero de igual forma mostraron relación positiva con el resto de la escala. Sin embargo dos de los reactivos correlacionaron negativamente, por lo que convendrá reconsiderarlos.

Por último se presenta la distribución de respuestas por cada reactivo incluyendo los puntajes altos y bajos (p25 y p75) y el coeficiente de correlación obtenido en cada una de las opciones de respuesta (véase la Tabla 8).

Tabla 8. Correlaciones por Opciones de Respuesta - ITEMAN (n=40)

Reactivo.	Opciones	Puntajes (%)			r
		Total	Bajos	Altos	
1. Cuando me duele la cabeza siento que me punza:	Siempre.	3	8	0	-.14
	Frecuentemente.	13	17	0	-.27
	Nunca.	85	75	100	.32 ^e
2. En los últimos tres meses, la cabeza me ha dolido aproximadamente:	Una vez	8	0	8	.08
	Entre una y catorce.	35	0	69	.57 ^e
	Más de quince veces	13	8	23	.20
	No he tenido dolor.	45	92	0	-.72
3. Generalmente la cabeza me duele:	Muy leve	17	42	0	-.41
	Leve	43	50	23	-.28
	Fuerte	22	0	62	.63 ^e
	Muy fuerte	15	0	15	.18
	Incapacitante	3	8	0	-.22
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura	Una hora aprox.	50	83	15	-.57
	De una a cinco hrs.	17	8	23	.14
	Un día aprox.	20	0	38	.44 ^e
	Varios días.	13	8	23	.16
5. Cuando me duele la cabeza la siento tensa o como si me la apretaran:	Nunca	28	58	0	-.53
	Pocas veces	20	33	0	-.37
	Frecuentemente	10	8	0	-.15
	Siempre	43	0	100	.87 ^e
6. Siento el dolor en la nuca o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:	Nunca	20	33	0	-.37
	Pocas veces	20	50	0	-.50
	Frecuentemente	8	8	0	-.09
	Siempre	52	8	100	.74 ^e

7. El dolor se hace más fuerte cuando camino, subo escaleras, me siento o me levanto, etc.:	Nunca	57	67	38	-.28	e
	Pocas veces	8	8	15	.12	
	Frecuentemente	10	8	15	.11	
	Siempre	25	17	31	.17	?
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:	Nunca	65	83	46	-.32	e
	Pocas veces	15	0	38	.43	?
	Frecuentemente	5	0	8	.10	
	Siempre	15	17	8	-.07	
9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:	Nunca	73	100	46	-.49	
	Pocas veces	20	0	54	.55	e
	Frecuentemente	3	0	0	-.07	
	Siempre	5	0	0	.05	
10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:	Nunca	55	92	15	-.61	
	Pocas veces	20	0	38	.41	e
	Frecuentemente	15	0	38	.37	
	Siempre	10	8	8	.03	
11. Cada noche duermo aproximadamente:	Más de ocho horas	13	17	8	-.17	
	De seis a ocho horas	70	67	69	.10	e
	De cuatro a seis hrs.	17	17	23	.02	
12. Siento que duermo bien por las noches cuando duermo	Nunca	8	0	8	.08	
	Pocas veces	8	0	23	.33	e
	Frecuentemente	28	17	31	.07	
	Siempre	57	83	38	-.28	
13. He notado que el dolor se me quita cuando:	Tomo medicina	50	25	54	.21	e
	Me duermo	20	25	23	.05	
	Como algo	5	0	8	.10	
	No le hago caso	25	50	15	-.34	

14. He notado que la cabeza me duele cuando:	Estoy cansado/a	10	17	0	-.15
	Estoy estresado/a	55	17	92	.59 e
	Estoy enojado/a	0	0	0	----
	No he dormido bien	17	33	0	-.33
	Sin razón aparente.	17	33	8	-.33

e= Respuesta esperada.

Las respuestas que previamente se eligieron como esperadas, correlacionaron positivamente en doce de los catorce reactivos. En los restantes no fue la opción elegida por los participantes pues correlacionaron de forma negativa, aunque la opción que eligieron sí correlacionó positivamente. La consistencia interna del cuestionario en esta ocasión fue de .493.

Por último, tal como se hizo en los análisis anteriores con el fin de determinar la discriminabilidad de los reactivos entre el grupo de tensionales y sanos, después del tercer refinamiento, se computó de nuevo la prueba U de Mann-Whiney para cada reactivo, la sumatoria de éstos y las características sociodemográficas, a fin de verificar que las diferencias no fueran atribuibles a éstas (véase la Tabla 9).

Tabla 9. Última versión. Prueba U de Mann-Whitney, n= 40)

Reactivo.	Media de rangos		p
	Sanos	Tensionales	
1. Cuando me duele la cabeza siento que me punza:	23.50	17.50	.009
2. En los últimos tres meses, la cabeza me ha dolido aproximadamente:	10.55	30.45	.000
3. Generalmente la cabeza me duele:	12.45	28.55	.000
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura:	12.90	28.10	.000
5. Cuando me duele la cabeza la siento tensa o como si me la apretaran:	10.57	30.42	.000
6. Siento el dolor en la nuca o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:	11.60	29.40	.000
7. El dolor se hace más fuerte cuando camino, subo escaleras, me siento o me levanto, etc.:	14.65	26.35	.000
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:	14.70	26.30	.000
9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:	15.93	25.08	.002
10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:	14.35	22.17	.000
11. Cada noche duermo aproximadamente:	22.17	18.83	.261
12. Siento que duermo bien por las noches cuando duermo	23.40	17.60	.077
Sumatoria	10.55	30.45	.000
Sociodemográficos			
Género	20.50	20.50	1.00
Ocupación	22.08	18.92	.368
Estado civil	19.08	21.92	.404
Edad	19.08	21.92	.440

Hubo diferencias estadísticamente significativas entre tensionales y sanos en once de doce reactivos. La sumatoria también resultó estadísticamente significativa. El reactivo 11 que no dio diferencia significativa mostró probabilidad asociada de .261. Cabe mencionar que éste no alcanzó significancia estadística en ninguna de las aplicaciones de las tres diferentes versiones del cuestionario.

En alusión a las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, por lo que las diferencias existentes entre los participantes (sanos y tensionales) son atribuibles a la sintomatología propia del trastorno.

Finalmente se realizó un análisis descriptivo del cuestionario, utilizando el porcentaje acumulado de frecuencias para cada reactivo por grupo, a fin de conservar la proporción de los reactivos que tienen diferentes puntuaciones máximas, dicho porcentaje se obtuvo sumando los puntajes de todos los participantes por reactivo, multiplicándolos por 100 y dividiéndolos entre el puntaje máximo posible del reactivo.

Para este propósito el cuestionario, como ya se mencionó, se dividió en tres diferentes áreas: 1. “criterios diagnósticos”, 2. “síntomas asociados” y 3. “factores de riesgo”. El reactivo 1 funciona como filtro pues hace referencia al tipo de dolor que sienten los pacientes con migraña; los reactivos del 2 al 6 se refieren a aspectos específicos del diagnóstico de cefalea tensional, (ver Figura 5).

