



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

EL PAPEL DE LA INTERACCION FAMILIAR
EN LAS CEFALEAS PRIMARIAS

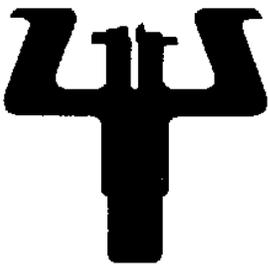
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
EDUARDO BLAS HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
REVISORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

El estudio de la presente tesis fue posible gracias a la beca otorgada por el
Programa de Apoyo Para la Investigación e Innovación Tecnológica
(PAPIIT) IN302509

MÉXICO, D.F.

JUNIO, 2011





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Hace mucho tiempo, el hijo de un rey de Persia fue criado con el hijo del gran visir y su amistad se hizo legendaria. Cuando el príncipe accedió al trono, le dijo a su amigo:

–Por favor, mientras yo me dedico a los asuntos del reino, escribe para mi la historia de los hombres y del mundo, a fin de que extraiga las enseñanzas necesarias y sepa cómo es conveniente actuar.

El amigo del rey consultó a los historiadores más celebres, a los estudiosos más eruditos y a los sabios más respetados. Al cabo de cinco años, se presentó muy orgulloso en palacio:

–Señor –dijo–, aquí tenéis treinta y seis volúmenes en los que se relata toda la historia del mundo, desde la creación hasta vuestro advenimiento.

– ¡Treinta y seis volúmenes! –exclamó el rey–. ¿Cómo voy a tener tiempo de leerlos? Tengo muchas cosas que hacer para administrar mi reino y ocuparme de las doscientas reinas de mi palacio. Por favor, amigo, resume la historia.

Dos años después, el amigo regresó a palacio con diez volúmenes. Pero el rey estaba en guerra contra el monarca vecino y tuvo que ir a buscarlo a la cima de una montaña, en el desierto, desde donde dirigía la batalla.

–La suerte de nuestro reino está en juego. ¿De dónde quieres que saque tiempo para leer diez volúmenes? Abrevia más la historia de los hombres.

El hijo del visir se fue de nuevo y trabajó tres años para elaborar un volumen que ofreciera una visión correcta de lo esencial. El rey estaba ocupado ahora legislando.

–Tienes mucha suerte de disponer de tiempo para escribir muy tranquilamente. Mientras tanto, yo debo discutir sobre los impuestos y su recaudación. Tráeme la décima parte de páginas y dedicaré una provechosa velada a leerlas.

Así se hizo, dos años más tarde. Pero, cuando el amigo regresó con sesenta páginas, encontró al rey en cama, agonizando como consecuencia de una grave congestión. El amigo tampoco era joven ya; las arrugas surcaban su rostro, aureolado de cabellos blancos.

–¿Y bien? –murmuro el rey, entre la vida y la muerte–. ¿Cuál es la historia de los hombres?

Su amigo lo miró largamente y, en vista de que el soberano iba a expirar, le dijo:

–Sufren, señor.

Robert Godet.

Índice

Índice de Tablas y Figuras	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
I. Incidencia y Prevalencia de las Cefaleas Primarias.....	8
Migraña.....	9
Cefalea Tensional.....	10
Comorbilidad en la Migraña y la Cefalea Tensional.....	12
Cefalea Crónica.....	13
Epidemiología de las Cefaleas Primarias en México.....	15
II. Las Cefaleas Primarias.....	17
Algunos antecedentes a la Clasificación Internacional de Cefaleas.....	17
La Clasificación Internacional de Cefaleas.....	20
Migraña.....	29
<i>Tratamiento de la Migraña.....</i>	<i>32</i>
<i>Uso de Fármacos.....</i>	<i>33</i>
<i>Profilaxis.....</i>	<i>35</i>
Cefalea Tensional.....	35
<i>¿Qué puede provocar la cefalea tensional?.....</i>	<i>37</i>
<i>Tratamiento.....</i>	<i>38</i>
<i>Profilaxis.....</i>	<i>39</i>
III. Historia de Interacción Parental.....	41
Factores protectores y factores de riesgo en la salud.....	53
Factores Psicológicos de Riesgo en el desarrollo de Enfermedades Físicas.....	54
Interacciones parentales defectuosas como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas.....	56
IV. Método.....	61
<i>Participantes.....</i>	<i>61</i>
Medición.....	63
<i>Procedimiento.....</i>	<i>69</i>
V. Resultados	71
V. Discusión.....	91
VI. Referencias.....	97
ANEXO.....	109

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 2.1.....	22
Tabla 2.2.....	24
Tabla 3.1.....	44
Tabla 3.2.....	47
Tabla 3.3.....	49
Tabla 4.1.....	62
Tabla 4.2.....	65
Tabla 4.3.....	72
Tabla 4.4.....	86
Tabla 4.5.....	86
Tabla 4.6.....	87
Tabla 4.7.....	88
Tabla 4.8.....	90
Figura 1.....	73
Figura 2.....	74
Figura 3.....	75
Figura 4.....	76
Figura 5.....	77
Figura 6.....	78
Figura 7.....	79
Figura 8.....	80
Figura 9.....	81
Figura 10	82
Figura 11	83
Figura 12.....	84
Figura 13.....	85

Resumen

Las cefaleas primarias son un grupo de trastornos que afectan de manera importante a un vasto grupo de individuos en todo el mundo, repercutiendo de manera significativa en diversos aspectos de su vida incluyendo el deterioro de las relaciones sociales, el desempeño en el trabajo fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración, entre otros, hasta llegar a provocar discapacidad general en ocasiones. Si bien no se ha logrado establecer una causa específica de este tipo de dolores de cabeza, los resultados de numerosas investigaciones apuntan hacia la acción combinada de componentes genéticos, biológicos, emocionales y cognitivos. Dado que las cefaleas probablemente tienen también un componente psicossomático, se hace relevante estudiar los antecedentes que suelen contribuir a su desarrollo, incluyendo la naturaleza de la interacción parental la niñez y la adolescencia temprana. El presente trabajo buscó examinar la contribución de dicha interacción al desarrollo posterior de migraña, cefalea tensional y cefalea tensional crónica. Participó un total de 139 personas, 103 eran pacientes con diagnósticos confirmados por neurólogo en dos hospitales de la Ciudad de México, así como 36 personas aparentemente sanas. Los resultados sugieren una clara tendencia en el sentido de que las personas que padecen alguno de los tipos de cefalea tuvieron interacciones parentales defectuosas que parecen coadyuvar en el desarrollo del trastorno.

Palabras clave: ICHD-II, cefaleas primarias, interacción parental, factores de riesgo.

Abstract

Primary headaches are a group of disorders that significantly affect a large group of individuals around the world. They significantly deteriorate various key aspects of a person's life such as social relations, performance at work, and induce fatigue, irritability, decreased concentration, all of which sometimes lead to overall disability. Although the specific causes of headaches have not been accurately established, numerous research studies point in the direction of a combined action by genetic, biological, emotional and cognitive factors. Since headaches seem to share a psychosomatic component with other ailments, it becomes relevant to examine antecedents apparently linked to their development, including the individual's background of parental interaction during childhood and early adolescence. The study reported in the present thesis was to explore the role of such parental interaction in the subsequent development of migraine, tension headache and chronic tension headache. A total of 139 persons participated, 103 were outpatients with confirmed diagnoses by a neurologist in two public hospitals in Mexico City; and 36 apparently healthy individuals. The results suggest a clear trend in the direction of headache sufferers having consistently experienced more defective parental interactions than non-sufferers, which appear to have contributed to the development of the disorder.

Keywords: ICHD-II, primary headaches, parental interaction, risk factors.

El dolor es una sensación que suele experimentarse como invasiva, intensa y arrolladora aunque, desde la óptica psicofisiológica se le suele atribuir la función medular de hacer notoria y relevante la necesidad de hacer algo para reparar algún tipo de daño presente en el cuerpo. En sentido figurado, el dolor indica que algo va mal y activa al individuo a movilizarse para eliminarlo cuanto antes, prácticamente de cualquier forma.

El dolor de cabeza, por ejemplo, es prácticamente una experiencia universal. En muchas ocasiones tiene una causa relativamente fácil de identificar, como desvelarse demasiado, omitir una comida, asolearse en exceso, estrés ante un evento importante como un examen o la pérdida de algo o alguien significativo, entre muchas otras. Algunas personas, sin embargo, desarrollan un patrón de síntomas cuya frecuencia e intensidad les llevan a preocuparse por el posible origen de su molestia.

No es muy frecuente que el dolor de cabeza sea el síntoma de algo grave, pero si la persona no ha experimentado fuertes (y frecuentes) dolores previamente, tiende a alarmarse. El dolor está vinculado al daño, y eso suele suscitar importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento asociado, además de afectar de manera significativa aspectos vitales de la vida de las personas, tales como la disminución o deterioro de relaciones con amigos y allegados, sensación de fatiga o poca disponibilidad para trabajar, disminución de la concentración y el desempeño, problemas económicos y una falla en el cumplimiento de expectativas personales y de sus allegados.

Condiciones como las anteriores hacen necesaria la investigación, e intervención del psicólogo sobre los aspectos relativos a su ámbito de acción como contribución a disminuir el malestar y las complicaciones que conllevan padecer dolor de cabeza.

I. Incidencia y Prevalencia de las Cefaleas Primarias

El dolor de cabeza o cefalea, es un padecimiento común y frecuente en la población general. Los ataques pueden llegar a tener tal intensidad y frecuencia que originan sufrimiento y discapacidad para la realización de actividades importantes (Quesada-Vázquez, Contreras-Maure, Alvarez-Aliaga, & Traba-Tamayo, 2009). Se ha informado en varios estudios cifras que indican que alrededor de 46% de la población mundial lo padece de alguna manera; 11% sufre de migrañas, 42% de cefaleas de tipo tensional y un 3% de tipo cefalea crónica diaria (Stovner et al., 2007; Wiendels, Knuistingh Neven, et al., 2006). Las personas que padecen este tipo de dolor rara vez consulta a un médico, pues aunque tienen impactos significativos en la vida emocional y limita sus actividades laborales, escolares, familiares o sociales, rara vez es un trastorno grave en cuanto a mortalidad o morbilidad. Esto provoca una falta de datos para conformar un panorama general del impacto que representan para la vida de la población y los sistemas de salud públicos (Fernández-Concepción & Canuet-Delis, 2003; Lipton, Stewart, & Scher, 2001; Sevillano-García, Manso-Calderón, & Cacabelos-Pérez, 2007).

Dentro de las cefaleas primarias, la migraña es la más frecuente en las consultas por dolor de cabeza con médicos especialistas (internistas o neurólogos) y es la más estudiada. Muchos esfuerzos que se realizan para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la migraña se efectúan gracias a datos epidemiológicos, con los cuales se puede describir su impacto, alcance y distribución en la población. Esos datos pueden utilizarse para identificar grupos de alto riesgo así como individuos con migraña que necesitan atención médica; factores relacionados con los mecanismos de la enfermedad. Lo anterior facilita a su vez, desarrollar estrategias preventivas y de tratamiento, para evitar entre otras complicaciones, el desarrollo de cefaleas crónicas (Lipton & Bigal, 2005).

Migraña

La epidemiología del dolor de cabeza tipo migraña en relación con sexo, edad, escolaridad e ingreso puede orientar la identificación de grupos en que es frecuente este padecimiento. Se ha encontrado, por ejemplo, que la edad de inicio de la migraña es alrededor de los 15 años, mostrando máxima prevalencia entre los 25 y 55 años, con un pico alrededor de los 40 años, una época muy productiva de la vida y que nos puede indicar también una condición de larga duración, por ejemplo, una paciente en sus cuarenta que haya empezado con el padecimiento a los 15 años, tendría más de 25 años con una molestia probablemente sería (Lipton & Bigal, 2005; Lipton, et al., 2001). Por género, la prevalencia es similar en la pubertad hasta aproximadamente los 12-17 años, después y hasta alrededor de los 42 años, hay un incremento en el caso de las mujeres de hasta tres veces más en comparación con los hombres (6% a 8% en varones versus 17-18% de las mujeres). Después de este periodo de la vida la prevalencia comienza a declinar en ambos géneros hasta ser “similar” alrededor de los 80 años. Esta alta prevalencia en el género femenino, se ha relacionado con factores hormonales (Bigal & Lipton, 2009; Lipton et al., 2002)

Respecto al ingreso y el impacto económico, una revisión de trabajos hecha por Lipton (2001) reveló que no hay una relación clara y consistente entre la prevalencia de migraña y el nivel socioeconómico en los Estados Unidos, aunque la migraña suele considerarse “enfermedad de ricos”. Por ejemplo, cuando el nivel socioeconómico se explora de manera adjunta a la aplicación de pruebas de inteligencia u ocupación, no se encuentra ninguna asociación entre la prevalencia de migraña y la clase social o la inteligencia. La prevalencia de la migraña se ha relacionado inversamente con el ingreso familiar y la escolaridad en población abierta, mientras que

otros estudios han encontrado que individuos con altos ingresos tienen mayor probabilidad de recibir el diagnóstico de un médico especializado, probablemente por tasas más de consulta (Lipton, 2001; Bigal&Lipton, 2009). Fuera de Estados Unidos existen estudios donde la asociación entre el nivel socioeconómico bajo (medido mediante educación, ocupación o ingreso) y la prevalencia de migraña no se mantiene, probablemente debido a diferencias culturales o acceso a servicios de salud. Por ejemplo, en Inglaterra, donde se tiene acceso a un seguro de salud universal, cerca del 89% de un grupo también estudiado por Lipton y colaboradores (2003) podían asistir a consulta médica sobre su dolor de cabeza (mientras en los Estados Unidos solo lo hace cerca del 69%). De los migrañosos potenciales, cerca del 67% recibían el diagnóstico correcto, versus 56% de los estadounidenses con los que se comparó en este estudio.

Otras áreas dañadas por la migraña son la productividad y el trabajo y la economía familiar ya que pueden generarse gastos por su tratamiento. Una revisión de estudios sobre el impacto económico de la migraña en los Estados Unidos, y encontraron que una persona que padece migraña puede llegar a gastar hasta 7,000 dólares en el pago de servicios médicos especializados, hospitalizaciones y prescripción de medicamentos. De muestra de 1663 pacientes con migraña, cerca del 51.1% de las mujeres y el 38.1% de los hombres pierde alrededor de 6 o más días de trabajo al año, y una pérdida de cerca del 50% de la productividad cuando se padece una crisis, todo lo cual puede traducirse en pérdidas económicas que pueden alcanzar globalmente en los EU, más de 19,600 millones de dólares anuales (Hazard, Munakata, Bigal, Rupnow & Lipton, 2009).