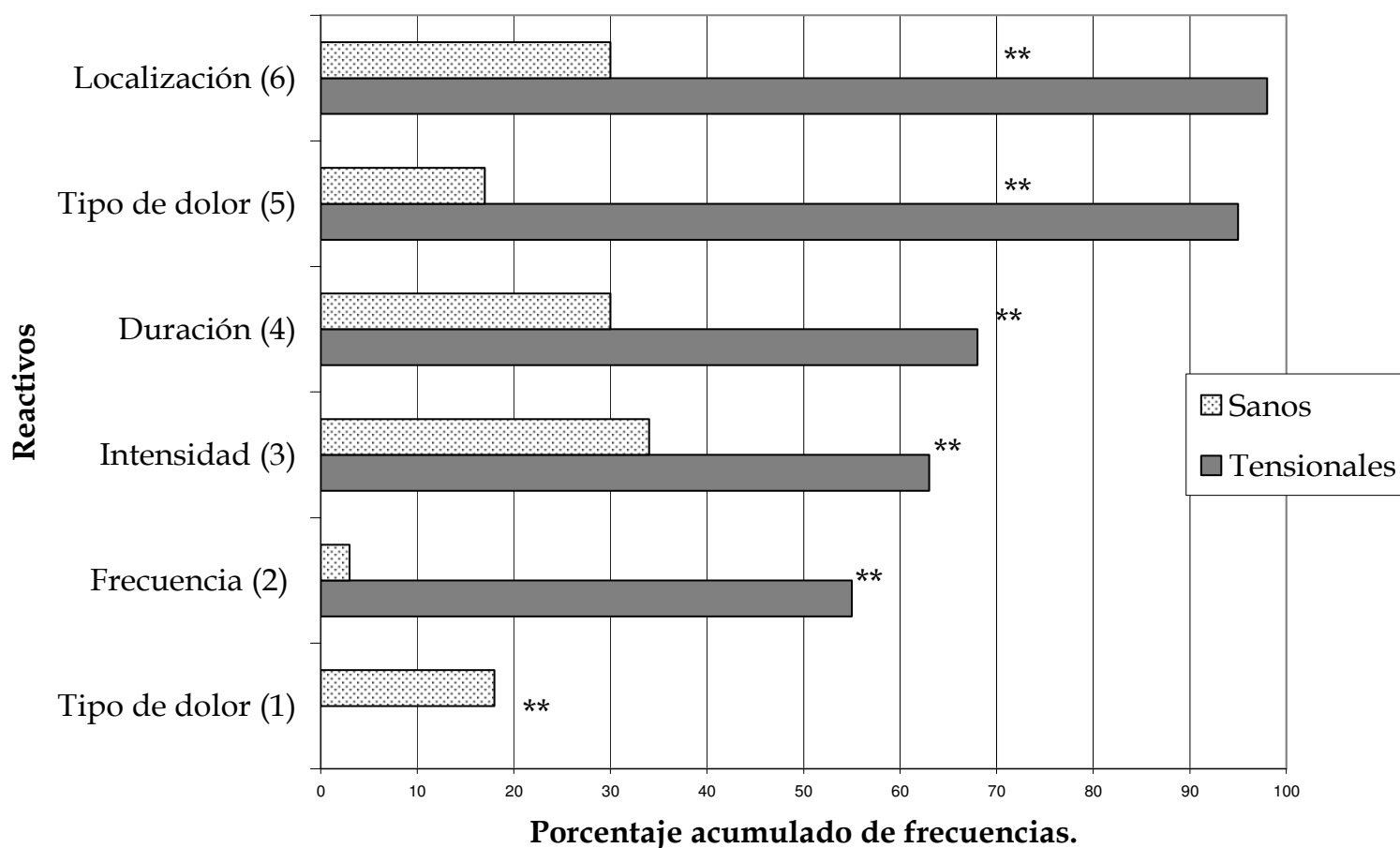


Figura 5. Reactivos de criterio diagnóstico.

Todos los reactivos correspondientes a los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Cefaleas, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los diagnosticados y los sanos. En el reactivo 1 (Cuando me duele la cabeza siento que me punza) que fungió como filtro, si bien no fue una característica muy común entre los sanos, no se observó en **ninguno** de los tensionales.

Los reactivos 7, 8, 9 y 10 hacen referencia a síntomas asociados con la cefalea, y pueden estar presentes en diversos tipos de cefalea como la tensional y la migraña (véase la figura 6).

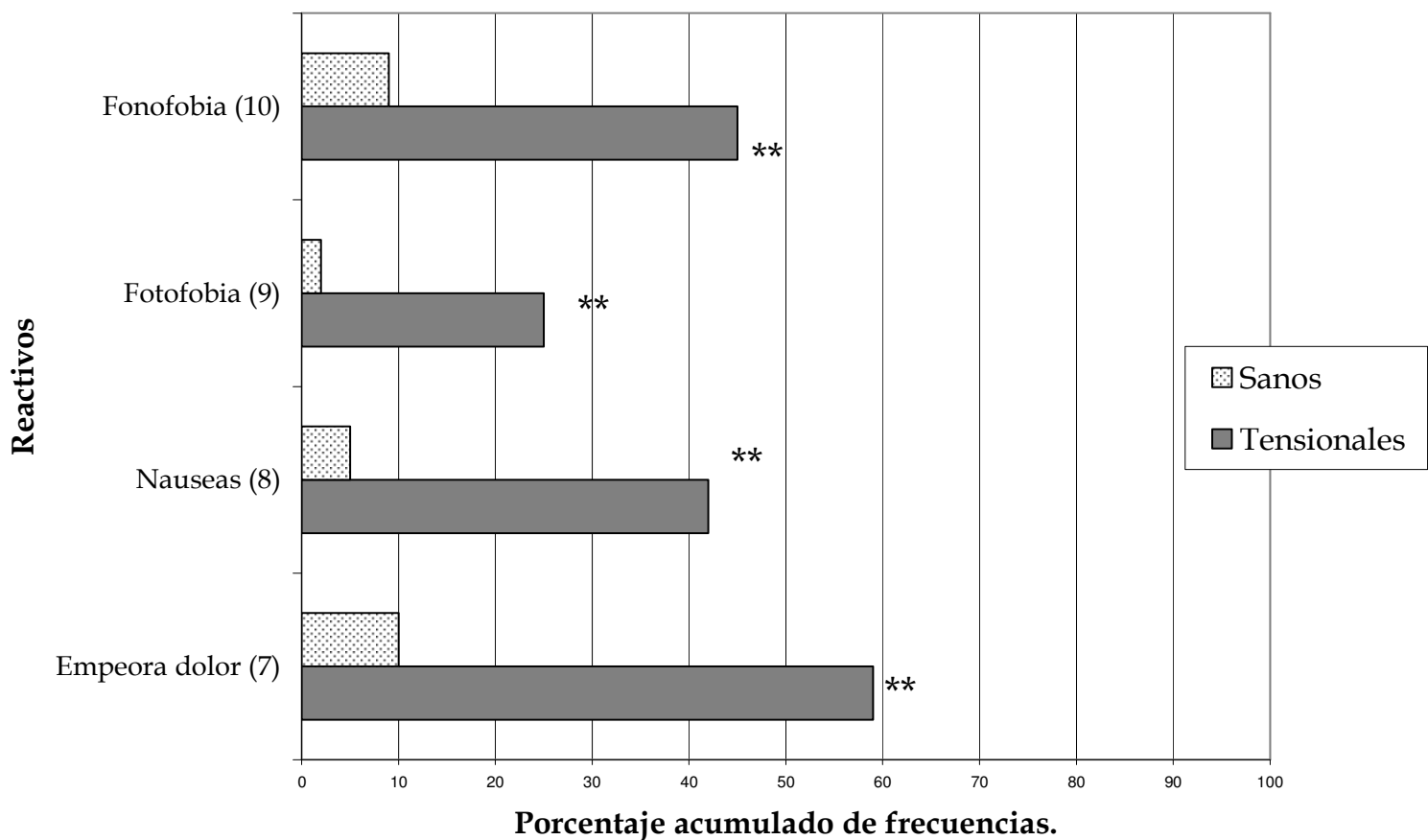


Figura 6. Reactivos de síntomas asociados.