Cefalea Tensional

La cefalea tensional, está considerada como el tipo de dolor de cabeza más frecuente (WHO, 2004), aunque no hay muchos estudios epidemiológicos al respecto, debido probablemente a la poca concurrencia a servicios de

salud de las personas que la sufren (Rasmussen, 2001). La prevalencia varía entre 30 y 89%, con un pico de afectación en la edad más productiva de la vida (entre los 25 y 45 años) y una diversidad de factores asociados tales como: presencia de comorbilidad con ansiedad y depresión (Lipton, Bigal, Steiner, Silberstein, & Olesen, 2004; Serrano-Dueñas, 2000); escolaridad y ocupación (Márquez Romero & Barges Coll, 2009; Queiroz et al., 2009). Es de subrayarse que algunos de estos estudios han utilizado clasificaciones antiguas y/u obsoletas para elaborar los diagnósticos (Gracia-Naya & Aragoneses, 1999).

Stovner y colaboradores (2007), en un trabajo que forma parte de una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud para conocer y reducir el impacto de las cefaleas alrededor del mundo, indica que el porcentaje de personas con cefalea tensional “activa” es de alrededor del 46% y provoca una mayor discapacidad en comparación con la migraña. De acuerdo con la OMS, esto coloca a las cefaleas dentro de las 10 condiciones más importantes de discapacidad para ambos géneros, y dentro de las 5 más importantes en el caso del sexo femenino (Stovner, et al., 2007).

Un estudio efectuado en Brasil reveló que la cefalea tensional está presente en alrededor de 13% de la población; por género, en 15.4% en hombres y 9.5% en mujeres. De toda la población encuestada, alrededor de 86.2% informaron al menos un episodio de cefalea tensional. El intervalo de edad con mayor prevalencia fue entre los 18 y 29 años. En este estudio la cefalea tensional fue 1.6 veces más frecuente en hombres, y 1.54 veces más frecuente en sujetos con más de once años de escolaridad. No ocurrió ninguna asociación relevante con otras variables como el estado civil o laboral, ingresos económicos o actividad física (Queiroz, et al., 2009).

En otro estudio, con población rural cubana sobre cefaleas primarias, se encontró una prevalencia para la tensional de 25.56%, con una edad de inicio de alrededor de los 35 años y cerca de 15 años de evolución del padecimiento. Un dato importante por su impacto en la vida de las

personas: una cuantificación de alrededor de 5 horas laborales perdidas por mes, además de cerca de 4 horas perdidas de actividades sociales (Quesada-Vazquez, et al., 2009).

Comorbilidad en la Migraña y la Cefalea Tensional.

Para disminuir el impacto negativo de las cefaleas primarias en la vida de los individuos es necesario el diagnóstico correcto del tipo de cefalea, los medios terapéuticos disponibles y actuar y conocer sobre otros trastornos asociados que muchas veces dificultan la respuesta al tratamiento (Sevillano-García, et al., 2007).

La depresión y la ansiedad tienden a ser los trastornos psicológicos más presentes en las muestras estudiadas con cefalea. Se estima que alrededor de 20% de las personas presentará al menos un episodio depresivo a lo largo de su vida; el riesgo aumenta a partir de la pubertad y tiende a disminuir en la tercera edad y es más frecuente en mujeres; al parecer, los cambios hormonales cíclicos hacen más vulnerables a las mujeres a los estresores psicosociales que favorecen la aparición de depresión y ansiedad (Sevillano-García, et al., 2007). Un estudio llevado a cabo con 110 mujeres que padecían migraña reportó que el 70% de las evaluadas presentaba síntomas de ansiedad y 53,2% síntomas de depresión de importancia clínica, aunque sin relación con la edad, escolaridad, el estado civil, ocupación o tipo de migraña (con y sin aura)(Pareja-Ángel y Campos-Arias, 2004).

Se han documentado otras entidades patológicas asociadas con la migraña. El riesgo de accidentes vasculares aumenta de dos a cuatro veces en personas que padecen este tipo de cefalea, la hipertensión arterial agrava y hace más difícil su tratamiento (Grebe, Nunes de Silva, & Diogo-Sousa, 2001). También se han hecho estudios que la relacionan con depresión mayor, encontrando, por ejemplo, que un paciente con migraña tiene hasta tres veces más probabilidades de desarrollar este trastorno en comparación

con la población general (Kececi, Dener, & Analan, 2003).

El estudio de Sevillano-García, Manso-Calderón y Cacabelos-Pérez (2007) sobre comorbilidades de la migraña reveló que la asociación con trastornos psicológicos ocurre de forma temporal en alguna época de la vida y, el empeoramiento de la migraña suele conducir a petición de consulta neurológica. En muchos casos los trastornos asociados son secundarios a problemas de la vida o características tales como "personalidad rígida", en la que una baja tolerancia a los eventos vitales negativos puede ocasionar crisis de migraña. Desafortunadamente, la propia crisis puede ser una fuente adicional de stress a causa del dolor y malestares asociados, así como por la interrupción de la actividad habitual (Sevillano-García, et al., 2007)

Las cefaleas tensionales se han asociado con estrés, ansiedad y trastornos somatomorfos (Simic, Slankamenac, Kopitovic, Jovin, & Banic-Hovart, 2008) aunque pocos estudios han explorado comorbilidad de las cefaleas con trastornos somáticos. La Cefalea Crónica se ha asociado con alergias, asma, hipotiroidismo, hipertensión, trastornos del sueño y fibromialgia (Wiendels, van Haestregt, et al., 2006). Sin embargo se trata de estudios realizados en poblaciones hospitalizadas, lo que puede limitar el alcance de los resultados.

Cefalea Crónica

La cefalea crónica con ataques frecuentes, también conocida como cefalea crónica diaria, es un término que engloba un grupo de cefaleas primarias con una ocurrencia de episodios de más de 14 días por mes durante los últimos tres meses (Lipton, et al., 2004). Este tipo de trastorno muestra una prevalencia mundial de entre 2 y 4%, lo cual ha sido corroborado en diversos estudios (Bigal, Serrano, Reed, & Lipton, 2009; Scher, Midgette, & Lipton, 2008; Stovner, et al., 2007). Muchos pacientes inician con

episodios poco frecuentes de cefalea del tipo migraña o tensional, los cuales gradualmente devienen más frecuentes, hasta llegar a ocurrir diariamente. El mecanismo que explica esta ocurrencia sigue siendo desconocido, aunque la experiencia clínica ha sugerido una posible relación con el abuso de medicamentos (Wiendels, Knuistingh Neven, et al., 2006).

Respecto a comorbilidades y características asociadas con la cefalea crónica, un estudio de Wiendels y colaboradores (2006) que comparó un grupo de personas con cefalea crónica y otro de cefalea poco frecuente, encontró que el grupo de sujetos con cefalea crónica reportaban mayor cantidad de enfermedades físicas (trastornos gastrointestinales y diversas enfermedades de la piel y musculo-esqueléticas, así como más problemas de tiroides, diabetes y cáncer de seno) y psiquiátricas (principalmente depresión, ansiedad generalizada, ataques de pánico y fobias). Además, en aquellos sujetos del grupo de cefalea crónica, cerca de la mitad requerían tratamiento adicional para el trastorno comórbido, dada la disfuncionalidad a la que se veían sometidos por él.