Los reactivos correspondientes a los síntomas asociados, mostraron por su parte diferencias estadísticamente significativas entre diagnosticados y sanos. A pesar de que los reactivos 7 y 8 mostraron diferencias estadísticamente significativas, por lo general no se espera que estén presentes en los pacientes con cefalea tensional.

Los reactivos 11 y 12 corresponden a factores de riesgo asociados con la cefalea tensional de acuerdo con la literatura

de investigación y hacen referencia a los patrones de sueño en las personas (ver figura 7).

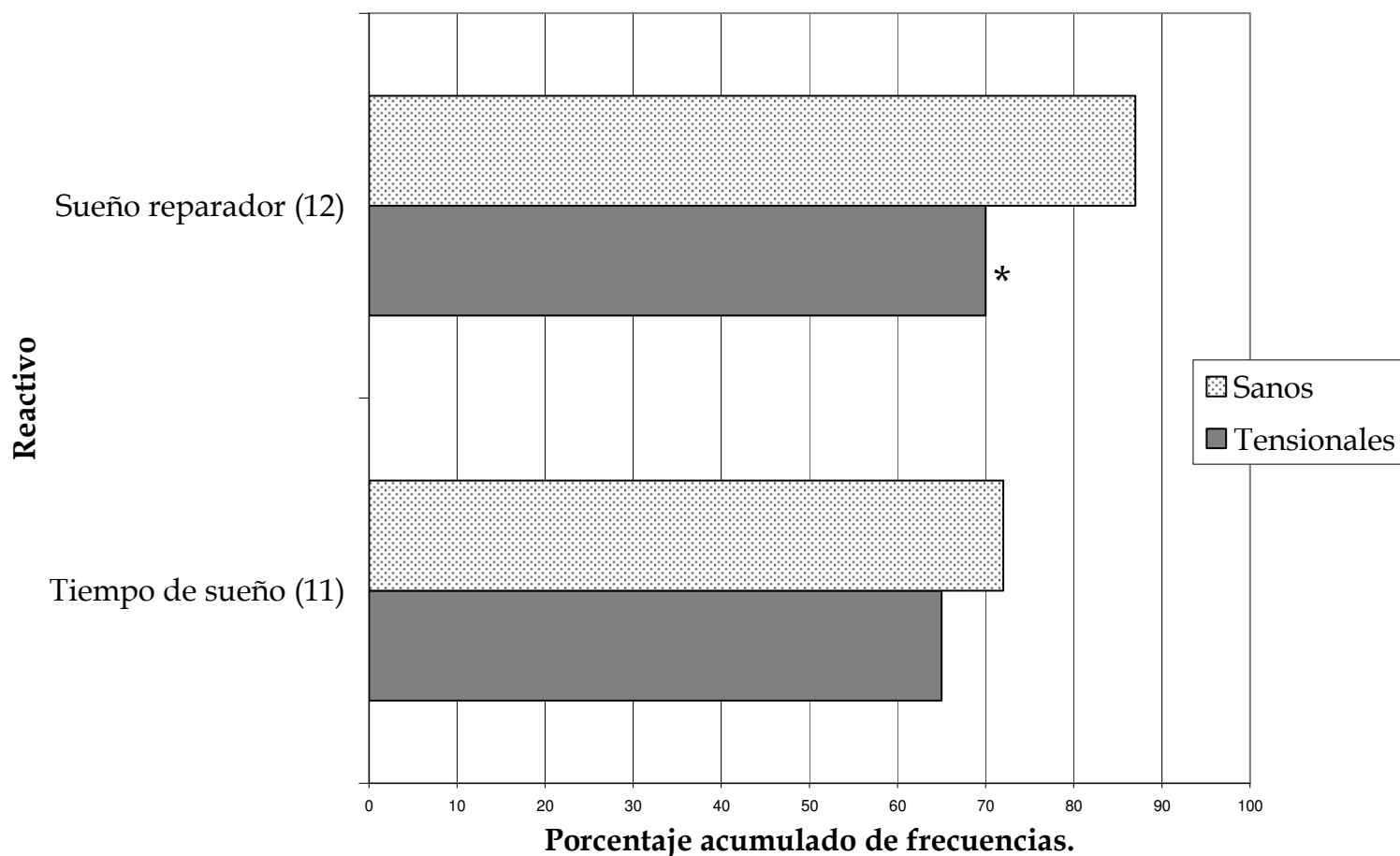


Figura 7. Reactivos sobre factores de riesgo (Patrón de sueño).

El reactivo 11 no mostró diferencias significativas y el 12 lo hizo de manera limítrofe.

Por último, en virtud de tratarse de variables nominales los reactivos 13 y 14 se analizaron por medio de tabulaciones cruzadas entre diagnosticados y sanos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. El reactivo 13 hace referencia a las estrategias comúnmente utilizadas por los participantes para lidiar con el dolor de cabeza (Véase la Figura 8).