En otro artículo derivado del estudio llevado a cabo por el mismo equipo de trabajo (Wiendels, Knuistingh Neven, et al., 2006) al comparar dos grupos de pacientes, uno con cefaleas crónicas y otro con cefaleas poco frecuentes, encontró que en el grupo de las cefaleas crónicas presentaban mayores índices en personas con bajo nivel de escolaridad, abuso de medicamentos, problemas para dormir, antecedentes de traumatismos en la cabeza o nuca y tabaquismo. Ser de sexo femenino también, según este trabajo, es un factor de riesgo para padecer cefalea, pero no para su cronificación. Respecto al nivel de escolaridad, se especula que este puede ser un indicador de un nivel socioeconómico bajo, lo cual puede ser asociado con un estado de salud pobre en general, dada la dificultad para asistir a un servicio de salud adecuado donde pueda recibir el diagnóstico y tratamiento pertinentes.

Epidemiología de las Cefaleas Primarias en México

En el caso de México, existen pocos estudios que aborden el problema de los dolores de cabeza, aunque se sabe de la frecuencia e importancia de este malestar en la práctica clínica. Uno de ellos, efectuado por un equipo de trabajo de Zermeño-Pöhls y Miranda-Rodríguez (2000) se propuso investigar la comorbilidad de los dolores de cabeza con depresión y ansiedad, en 1250 hombres y 1250 mujeres del Distrito Federal. De la muestra total, alrededor del 6.3% (157 sujetos) cumplió con los criterios para ser catalogado como migrañoso, y el 59.3% (1483 sujetos) cumplió los criterios de diagnóstico de cefalea tensional, valores que se aproximan mucho a los vistos en el marco internacional (Stovner, et al., 2007). De las comorbilidades, para los pacientes con migraña se encontró que el 22.3% tienen síntomas de depresión y el 32.5% de ansiedad, afectando la última más a las mujeres que a los hombres; en el caso de la cefalea tensional, no existieron diferencias significativas entre géneros, pero si encontraron mayor asociación con síntomas de ansiedad.

En otro estudio realizado en el Distrito Federal (Zermeño-Pöhls & Miranda-Rodríguez, 2006) que encuestó a cerca de 2500 pacientes de ambos sexos, con edades de entre 18 y 80 años, menciona algunos datos importantes en relación a cómo la gente trata los dolores de cabeza. Encontraron que cerca del 44% no toma ningún tipo de medicamentos y cerca del 38.4% se auto-medica. El 10.8% de la población abierta toma algún tipo de té combinado con otras intervenciones como presión en la cabeza y reposo para poder tratar el malestar del dolor de cabeza, y sólo cerca del 16.3% acuden a consulta con un médico pese a las campañas de salud existentes. Además, el 68% de la población urbana estudiada con migraña o cefalea tensional no conoce remedio para el dolor de cabeza. Un aspecto importante observado en este trabajo, y que muchas veces pasa desapercibido por lo común del mismo, es que la mayoría de los

pacientes en el momento del ataque de dolor de cabeza, recurren entre otros tratamientos a la automedicación como primer recurso con el propósito de quitar o aminorar el dolor, sin tener clara conciencia de sus consecuencias (Zermeño-Pohls & Miranda-Rodriguez, 2006).

El Hospital General de México, uno de los centros de atención más importantes de la capital del país, registró en el periodo de enero a marzo de 2010 las siguientes cifras relacionadas con el dolor de cabeza (Hospital General de México, 2010):

En el servicio de urgencias: 227 casos de cefalea, de los cuales, 147 son del sexo femenino y 80 del masculino, representado el 1.74%, lugar número 11, dentro de los 20 principales motivos de consulta;

En su clínica del dolor: 41 casos de cefalea, de los cuales 17 son mujeres y 24 hombres, representando 2.03%, lugar número 11, dentro de los 20 principales motivos de consulta;

En el servicio de Neurología: cefalea debida a tensión, 674 casos de los cuales 472 son mujeres y 202 hombres, representando el 12.5% del total de la consulta, siendo el segundo motivo más frecuente; migraña, con 340 casos, de los cuales 261 femenino y 79 masculinos, representaron el 6.3% de la muestra total, y el 3er motivo más frecuente de consulta.

Otro dato importante, mencionado por el IMSS (2009) y que tiene fuerte impacto económico, es que el dolor de cabeza representa la principal causa de ausentismo laboral en México, pues la padecen cerca del 18% de la población económicamente activa, que se ubica en el rango de 25 a 55 años de edad. Cerca del 70% de la consulta a servicio de Neurología que se brinda en las diversas unidades de atención y hospitales del Instituto es para atención a dolores de cabeza (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009).

II. Las Cefaleas Primarias

Algunos antecedentes a la Clasificación Internacional de Cefaleas

Los dolores de cabeza o cefalea son una serie de molestias que han existido desde siempre en la vida de los seres humanos. Inclusive, podría decirse que la cefalea es inherente al hombre, pues es muy extraño que alguien no haya padecido alguna vez un dolor de cabeza. Y solamente se empezó a tener testimonios de los mismos con el desarrollo de la escritura, de donde provienen los primeros relatos de medicina que pueden rastrearse. Por ejemplo, el papiro de Ebers, del 1200 A.C., menciona algunos cuadros de dolor de cabeza, neuralgias y migraña, al parecer se basa en documentos de más de 1500 años antes de la datación de este pergamino (Villalón & Centurión, 2003; Isler & Koehler, 2006).

En la Grecia antigua existen relatos de dioses relacionados con los dolores de cabeza. Píndaro (518-452 a.C.) narra en Las Olímpicas que Zeus, líder del panteón griego, sufría fuertes dolores de cabeza, y en una ocasión hubo de recurrir a Hefestos para que con su hacha minoica de doble hoja, el labrys, le abriera el cráneo para aliviarlo. De esta “apertura de cabeza” nació Atenea completamente adulta, diosa del derecho, la guerra y la sabiduría. Hipócrates (460-375 a.C.), fue el primero en oponerse a las creencias de la época sobre el origen de las enfermedades, y trató de darles una explicación científica. No creía en los templos de Esculapio como la forma de tratar a los pacientes, y buscó explicaciones y tratamientos completamente diferentes. Sus escritos con frecuencia aluden a dolores de cabeza, algunos de los cuales podrían corresponder a migraña, y otros a diferentes entidades que cursan con cefaleas. Areteo de Capadocia, quien vivió entre los siglos I y II después de Cristo, es quien brinda una de las primeras descripciones confiables de la migraña, utilizando el término heterocrania, además de otros dolores de cabeza, como la cefalalgia (de menor intensidad que la migraña) y otro dolor

que llamo cefalea, que parece corresponder con lo que hoy se denomina cefalea crónica diaria. Hasta la edad Media, no hubo otro autor que hiciera una aproximación a lo que sería una clasificación.

Durante la Edad Media, pueden mencionarse a dos personajes que legaron algunos conocimientos sobre los dolores de cabeza: Avicena, durante el siglo X, sostuvo que había formas de dolor de cabeza en las que la causa no era la obstrucción de los sentidos por alguna sustancia como se creía (según la descripción de los humores según Hipócrates), sino que inclusive en algunos tipos los sentidos se aguzaban tanto que ciertas situaciones donde hubiera olores, ruidos y luz, empeoraban al paciente. Hildelgarda von Bingen, abadesa alemana, sufría fuertes dolores de cabeza y realizó bellísimas ilustraciones que, se especula, pudieron ser producto de “auras” debidas a la migraña que padecía. Ella menciona que si alguien padeciera los dolores que le aquejaban, a ambos lados de la cabeza, no podrían permanecer de pie (Palacios Sánchez, 2004)

Para el siglo XVII, tres hombres hicieron aportes importantes al campo de la neurología: Charles le Pois (1563-1633) hizo la primera descripción de la migraña con aura; Johan Jakob Shaffhausen (1620-1695), realizó la primera descripción de lo que se conoce como infarto migrañoso y la migraña basilar; Sir Thomas Willis (1621-1675) utilizó por primera vez los términos neurología y acción refleja. Además de realizar importantes aportes en neuroanatomía, Willis escribió un libro sobre neurología clínica en el que dedicó un capítulo a los dolores de cabeza, en particular a la migraña. Realizó también una clasificación mediante la presencia de contrarios, describió algunos síntomas y características asociadas a las cefaleas que observó y presentó casos clínicos, como aquel donde describe la estructura que años más tarde llevaría su nombre: el Vaso Polígono de Willis (Palacios Sánchez, 2004).

En la época de la ilustración, Karl von Linneo propuso una clasificación botánica que extendió también a las enfermedades, aunque no se comparó en complejidad con la propuesta por Francois Boisser de Sauvages de Montpellier

quien describió diez tipos de migraña entre las que figuraba la migraña lunar y las migrañas ab insectis, causadas por cucarrones, una especie de escarabajo que se arrastraba sobre el cráneo. Boisser tuvo un alumno llamado Simón André Tissot de Laussanne, quien escribió un tratado sobre los nervios en 1780 y en él incluyó la descripción más completa de migraña hasta entonces escrita, y que apoyó al trabajo clínico realizado durante el siglo XIX. Otros hombres notables de la época fueron Gerhard van Swieten (1700-1772), fundador de la escuela médica vienesa, quien elaboró la primera descripción conocida de la cefalea hoy conocida como en salvas, racimos o cluster (Isler & Koehler, 2006; Palacios Sánchez, 2004).

Para el siglo XIX, puede destacarse una entidad descrita por Jean Martin Charcot (1825-1893) denominada migraña oftalmoplejica. Se comenzó a reconocer el papel del sistema nervioso autónomo en la génesis de las cefaleas, y también se descubrió el importante papel de la ergotamina para el tratamiento de la migraña. Por esta época también comenzó la discusión del origen de la migraña y la posible vinculación con la epilepsia, de la cual surgió la expresión migraña epileptiformis, por Edward Lievening y John Huglins Jackson (1835-1911). Se sugirió que aunque estas dos entidades tienen elementos en común, como la mayor frecuencia durante la juventud y la alta incidencia familiar, también tienen gran cantidad de diferencias (Palacios Sánchez, 2004).

Para el siglo XX, en 1912, Edward Flatau publicó un libro llamado *Die Migräne*, con la más completa descripción sobre migraña para su época; Adolph Strümpell, en su libro *Tratado de patología especial y de terapéutica*, menciona que hay dos tipos de cefalea: de tipo primario (o idiopático) y otras secundarias cuya etiología puede ser muy amplia y variable, lo cual es muy parecido al concepto utilizado en la actualidad; también realizó descripciones de la migraña, de la neuralgia del trigémino y occipital (Isler & Koehler, 2006; Palacios Sánchez, 2004).

Para 1937, John Graham y Harold G. Wolff demostraron el efecto vasoconstrictor de la ergotamina en arterias temporales dilatadas durante

una crisis de migraña, lo cual marco el inicio de una serie de ensayos farmacológicos controlados. Wolff fue el inspirador de otros investigadores que formaron un comité que fue el origen de la primera clasificación de cefaleas, en 1956(Palacios Sánchez, 2004). De allí al presente, se han dado varias revisiones hasta llegar a la actualmente vigente Clasificación Internacional de Cefaleas en su segunda edición (ICHD-II, por sus siglas en ingles), que se describe en el siguiente apartado.

La Clasificación Internacional de Cefaleas

Como se revisó en los párrafos anteriores, a lo largo de la historia se han adquirido una variedad de conocimientos que han cambiado la forma de concebir los dolores de cabeza por parte de la comunidad médica. Dada la diversidad de tipos de cefalea, se han impulsado clasificaciones con el fin de unificar criterios diagnósticos, dado que no existen marcadores biológicos que ayuden a determinar el padecimiento, como ocurre -por ejemplo- en enfermedades del tracto digestivo, tales como la pancreatitis aguda y la colecistitis, donde la elevación de una enzima específica es determinante para establecer la presencia de la enfermedad(Salazar Lozano, 2004).

Un sistema de clasificación, como nos comenta Bermúdez-Maldonado (2009) debe ser: Valido y Fiable, pues la información debe ser concordante interobservador e intraobservador, tomando en cuenta la posible afectación de la interpretación de la información y la aplicación de los criterios diagnósticos; Exhaustivo, para permitir la categorización de todos o casi todos los trastornos previstos, evitando usar en la medida de lo posible el término “no clasificable”; y Generalizable, pues las cefaleas son un trastorno común en la consulta del médico general, y sería adecuado que este conociera la clasificación para dar un diagnóstico y tratamiento acertado al tipo de cefalea que presente el paciente, evitando malestar y dolor innecesario.

La primera clasificación de la época moderna en el estudio de las

cefaleas se publicó en el año de 1962, después de los trabajos realizados por un comité compuesto por grandes personalidades dentro del estudio de la cefalea, miembros del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera de Bethesda, en Maryland. Utilizaba términos antiguos y difíciles de sistematizar. Por ejemplo, para los criterios de diagnóstico de la migraña utilizaba frases como: “amplia variedad en intensidad, frecuencia y duración”, “comúnmente unilateral”, “frecuentemente familiar”. No se hacía mención al carácter pulsátil del dolor, a la fotofobia, la fonofobia ni a la interferencia que este padecimiento ocasiona sobre la vida cotidiana de los pacientes. En esta clasificación, se consideraba a la cefalea por contractura muscular a la cefalea de tipo tensión, y se hacía mención al carácter opresivo o constructivo de la misma, pero no se proveía de criterios estrictos respecto a la intensidad, duración ni frecuencia de la cefalea. (Bermúdez Maldonado, 2009).

Para el año de 1969, la *World Federation of Neurology* durante el Meeting of the Research Group on Migraine and Headache acordó una serie de cambios a la clasificación de 1962, agregando y detallando una mayor cantidad de datos para el diagnóstico. Por ejemplo, definió a la migraña como un trastorno familiar y se nombró a la migraña común como migraña no clásica y empezó a diferenciar algunas entidades que todavía podían ser categorizadas como tipos de migraña: cefalea en racimos, facial, oftalmopléjica y hemipléjica (Bermúdez Maldonado, 2009).

Hacia la década de los 80 más de 100 expertos en cefalea participaron en la elaboración de la primera clasificación de la *International Headache Society* (IHS-I) dirigidos por el director del Headache Classification Committee, Jes Olesen, profesor de neurología de la Universidad de Copenhague, Dinamarca. Durante el periodo de 1985 a 1988 especialistas en cefalea como neurólogos, internistas y neuro-epidemiólogos agrupados en 12 subcomités desarrollaron dicha clasificación, formando 13 categorías que agruparon a las cefaleas en primarias (1 a 4), secundarias (5 a 12) y la categoría 13 para las cefaleas no clasificables.