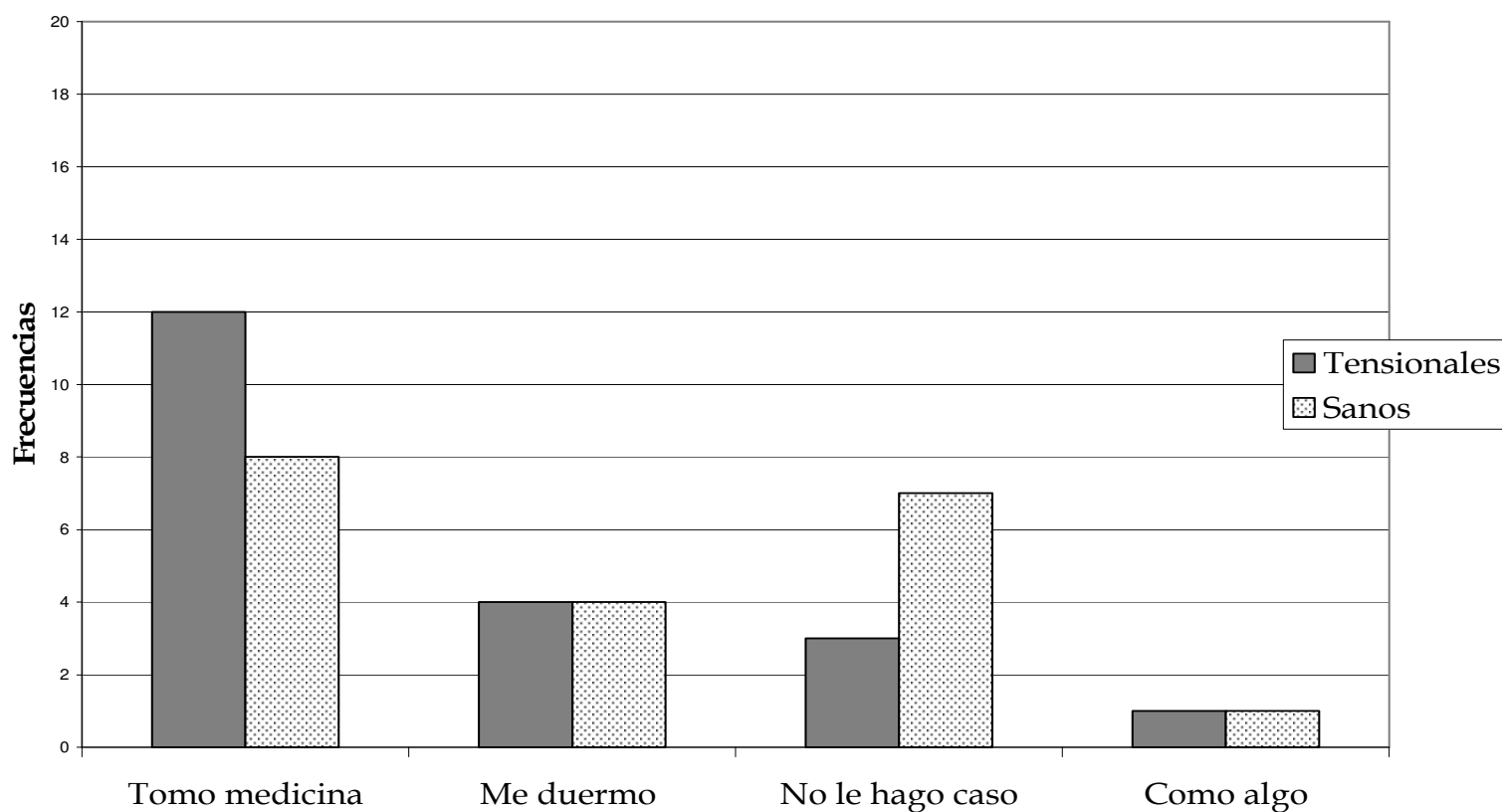


Figura 8. Reactivo sobre estrategias utilizadas contra el dolor.

La figura 8 muestra, que tomar medicamentos fue la principal estrategia a la que recurrieron los participantes de ambos grupos (12 del grupo de tensionales y 8 de los sanos) cuando tienen algún tipo de dolor de cabeza, seguida por dormir (4 participantes de cada grupo).

Por otro lado el reactivo 14 hace referencia a los factores que los pacientes identifican como desencadenantes del dolor de cabeza (ver Figura 9).

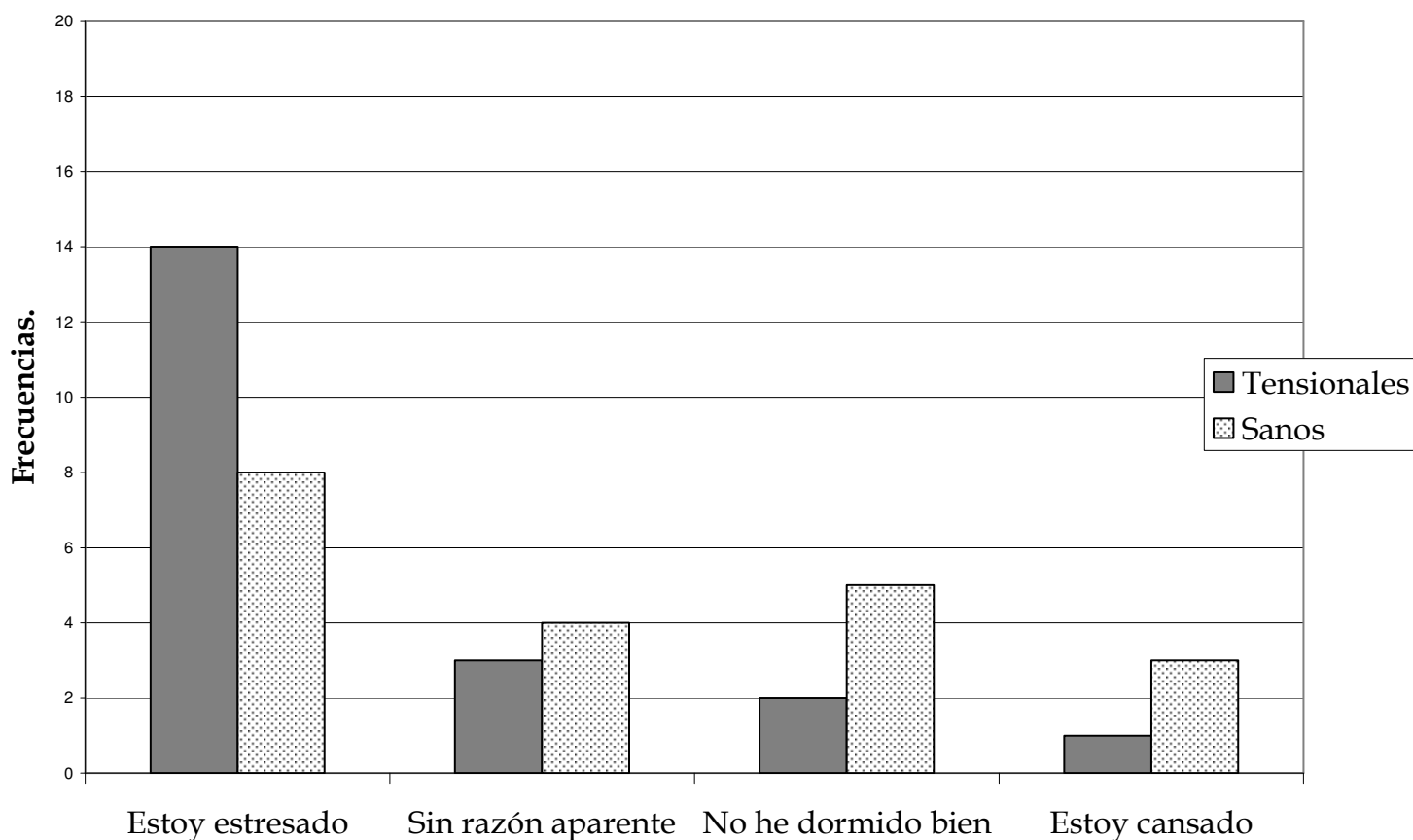


Figura 9. Reactivo sobre factor desencadenante del dolor.

Así, la figura 9 muestra que el estrés es el factor principal asociado al inicio del dolor (14 pacientes con diagnóstico y 8 sanos). En algunos casos los participantes no tenían identificados factores específicos responsables del desencadenamiento del dolor y, al igual que la falta de descanso y no dormir bien obtuvieron frecuencias similares.