Se establecieron criterios diagnósticos operacionales que disminuyeron la variabilidad diagnóstica interobservador que permitían hacer cambios según surgieran nuevos conocimientos. La clasificación se tradujo a 22 idiomas y la adoptó la Organización Mundial de la Salud para la *International Classification for Diseases*, décima edición (ICD-10) en su adaptación neurológica. Gracias a esta clasificación de 1988, pudieron hacerse investigaciones para analizar, confirmar o rebatir algunos de los criterios publicados. Para detalles generales, puede verse la tabla 2.1.

Tabla 2.1

Clasificación Internacional de Cefaleas, 1988. Citada por Bermúdez-Maldonado, (2009)

1. Migraña
2. Cefalea tipo tensión
3. Cefalea en racimos y hemicránea paroxística crónica
4. Cefaleas mixtas no asociadas con lesiones estructurales
5. Cefalea asociada con traumatismo craneoencefálico
6. Cefalea asociada con trastornos vasculares
7. Cefalea asociada con trastornos no vasculares intracraneales
8. Cefalea asociada con sustancias o su abstinencia
9. Cefalea asociada con infección no cefálica
10. Cefalea asociada con trastornos no metabólicos
11. Cefalea o dolor facial asociados con trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
12. Neuralgias craneales, dolor de raíz nerviosa y dolor de desaferentación
13. Cefaleas no clasificables.

Fuente: Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 1988; 8 (Suppl. 7): 1-96.

La difusión que tuvo la primera edición de la *International Classification of Headache Disorders* entre los médicos alrededor del mundo fue más lenta lo que inicialmente se había esperado, pues se había programado una segunda edición para el año 1993. Aun así, la primera edición tuvo un recibimiento adecuado, fue puesta en práctica y recibió pocas críticas. La acumulación de suficiente conocimiento epidemiológico y nosográfico fue lo que dio origen a la necesidad de trabajar en una segunda edición, que gracias a las modificaciones hechas por expertos de la Sociedad Internacional de Cefaleas, la ICHD-II fue publicada en 2004. En ella se preservaron las estructuras básicas de la mayoría de las categorías presentes en la ICHD-I, aunque existen varios cambios que han influido en la práctica neurológica. Por ejemplo, se reestructuraron los criterios de la migraña; la cefalea de tipo tensión episódica fue dividida en frecuente y poco frecuente; se introdujo el concepto de cefaleas trigeminales para definir un grupo heterogéneo de cefaleas como son la cefalea en racimos, la hemicránea paroxística y los ataques de cefalea neuralgiforme unilaterales. También se incluyeron cefaleas primarias previamente no clasificadas, como la cefalea hípica, la cefalea persistente de inicio resiente, la hemicránea continua y la cefalea en estallido. Se mejoraron los criterios diagnósticos para las cefaleas secundarias, además de cambiarse el término “asociada con” por “atribuida a”, reafirmando que la relación causal que las subyace está bien establecida. Se incluyó un apartado (el 12) para las cefaleas atribuidas a trastornos psiquiátricos, y un apéndice con criterios encontrados en la clínica para cefaleas que aún carecen de validez suficiente, para estimular la investigación de estos padecimientos (Bermúdez Maldonado, 2009). Para más detalles sobre esta nueva clasificación, puede verse la tabla 2.2.

Tabla 2.2 Clasificación Internacional de Cefaleas, Segunda Edición, citada por Bermúdez Maldonado (2009)

Incluye los códigos de la CIE-10

Código de ICHD-II	Código de WHO, ICD-10
1. Migraña	G43
a. Migraña sin aura	G43.0
b. Migraña con aura	G43.1
i. Aura característica con cefalea migrañosa	G43.10
ii. Aura característica con cefalea no migrañosa	G43.10
iii. Aura característica sin cefalea	G43.104
iv. Migraña Hemipléjica familiar	G43.105
v. Migraña Hemipléjica esporádica	G43.105
vi. Migraña de tipo basilar	G43.103
c. Síndromes periódicos en la infancia que generalmente son precursores de migraña.	G43.83
i. Vómito cíclico	G43.82
ii. Migraña abdominal	G43.820
iii. Vértigo paroxístico benigno de la infancia	G43.820
d. Migraña retiniana	G43.81
e. Complicaciones de migraña	G43.3
i. Migraña crónica	G43.3
ii. Estado Migrañoso	G43.2
iii. Aura persistente sin infarto	G43.3
iv. Infarto migrañoso	G43.3
v. Crisis convulsiva desencadenada por migraña	G43.3; G43.x; G42.x
f. Migraña Probable	G43.83

i. Sin aura	G43.83
ii. Con aura	G43.83
iii. Migraña crónica probable	G43.83
2. Cefalea tipo tensional (CTT)	G44.2
a. CTT episódica infrecuente	G44.2
i. Con dolor a la palpación pericraneal	G44.20
ii. Sin dolor a la palpación pericraneal	G44.20
b. CTT episódica frecuente	G44.2
i. Con dolor a la palpación pericraneal	G44.20
ii. Sin dolor a la palpación pericraneal.	G44.21
c. CTT crónica	G44.2
i. Con dolor a la palpación pericraneal	G44.22
ii. Sin dolor a la palpación pericraneal	G44.23
d. CTT probable	G44.28
i. CTT episódica infrecuente probable	G44.28
ii. CTT episódica frecuente probable	G44.28
iii. CTT crónica probable	G44.28
3. Cefalea en racimos y otras cefalalgias autonómicas trigeminales	G44.0
a. Cefalea en racimos	G44.0
i. Cefalea en racimos episódica	G44.01
ii. Cefalea en racimos crónica	G44.02
b. Hemicraneal paroxística	G44.03
i. Hemicraneal paroxística episódica	G44.03
ii. Hemicraneal paroxística crónica	G44.03
c. Crisis de cefalea de tipo neurálgico unilateral de corta duración con hiperemia conjuntival y lagrimeo	G44.08
d. Cefalalgia autonómica trigeminal probable	G44.08
i. Cefalea en racimos probable	G44.08
ii. Hemicraneal paroxística probable	G44.08

iii. Probable cefalea de tipo neurálgico unilateral de corta duración con hiperemica conjuntival y lagrimeo	G44.08
4. Otras cefaleas primarias	G44.80
a. Cefalea primaria punzante	G44.800
b. Cefalea primaria por tos	G44.803
c. Cefalea primaria por ejercicio	G44.804
d. Cefalea primaria relacionada con actividad sexual	G44.805
e. Cefalea por sueño	G44.80
f. Cefalea primaria en relámpago	G44.80
g. Hemicraneal continua	G44.2
h. Cefalea persistente de inicio diario	G44.88
5. Cefalea atribuida a traumatismo de cabeza o cuello, o ambos	G44.880
a. Cefalea postraumática aguda	G44.3
b. Cefalea postraumática crónica	G44.841
c. Cefalea aguda atribuida a lesión de latigazo cervical	G44.841
d. Cefalea crónica atribuida a lesión de latigazo cervical	G44.88
e. Cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático	G44.88
f. Cefalea atribuida a otros traumatismos de cabeza o cuello, o ambos.	G44.88
g. Cefalea poscraneotomía.	G44.81
6. Cefalea atribuida a padecimientos vasculares craneales o cervicales	G44.810
a. Alteración vasculocerebral isquémica aguda	G44.810
b. Hemorragia intracraneal no traumática	G44.811