DISCUSIÓN.

El propósito principal del presente estudio consistió en desarrollar un instrumento capaz de identificar de manera precisa a quienes padecen cefalea tensional, así como de arrojar registros claros y confiables acerca de los criterios diagnósticos (intensidad, frecuencia, duración, localización y tipo de dolor), síntomas asociados (presencia/ausencia de fotofobia, fonofobia y náuseas) y factores de riesgo más comunes (patrones de sueño, elementos desencadenantes del dolor) del padecimiento.

Adicionalmente se planteó como objetivo secundario, la descripción sobre la manera en que los pacientes con diagnóstico formal de cefalea tensional experimentan el dolor en contraste con participantes aparentemente sanos.

La necesidad de realizar el presente estudio surge del hecho de que en ocasiones las cefaleas primarias se diagnostican como secundarias y en consecuencia los pacientes no reciben el tratamiento adecuado a su etiología (IHS, 2004, Kaniecki 2003). Hay, además una carencia de

instrumentos de tamizaje para apoyar el diagnóstico dado por el especialista.

En lo referente al objetivo principal del presente trabajo, es posible afirmar que la versión final del cuestionario logra discriminar entre los grupos (con diagnóstico formal y aparentemente sanos) en función de puntajes altos y bajos, pues las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas para 11 de 12 reactivos. Es decir que la magnitud de los puntajes obtenidos, en este caso los altos, denotan un rasgo propio en los pacientes con diagnóstico formal, mismo que no poseen o lo hacen en mucha menor proporción los sanos.

Como era esperable, las variables sociodemográficas no difirieron ni se asociaron significativamente entre los grupos, por lo que las diferencias entre sanos y pacientes diagnosticados son, en efecto, más atribuibles a la sintomatología propia de la cefalea tensional. Si bien hay estudios que señalan al género (femenino) y la edad (de 18 a 44 años) como factores de riesgo para el desarrollo de la cefalea (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen y Jensen, 2005) el

presente estudio no reveló tendencias claras a este respecto, ni por edad ni por género. Sin embargo, dado que la gran mayoría de las personas que participaron en el estudio eran mujeres, es probable que el peso del género sea relativamente nulo al respecto de cómo las personas perciben y afrontan el dolor, al igual que con la ocupación y el estado civil en sentido comparativo.

En cuanto a la estructura del instrumento, un segundo análisis realizado a fin de obtener la consistencia interna de la escala por medio de la fórmula Küder-Richardson (KR20), corroboró que los refinamientos a la escala fueron adecuados, ya que el coeficiente obtenido fue de $r = .493$ y se considera confiabilidad media (Hernández-Sampieri, 2006). Sin embargo, dicho valor puede en gran medida, estar determinado por el hecho de que la escala sólo está compuesta por catorce reactivos y se aplicó a un grupo de 40 participantes divididos en dos grupos. Incrementar el número de reactivos y el de sujetos bien podría mejorar los resultados. Si bien la estructura de la escala con opciones de respuesta requeriría del establecimiento de la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach que arroja valores más

aceptables ($\alpha = 0.89$), se prefirió conservar el coeficiente para variables dicotómicas (KR20) a fin de mantener con el mayor rigor posible la consistencia de la escala sobre los criterios diagnósticos de la IHS.

En el análisis específico de cada reactivo con la escala total se obtuvieron correlaciones positivas y negativas. Merece atención el hecho de que las correlaciones positivas más altas, fluctuantes entre .44 y .87, corresponden a criterios propios de la cefalea tensional y hacen referencia a aspectos tales como la frecuencia, intensidad, duración, tipo y localización del dolor (IHS, 2004).

Es importante remarcar que los reactivos referentes a la localización, es decir si el dolor se sentía en la nuca, la frente y/o en ambos lados de la cabeza al mismo tiempo (bilateral) y al tipo de dolor, en este caso presionante (no pulsátil) pueden considerarse bastiones en el criterio para diagnosticar cefalea tensional, dado que fueron dos reactivos que obtuvieron coeficientes de correlación (.74 y .87 respectivamente) e índices de discriminabilidad (.92 y 1.00 respectivamente) más altos en toda la escala.

Un hallazgo importante parte del análisis de los reactivos referentes a síntomas asociados tales como fotofobia, fonofobia, náuseas y el empeoramiento del dolor con actividades cotidianas; puesto que de acuerdo con la Clasificación Internacional de Cefaleas (IHS, 2004), la de tipo tensional no empeora con actividades cotidianas, como son caminar o subir escaleras. El presente estudio reveló que en un número considerable de pacientes y participantes, el dolor frecuentemente empeoraba con dichas actividades. Cabe mencionar que las implicaciones no son del todo graves, es decir que la presencia de dicho síntoma puede no afectar el diagnóstico formal. Por un lado se debe tomar en cuenta, que a pesar de que las correlaciones fueron positivas para este reactivo, éstas adicionalmente, fueron relativamente bajas y por otro lado, de acuerdo con la Clasificación Internacional, en orden de efectuar un diagnóstico diferencial es suficiente con que estén presentes al menos dos de los siguientes cuatro criterios, localización, tipo de dolor, intensidad y agravamiento con actividad física rutinaria (IHS, 2004).

El síntoma de náusea estuvo presente en un número considerable de pacientes con diagnóstico formal,

aproximadamente el 40% de ellos refirieron sentirlo con alguna frecuencia; mientras que en los sanos fue un síntoma prácticamente ausente. Cabe mencionar que este síntoma, en general no se espera en los pacientes con cefalea tensional (IHS, 2004) a menos que se haya incurrido en sobre dosis de analgésicos o la cefalea tensional sea crónica (Mosquera, 1998; Steiner y Fontebasso 2002, WHO, 2000). No fue posible determinar si la presencia de náusea se debe a dichas causas, por lo que es conveniente evaluar a profundidad este aspecto.

La fotofobia y fonofobia también estuvieron presentes, tal como se esperaba, sólo en algunos casos (IHS, 2004). Si bien, las correlaciones encontradas fueron adecuadas, es difícil detectar con exactitud a cuántos pacientes les ocurría una o la otra o si en algunos casos ocurrían conjuntamente en el mismo ataque. Debe recordarse que, de acuerdo con la clasificación Internacional, éstas nunca concurren juntas. Así, al menos para los participantes en el presente estudio, dichos criterios deben considerarse con reservas en el diagnóstico de cefalea tensional, debido a que son compartidos en mayor o menor grado con la cefalea de tipo migrañoso, y probablemente algunos de los participantes sanos y algunas

veces los tensionales experimentan ocasionalmente este tipo de dolor.

En cuanto a las horas que duermen los participantes de cada grupo, los resultados no fueron estadísticamente significativos en ninguna aplicación de las tres versiones sucesivas del cuestionario. Así, se trata de un criterio que difícilmente podría considerarse inherente a la cefalea tensional, pues tanto sanos como diagnosticados informaron dormir en promedio el mismo número de horas (entre 6 y 8) a diferencia de hallazgos en la literatura que consideran que dormir pocas horas contribuye al desarrollo de la cefalea tensional (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen y Jensen, 2005) o que dichos pacientes se ven afectados por éste hecho (Rasmussen, 1993).