c. Formación vascular sin rotura	G44.812
d. Cefalea causada por arteritis	G44.810
e. Dolor de la arteria carótida o vertebral	G44.810
f. Trombosis venosa cerebral	G44.81
g. Cefalea relacionada con otras alteraciones vasculares	G44.82
7. Cefalea atribuida a padecimientos intracraneales no vasculares.	G44.820
a. Presión alta del líquido cefalorraquídeo (LCR)	G44.820
b. Presión baja del LCR	G44.82
c. Enfermedad inflamatoria no infecciosa	G44.822
d. Cefalea causada por neoplasia intracraneal	G44.824
e. Cefalea relacionada con inyecciones intratecales	G44.82
f. Crisis convulsivas epilépticas	G44.82
g. Cefalea atribuida a malformación de Chiari tipo I	G44.82
h. Síndrome de cefalea transitoria y deficiencia neurológica con linfocitosis del líquido cefalorraquídeo	G44.82
i. Cefalea causada por alteración intracraneal no vascular	G44.4 ó G44.83
8. Cefalea relacionada con sustancias y su abstinencia	G44.821
9. Cefaleas causadas por infección	G44.881
a. Infección intracraneal	G44.821
b. Infección sistémica	G44.821 ó G44.881
c. Cefalea atribuida a VIH/SIDA	G44.882
d. Posinfección crónica	G44.882

10.Cefalea causada por alteraciones de la homeostasis	G44.882
a. Hipoxia, hipercapnia, o ambas	G44.814
b. Cefalea por diálisis	G44.882
c. Hipertensión arterial	G44.882
d. Hipotiroidismo	G44.882
e. Ayuno	G44.882
f. Cefalalgia cardiaca	G44.84
g. Cefalea atribuida a otros trastornos de la homeostasis	
11.Cefalea o dolor facial asociado con alteraciones de cráneo, cuello, ojos, oídos, senos nasales, dientes, boca u otras estructuras de la cara o el cráneo.	R51
12.Cefalea atribuida a padecimientos psiquiátricos	G44.847, G44.848 O
13.Neuralgias craneales y causas centrales por dolor	G44.85
14.Otras cefaleas, neuralgia craneal, dolor facial central o primario	R51
a. Cefalea no clasificada de otra manera	R51
b. Cefalea inespecífica	R51
Fuentes:	
The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. (Cephalalgia, 2004; 24:1-160)	
ICHD-II, International Classification of Headache Disorders-II	
WHO ICD-10 (World Health Organization, International Classification of Disease-10)	

En la clasificación ICHD-II de la Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society, 2004) los dolores de cabeza se agrupan de forma principal en primarias o secundarias; entre las primeras, se encuentran la migraña, la cefalea tensional, la cefalea tipo cluster (también llamada en racimos o en salvas) y las cefaleas asociadas con tos, ejercicio, actividad sexual, etc., de las cuales no se tiene una certeza absoluta de los mecanismos que la producen. En contraste, las cefaleas secundarias se asocian a causas como traumatismos craneoencefálicos, trastornos vasculares, trastornos intracraneales no vasculares, uso de sustancias o su supresión, infecciones del sistema nervioso central, infecciones inespecíficas no encefálicas, trastornos metabólicos, alteraciones de las estructuras craneofaciales o neuralgias. Otras causas generales son la distensión, tracción o dilatación de las arterias y venas, por compresión de los nervios, espasmo muscular o incremento de la presión intracraneal (Belmonte Herrera & Bernal Duran, 2007; International Headache Society, 2004).

Para el presente trabajo, sólo se reseñaran las cefaleas de tipo Migraña y Cefalea Tensional, aunado a una variante de esta última que surge como complicación dada la frecuencia con la que se presenta: la Cefalea Tensional Crónica.

Migraña

Es un trastorno neurovascular crónico, episódico, recurrente e incapacitante que se caracteriza por ataques de dolor de cabeza intenso, disfunción del sistema nervioso autónomo, y en algunos pacientes, un aura que incluye diversos síntomas neurológicos (Rodríguez-Violante, Vargas-Cañas, Calleja, & Zermeño-Pöhls, 2006).

En la clasificación de la IHS de 2004 se distinguen varios subtipos de migraña. Los más frecuentes son la migraña sin aura, la migraña con aura y la migraña crónica. Se calcula que aproximadamente el 70% de los casos de migraña corresponde a la variedad «sin aura» y el resto a la de tipo «con aura».

La migraña sin aura es un trastorno recurrente idiopático que se manifiesta en forma de crisis de cuatro a 72 horas de duración. Son características típicas de esta cefalea su localización unilateral, la pulsatilidad del dolor y su intensidad de moderada a grave. La cefalea empeora con la actividad física y se acompaña de otros síntomas asociados, como náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Para cumplir los criterios diagnósticos, el paciente debe haber presentado al menos cinco episodios que cumplan con esas características. Debe haberse descartado –por medio de la historia clínica y la exploración neurológica apropiada- la existencia de otro trastorno responsable de la cefalea (International Headache Society, 2004; Rodríguez-Violante, et al., 2006). Se han estudiado factores disparadores para este tipo de migraña, y más allá de la posibilidad de encontrar “gatillos” idiosincrásicos, se ha observado que el estrés, la dieta (chocolates, cítricos, comida rápida, queso), la menstruación, el estilo de vida (perder una comida, dormir de más o de menos) y factores ambientales como variaciones climáticas y diversos estímulos sensoriales (luces brillantes y/o sonidos intensos) pueden desencadenar las crisis (Zagami & Bahra, 2006)

La migraña con aura es un trastorno que se manifiesta por una crisis de cefalea que se acompaña de síntomas neurológicos originados en la corteza o el tronco cerebral. En general, estos síntomas neurológicos se desarrollan gradualmente durante 5 a 20 minutos y duran en promedio menos de 60 minutos. La cefalea, las náuseas y la hipersensibilidad a estímulos ambientales aparecen tras los síntomas neurológicos del aura, de forma inmediata o tras un periodo breve sin síntomas, en general inferior a una hora, si bien pueden empezar antes o a la vez que el aura. Existen varios subtipos de aura:

Migraña con aura típica. Es la forma más frecuente y consiste en molestias visuales, manifestaciones sensoriales, disfasia o diversas combinaciones de dichos síntomas. La mayoría de los pacientes limitan sus síntomas neurológicos a aquellos de tipo visual.

Aura típica con cefalea no migrañosa. Los síntomas del aura aparecen

de forma gradual y tienen una duración no superior a una hora, pero se asocian a una cefalea que no cumple los criterios de la migraña.

Aura típica sin cefalea. Cuando aparecen síntomas de aura que no se acompañan de cefalea.

La fisiopatología de la migraña aún no se comprende completamente. Desde 1940 se realizaron los primeros esfuerzos por explicar este fenómeno paroxístico: Harold G. Wolff postulaba que la migraña ocurría por una disminución del flujo sanguíneo, lo suficiente en algunos casos para generar alteraciones funcionales del tejido nervioso por falta de irrigación sanguínea (oliguemia tisular focal), lo cual sería responsable del aura. Una vasodilatación compensadora como fenómeno subsecuente conduciría a un aumento de la permeabilidad capilar, edema cerebral y dolor ulterior. Sin embargo, estudios efectuados con marcadores radioactivos por Jes Olesen demostraron una reducción significativa del flujo sanguíneo durante el aura. La baja correlación de estos dos fenómenos hizo que la teoría tisular perdiera fuerza (Rodríguez-Violante, et al., 2006).