En cuanto a la percepción de los participantes sobre el efecto del sueño, congruentemente con la literatura, los pacientes tensionales no lo consideran reparador a diferencia de los sanos quienes lo perciben más reparador (Rasmussen, 1993).

Resulta evidente que los pacientes con diagnóstico formal perciben de forma más dañina, intensa y duradera los episodios de cefalea en contraste con los sanos, además de que son afectados con mucha más frecuencia por dicho dolor.

El análisis descriptivo indica que para lidiar con el dolor de cabeza, en su mayoría los participantes recurren al consumo de medicamentos lo cual tiene varias implicaciones. Por un lado sugiere que los participantes podrían estar en riesgo de la toxicidad que conlleva el uso prolongado de analgésicos, pues la mayoría de los pacientes con diagnóstico tiene varios años con el dolor y con su consecuente tratamiento. En el caso de los sanos es muy probable que los analgésicos estén auto-prescritos, por lo que es difícil saber si están usando los medicamentos adecuados para la etiología de su dolor (Steiner y Fontebasso 2002, IHS 2004, WHO 2004), lo cual en sí mismo aumenta el riesgo de toxicidad, generalmente a nivel hepático (Rosenstein 2001) por su uso descontrolado (Lechuga, Riveros & Sánchez Sosa, 2007). Esto indica que existe cierto desconocimiento por parte de los pacientes sobre los tratamientos no medicamentosos del dolor de cabeza y factores asociados a éste. En este rubro se

incluyen los procedimientos de autoregulación que se han empleado y evaluado a lo largo de los últimos veinte años, con resultados favorables (WHO 1993).

Adicionalmente, los participantes en este estudio, sin importar el grupo al que pertenecían, refirieron dormir cuando tenían dolor de cabeza lo que puede explicar la razón por la cual los pacientes con diagnóstico formal duermen en promedio el mismo tiempo que los participantes aparentemente sanos, pues a pesar de que el sueño no sea reparador, buscan hacerlo con frecuencia para conseguir el alivio del dolor.

Por último, es importante mencionar que tal como lo refiere la literatura (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen y Jensen, 2005) el estrés es el principal factor identificado como desencadenante del dolor para la mayoría de los participantes en ambos grupos. Las implicaciones apuntan una vez más al poco conocimiento por parte de los pacientes sobre los procedimientos empleados con miras al manejo efectivo del estrés y la consecuente reducción del dolor (WHO 1993).

Limitaciones y sugerencias.

El presente estudio estuvo sujeto a ciertas limitaciones, principalmente el número relativamente pequeño de participantes. En la institución a la que se tuvo acceso, resultó sumamente difícil reclutar a los pacientes con diagnóstico confirmado por neurólogo y, para las aplicaciones subsecuentes, muchos de los que habían participado inicialmente ya no pudieron hacerlo de nuevo. Por otro lado, a pesar de que se contaba con grupos relativamente homogéneos de participantes, algunos de los participantes sanos respondían con algunos valores semejantes e incluso más altos que los diagnosticados, lo que permitía suponer que si éstos buscaran la atención médica quizá recibirían un diagnóstico de cefalea tensional, pues evidentemente la mayoría de las personas han experimentado alguna vez alguna variedad de dolor de cabeza (WHO, 2004; IHS, 2004).

Por estas razones se recomienda para futuras investigaciones ampliar el número de participantes con diagnóstico así como procurar la participación a otras sedes o diferentes niveles de atención. Esto aparte de que al

incrementar la posibilidad de reclutar más participantes daría oportunidad de explorar las diferencias entre pacientes asistentes a diversos tipos de institución y evaluar el efecto de algunas de sus principales características en la forma en que los pacientes experimentan el trastorno. En el caso de los participantes sanos, convendría refinar los criterios filtro que determinan su condición de sanos, pues en este estudio sólo se pudo utilizar un reactivo para dicho efecto.

Cabe mencionar que la primera versión del cuestionario contaba con un reactivo destinado a evaluar la evolución de la cefalea, éste fue eliminado debido a que no contribuía en absoluto a la confiabilidad de la escala y en consecuencia no estaba arrojando información significativa. Sin embargo no se contó con un número representativo de participantes para cada condición (frecuente, crónica e infrecuente). Por lo que se sugiere en futuros estudios que se conformen grupos de pacientes diagnosticados con cefalea tensional crónica, episódica frecuente e infrecuente, a fin de evaluar el peso relativo que podría tener la evolución del trastorno en la forma en que los pacientes experimentan el dolor, además de los efectos directos que puede tener esta variable sobre otras

como calidad de vida, depresión, ansiedad, etc., que son algunas de las variables más afectadas por dichos trastornos de acuerdo con la literatura de investigación (Rasmussen, Jensen, Schroll & Olesen, 1991; Zermeño y Miranda, 2000; Zwart, 2003).

En otro sentido, podría argumentarse que el periodo transcurrido entre la primera y la última aplicación (aproximadamente cinco meses) fue suficiente para que en los pacientes con diagnóstico, el tratamiento dado por el neurólogo tuviera un efecto sostenido y favorable y en consecuencia los puntajes de los pacientes hubieran sido más bajos.

Esto hubiera hecho más difícil la discriminación entre grupos debido a la cercanía de las medias, ya que en este caso los puntajes de cada grupo (tensionales y sanos) hubieran sido muy similares; además hubiera generado la posibilidad de un sesgo por parte de los pacientes tensionales al contestar el cuestionario en repetidas ocasiones. Sin embargo la mayoría de los pacientes continuaban refiriendo dolor de cabeza, con la misma intensidad y frecuencia y en algunos casos casi con

la misma duración. De las 34 llamadas que se hicieron para aplicaciones subsecuentes en sólo tres casos los pacientes refirieron no tener más el padecimiento, uno fue recientemente diagnosticado con epilepsia y otro falleció, por lo se excluyeron del estudio, a fin de evitar que la sensibilidad de los reactivos se viera artificialmente afectada.

Se recomienda realizar aplicaciones en pacientes recién diagnosticados a fin de aislar los efectos del tratamiento farmacológico y, en caso de tener que re-aplicar el cuestionario sea siempre con grupos distintos al primero para evitar el posible sesgo por parte de los participantes al estar familiarizados con el cuestionario, sus preguntas y sus posibles respuestas.

Adicionalmente, es recomendable incrementar el número de reactivos en la escala, y diseñar algunos con criterios propios de otros padecimientos, principalmente migraña y cefalea en racimos ("cluster"), pues muy probablemente elevaría la consistencia interna de la escala y aumentaría el poder discriminante entre subtipos. Debe recordarse que inicialmente se considero que el sólo hecho de identificar

criterios propios de la cefalea tensional bastaría para excluir al resto de los subtipos, sin embargo como sugieren los presentes hallazgos sobre síntomas asociados (nausea, fotofobia y fonofobia) el cuestionario no puede determinar si subtipos diferentes coexisten en el mismo paciente.

Finalmente, dado que el cuestionario aún es susceptible de modificación a fin de mejorarlo, y de acuerdo con los hallazgos del presente estudio, habría que considerar determinadas opciones como correctas, en orden de efectuar el diagnóstico.

Con respecto a los criterios propios de la cefalea tensional episódica frecuente, se esperaría que estuvieran presentes en su totalidad, por lo que la lección de respuestas tendría que distribuirse de la siguiente manera:

- El reactivo 1, funciona como filtro, por lo que se espera que la respuesta sea “Nunca”.
- Para la el reactivo 2, la opción que debe ser elegida es “entre una y catorce veces al mes”.

- Para el reactivo 3, la respuesta correcta es “Fuerte, el dolor me molesta pero puedo continuar mis actividades”.
- Para el reactivo 4 la respuesta es “Aproximadamente un día”.
- Y en el caso de los reactivos 5 y 6, la opción que debe ser elegida conforme a los criterios diagnósticos es “Siempre”.

Para el caso de los síntomas asociados, no se espera que concurren juntos en el mismo ataque, por lo que al menos la presencia de dos de ellos basta para efectuar el diagnóstico, debido a la naturaleza del análisis se escogió como correcta la opción mínima para considerar la presencia del síntoma, de tal manera que las opciones específicas para cada uno de ellos fueron:

- En el reactivo 7, la opción elegida debería ser “siempre”.
- El reactivo 8, tiene por opción esperada “pocas veces”, aunque no es necesario que este presente en todos los episodios de cefalea.
- En el caso de los reactivos 9 y 10, es importante remarcar que éstos no deben presentarse en el mismo ataque, la presencia de uno de los dos, por episodio, basta para el

diagnóstico y la opción esperada en todos los casos sería “Pocas veces”.

Cabe señalar, que cualquier otra respuesta que indique la presencia del síntoma no modifica el diagnóstico.

Por último, respecto a los factores que pueden estar involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la cefalea tensional, las opciones de respuesta son las siguientes:

- Pare el reactivo 11 la respuesta esperada es “Entre seis y ocho horas”.
- En el caso del reactivo 12 la opción que se espera sea elegida corresponde a “Pocas Veces”.
- Por último, los reactivos 13 y 14 brindan un panorama descriptivo, por lo que las respuestas podrían variar de acuerdo con la muestra. En el presente estudio la respuesta esperada se determinó por la frecuencia de aparición, para el reactivo 13 “Tomo medicina” y para el 14 “Estoy estresado”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alduncin, N. y Kracer, B. (2005). Cefalea. *Revista de la Facultad de Medicina*. UNAM, 48(1).

Assessment System Corporation. (2006). *User's Manual for the ITEMAN. Conventional Item Analysis Program*. Minnesota: Autor.

Blume, A., Schmaling, K. & Marlatt, G. (2000). Revisiting the self-medication hypothesis from a behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7(4), 397-384.

Cruz, A. (2007). Cefalea tensional, Frecuente y mal diagnosticada. En: A., *La jornada, Sociedad y justicia*. Recuperado el 13 de mayo del 2007 de: <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/13/index.php?section=sociedad&article=040n2soc>

Engel, G. L. (1989). Dolor. En: R. Blacklow. *Signos y Síntomas de MacBryde: Fisiopatología aplicada e interpretación clínica*. (pp. 43-62). México: Interamericana.

Fritsche, G., Hueppe, M., Kukava, M., Dzagnidze, A., Schuerks, M., Yoon, M. S., Diener, H. C., & Katsarava, Z. (2007). Validation of a German language questionnaire for screening for migraine, tension-type headache, and trigeminal autonomic cephalgias. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 47(4), 546-551.

- Hale W., Perkins, L.L., May, F. E., Marks, R.G. & Stewart, R. B. (1986) Symptom prevalence in the elderly: an evaluation of age, sex, disease, and medication use. *Journal of the American Geriatrics Society*. 34, 333-340.
- Hernandez-Sampieri, R., Fernandez-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. INEGI. (2004). Estadística de Establecimientos Particulares de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 26 de septiembre del 2006 de: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/salud/default.asp>
- International Headache Society (2004). The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. *Cephalalgia*; 24(1): 1-160.
- International Headache Society (2007). *International Headache Society, About IHS*. Recuperado el 20 de febrero del 2008 de: <http://www.i-h-s.org/>
- Jacobson G. P., Ramadan N. M., et al. (1994). The Henry Ford Hospital headache disability inventory (HDI). *Neurology*. 44, 837-842.
- Kaniecki, R. (2003). Headache Assessment and management. *Journal of the American Medical Association*; 289(11): 1430-1433.

- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*. 142, 1259-1264.
- Kukava, M., Dzagnidze, A., Mirvelashvili, E., Djibuti, M., Guenther, F., Jensen, R., Stovner, L. J., Steiner, T. J. & Katsarava, Z. (2007). Validation of a Georgian language headache questionnaire in a population-based sample. *Journal of Headache and Pain*. (8), 321 – 324.
- Lechuga, M., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Risk perception of the self-prescribed use of OTC cold/flu medications. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. (In press).
- Linnet, M. S., Stewart, W.F., Celentano, D., Ziegler, D. & Sprecher, M. (1989). An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *Journal of the American Medical Association*; 261(15): 221-226.
- Lipton, R. B., Stewart, W. F., Sawyer, J., Westhead, E. & Edmeads, J. G. (2001). Clinical utility of a new instrument assessing migraine disability: the Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *The Journal of Head and Face Pain* 41 (9), 854–861.
- Lyngberg, A. C., Rasmussen, B. K., Jorgensen, T. & Jensen, R. (2005). Incidence of Primary Headache: A Danish Epidemiologic Follow-up Study. *American Journal of Epidemiology*. 161(11):1066-1073.

- Melzack, R. (2005). The McGill Pain Questionnaire. From Description to Measurement. *Anesthesiology*. 103, 199-202.
- Mosquera, I. (1998). Cefalea Tensional. ¿Una enfermedad Psicosomática? Trabajo presentado en el Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Del 15 de Octubre al 30 de Noviembre de 1998. Recuperado el 26 de septiembre del 2006, de:
<http://neurologia.rediris.es/congreso/index.html>
- Phillip, D., Lyngberg, A.C. & Jensen, R. (2007). Assessment of headache diagnosis. A comparative population study of a clinical interview with a diagnostic headache diary. *Cephalalgia* (27), 1 - 8.
- Pleis, J.R. & Lethbridge-Çejku, M. (2006). *Summary health statistics for U.S. adults: National health interview survey, 2005*. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics. 10(232).
- Rasmussen, B. K., Jensen, R., Schroll, M. & Olesen, J. (1991). Epidemiology of Headache in a General Population - A Prevalence Study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 44(11): 1147-1157.
- Rasmussen, B. K. (1993). Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain*, 53, 65-72.

- Rasmussen, B. K. & Olesen, J. (1996). Epidemiology of Headache. Technical Corner from *IASP Newsletter*. March/April.
- Rosenstein, E. (2001). *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas*. Edición 47. México: PLM. Thomson Healthcare.
- Secretaria de Salud (2006). Cuaderno estadístico. Dirección de planeación y desarrollo de sistemas administrativos. Hospital General de México. Enero-Septiembre. Recuperado el 20 de febrero del 2007 de:
http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/planeacion/cuad_estad_ene_sep_2006.pdf
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. (Pp. 113-121). México, D.F: Trillas
- Smetana, G. (2000). The Diagnostic Value of Historical Features in Primary Headache Syndromes: A Comprehensive Review. *Archives of Internal Medicine*. 160(18): 2729-2737.
- Steiner, T. & Fontebasso, M. (2002). Headache: Clinical Review. *British Medical Journal*. 325(7369): 881-886.
- Tortora, G. J. & Grabowski S. R. (2002). *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Oxford University.

- Wang, S. J., Liu, H. Ch., Fuh, J. L., Liu, Ch. Y., Wang, P. N. & Lua, S. R. (1999). Comorbidity of headaches and depression in the elderly. *Pain*. 82, 239 - 243.
- Wise, T. N., Mann, L. S., Jani, N., Niru, T, Kozachuk, W., Walter, F., et al. (1994) Convergent validation of the Illness Effects Questionnaire. *Psychological Reports*. 75(1, Pt 1), 248-250.
- World Health Organization (2000). *Headache Disorders and Public Health: Education and Management Implications*. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Geneva.
- World Health Organization (2004). *Headache Disorders*. Fact Sheet No. 227 March. Geneva.
- Zermeño-Pohls, F. (2004). Ácido acetil salicílico en el tratamiento de las cefaleas. *Archivos de Neurociencias*, 9(1):34-38.
- Zermeño-Pohls, F. y Miranda-Rodríguez, M. (2000). Comorbilidad de la Cefalea Tensional y la Migraña en Población Abierta del Distrito Federal. *Archivos de Neurociencias*, 5(2):51-54.
- Zwart, J.A., Dyb, G., Hagen, K., Odegard, K. J., Dahl, A.A., Bovim, G. & Stovner, L. J. (2003). Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. *European Journal of Neurology*. 10, 47-52.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA.

Héctor Rafael Velázquez Jurado y Juan José Sánchez Sosa.

Universidad Nacional Autónoma de México.

2008

Este cuestionario busca obtener información sobre las características de su dolor de cabeza. También pregunta sobre algunos aspectos de su vida cotidiana. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor se aplique a su caso. En este cuestionario no hay respuestas buenas ni malas, por lo tanto, con toda confianza, conteste con la verdad.

1. Cuando me duele la cabeza siento que me punza:

- a) Siempre.
- b) Frecuentemente.
- c) Nunca.

2. En los últimos tres meses, la cabeza me ha dolido aproximadamente:

- a) Una vez.
- b) Entre una y catorce veces al mes.
- c) Más de quince veces en un mes.
- d) No he tenido dolor de cabeza.

3. Generalmente la cabeza me duele:

- a) Muy leve, sólo si pongo atención lo noto.
- b) Leve, lo noto pero no afecta mis actividades.
- c) Fuerte, el dolor me molesta pero puedo continuar mis actividades.
- d) Muy fuerte, sólo me permite actividades físicas, pero no puedo concentrarme.
- e) Incapacitante, no puedo realizar ninguna actividad.

4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura:

- a) Aproximadamente una hora.
- b) De una a cinco horas.
- c) Aproximadamente un día.
- d) Por varios días.

5. Cuando me duele la cabeza la siento tensa o como si me la apretaran:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

6. Siento el dolor, en la nuca, o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

7. El dolor se hace más fuerte cuando camino, subo escaleras, me siento o me levanto, etc.:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

Continúa...

8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre.

10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre

11. Cada noche duermo aproximadamente:

- a) Más de ocho horas.
- b) Entre seis y ocho horas.
- c) Entre cuatro y seis horas.

Continúa...

12. Siento que descanso bien por las noches cuando duermo:

- a) Nunca.
- b) Pocas veces (menos de la mitad del tiempo o las veces).
- c) Frecuentemente (más de la mitad del tiempo o las veces).
- d) Siempre

13. He notado que el dolor se me quita cuando:

- a) Tomo medicina
- b) Me duermo
- c) Me como algo
- d) No le hago caso

14. He notado que la cabeza me duele cuando:

- a) Estoy cansado.
- b) Estoy estresado.
- c) Estoy enojado.
- d) No he dormido bien.
- e) Sin razón aparente.

Su ocupación: _____

Su edad: _____

Su estado Civil (sea o no formal):

Su sexo: (Fem.) (Masc.)

Gracias.

CONSIDERACIONES SOBRE LA CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO.

En orden de efectuar el diagnóstico y de acuerdo con los hallazgos del presente estudio, se tienen que considerar las siguientes opciones como correctas.

Los criterios propios de la cefalea tensional episódica frecuente, deben estar presentes en su totalidad. Las opciones correctas son las siguientes:

- Reactivo 1: c) Nunca.
- Reactivo 2: b) Entre una y catorce veces al mes.
- Reactivo 3: c) Fuerte, el dolor me molesta pero puedo continuar mis actividades.
- Reactivo 4: c) Aproximadamente un día.
- Reactivo 5: d) Siempre.
- Reactivo 6: d) Siempre.

Para el caso de los síntomas asociados, la presencia de dos de ellos basta para efectuar el diagnóstico. Las opciones correctas son las siguientes:

- Reactivo 7: d) siempre.
- Reactivo 8: b) Pocas veces.
- Reactivo 9: b) Pocas veces.
- Reactivo 10: b) Pocas veces.

Para los factores que pueden estar involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la cefalea tensional, las opciones de respuesta son las siguientes:

- Para el reactivo 11 la respuesta esperada es “Entre seis y ocho horas”.
- En el caso del reactivo 12 la opción que se espera sea elegida corresponde a “Pocas Veces”.
- Por último, los reactivos 13 y 14 brindan un panorama descriptivo, por lo que las respuestas podrían variar de acuerdo con la muestra. En el presente estudio, para el reactivo 13 la respuesta esperada es “Tomo medicina” y para el 14 “Estoy estresado”.

ANEXO II



El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México sustentan la práctica de protección para participantes en investigación. Presentamos a usted la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio. No tendría problema o consecuencias alguna como usuario(a) de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que pueden interferir con su vida cotidiana y bienestar. Le pedimos que llene el siguiente cuestionario en el cual se le preguntará sobre las características del dolor de cabeza que ha sentido. En este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas, por lo tanto, con toda confianza conteste con la verdad, su franqueza nos permitirá diseñar programas preventivos y de ayuda.

Completar el cuestionario le tomará entre quince y veinte minutos. Su participación es completamente voluntaria, anónima y está en absoluta libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que por no participar no tendrá ningún problema o consecuencia negativa como usuario de los servicios del Instituto ni de ninguna otra índole. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos. *Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad.*

A mi _____ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento.

Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no se podrá identificar en ninguna forma.

Participante o representante autorizado. Fecha.

Investigador. Fecha.

Es posible, que a partir de los resultados que arroje la presente investigación, se diseñen programas específicos para ayudarlo(a) en el manejo de la cefalea. En caso de que quiera participar en éstos, por favor déjenos sus datos (un teléfono o una dirección postal o electrónica (e-mail)) para poder contactarlo(a) posteriormente y ofrecerle un tratamiento adicional que busca complementar el tratamiento médico que recibe en el Instituto con el propósito de mejorar su bienestar. Aun si deja sus datos, esto no lo obliga a participar.

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Correo electrónico: _____