Otra teoría, denominada de la depresión cortical difusa (DCD) se convirtió en una teoría plausible, casi contemporánea con la de Wolff; se caracterizaba por una de-polarización rápida y focal de un número determinado de neuronas, con un flujo iónico masivo del compartimento intracelular al extracelular. La teoría tomó fuerza al correlacionar la depresión cortical difusa con el episodio de aura y la topografía de dicho fenómeno, así, por ejemplo, las auras visuales se vinculaban con la DCD en la región occipital e incluso las sensitivas con el área cerebral correspondiente. Aunque esta asociación es sólida, la práctica ausencia de fibras dolorosas en el tejido cerebral no explica porqué el dolor sigue al aura. Estudios ulteriores sugerían que una posible activación de las vías aferentes del nervio trigémino ubicadas en las meninges sería la responsable del dolor. Para los casos de la migraña sin aura existe una hipótesis que involucra la región hipocampal (Rodríguez-Violante, et al., 2006). Después de los trabajos de la DCD, Grafsteins mostró que adicionalmente a estímulos

eléctricos y mecánicos inductores de la DCD, potasio extracelular elevado, glutamato y ATP-asa disparaban el mismo fenómeno. Sin embargo, algunos estudios hicieron dudar de la posibilidad de cambios en el potasio como mecanismo fisiopatológico primario, no obstante, abrió la posibilidad de que hubiera nuevos neurotransmisores involucrados, incluidos el calcio y el glutamato. De hecho, algunas drogas anti-epilépticas utilizadas como profilácticos –como el ácido valproico y la gabapentina- actúan justamente por bloqueo del influjo del calcio.

Así mismo, se reconoce que esta hiperexcitabilidad cortical que antecede a la DCD, mediada por glutamato, podría disminuirse a través del bloqueo de receptores NMAD (N-metil D-aspartato), cuyo poder anticonvulsivo ha sido ampliamente demostrado en modelos animales (Rodríguez-Violante, et al., 2006)

Tratamiento de la Migraña

La mayoría de los pacientes migrañosos trata sus episodios con analgésicos convencionales que pueden adquirirse por venta libre en farmacias. Muchas personas ya utilizan este tipo de fármacos al momento de buscar consulta médica pero es necesario considerarlo dado que algunas complicaciones de la migraña se dan por abuso de analgésicos (Olesen & Goadsby, 2006)

Mathew y Tfelt-Hansen (2006) comparten una serie de observaciones y recomendaciones necesarias para llevar de manera satisfactoria el tratamiento de la migraña:

La Relación Médico-Paciente. Es el primer paso para lograr un adecuado manejo de la migraña. Es necesario que el paciente tenga confianza con su profesional tratante y sienta que está pendiente de los síntomas y su estado de salud en general. Esto suele fortalecer la probabilidad de que el paciente pueda adherirse a su tratamiento.

El uso de un «diario de dolor». Es necesario motivar a los pacientes para que vayan registrando en un diario medidas de frecuencia, gravedad

(Rodríguez Violante, et al., 2006) y duración de los ataques, síntomas asociados y la medicación que se toma para aliviar las crisis. También durante las primeras consultas, es necesario que el paciente anote sustancias o eventos que parecen funcionar como disparadores de la cefalea y usarlos para sugerir cambios en conductas relacionadas. En cada consulta se revisa el diario para, en su caso, hacer ajustes de dosis de los medicamentos o para otras recomendaciones.

Transmitir al paciente "Expectativas Realistas". Es importante explicar a los pacientes que la migraña es un problema recurrente y puede no curarse totalmente pero sí controlarse con tratamientos adecuados tales como medicación (abortiva o preventiva) y modificación de hábitos personales (evitar alimentos que desencadenen ataques, tomar sus medicamentos a tiempo, etc.).

Educación del paciente. Es necesario proveer al paciente con materiales que ofrezcan suficiente información sobre las cefaleas en general y la migraña en particular, incluyendo presentaciones clínicas, eventos comunes que pueden desencadenar el ataque, aspectos biológicos y mitos acerca de la migraña (como el que la vincula con la sinusitis). Una buena instrucción sobre estos temas hará que el paciente pida ayuda oportuna a sus profesionales tratantes en caso necesario, evite pérdida de tiempo, de dinero y sufrimiento innecesario

Uso de Fármacos

De manera general, es necesario conocer aspectos del paciente mediante una historia clínica, que aborde aspectos como la frecuencia, intensidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como enfermedades y otros trastornos que puedan encontrarse asociados al padecimiento.

Existen dos tipos de tratamiento: el abortivo, para los casos de migraña aguda donde es necesario detener o revertir el inicio de los

ataques; el preventivo o profiláctico, donde lo que se busca es la reducción de la frecuencia y la severidad de los ataques. El uso de este tipo de medicamentos también toma en cuenta la respuesta del paciente a los mismos (idiosincrasia)(Mathew & Tfelt-Hansen, 2006).

Los agonistas selectivos de subfamilias de receptores de serotonina (5-hidroxitriptamina, ó 5-HT) como puede ser la 5-HT₁, se han posicionado como el estándar de oro para el tratamiento agudo de la migraña. Estos medicamentos actúan como agonistas selectivos de la subfamilia 5-HT_{1B/D}, aunque también pueden ligarse a otro tipo de receptores, incluidos la subfamilia 5-HT_{1A} y 5-HT_{1F}. La unión de estos receptores tiene una implicación farmacológica importante. Durante un ataque de migraña, los triptanos, a través de su unión con el receptor de la subfamilia 5-HT_{1B} causan una vasoconstricción relativamente selectiva de los vasos intracerebrales. Además, los triptanos activan los receptores 5-HT_{1D}, localizados en las neuronas de primero y segundo orden del nervio trigémino, con lo cual se disminuye de forma importante la liberación de neuropeptidos responsables de la señal de dolor en el núcleo del trigémino. Aunque el primero de los triptanos en desarrollarse es el sumatriptán, todos ellos comparten el mismo mecanismo de acción. Los efectos adversos son, en general, similares entre todos los triptanos e incluyen, rubor facial, molestias pectorales y hormigueo distal y peribulcal. Aunque son vasoconstrictores selectivos de arterias craneales, puede haber un efecto vasoconstrictor menor en arterias coronarias. Se ha informado de eventos cardiovasculares y/o neurológicos importantes con el uso de triptanos (Rodríguez Violante, et al., 2006).

Cada vez más resultados de investigación muestran que tratar de forma temprana los ataques leves y moderados puede abortar la cefalea en 80% a 90% de los casos, con una mejor recurrencia de ataques, menor discapacidad y posiblemente menores efectos adversos (Rodríguez Violante, et al., 2006).

Profilaxis

Las intervenciones preventivas deben considerarse en aquellos individuos que reúnan una o más de las siguientes condiciones:

1. La recurrencia de los ataques es tal que, a juicio del paciente interfiere en forma significativa en sus actividades de la vida cotidiana
2. Alta frecuencia de ataques
3. Contraindicación, falta o sobredosis en la terapia para la fase aguda.
4. Efectos adversos en la terapia aguda
5. Relación de costos entre la terapia aguda y la preventiva
6. Preferencia del paciente
7. La presencia de condiciones particulares en el contexto de la migraña, incluidas migraña hemipléjica, migraña basilar, migraña con aura prolongada o migraña con infarto.

Los objetivos de la terapia profiláctica de la migraña son:

1. Reducir la frecuencia, gravedad y discapacidad de los ataques;
2. Disminuir la dependencia a fármacos mal tolerados o ineficaces;
3. Mejorar la calidad de vida
4. Evitar una escalada en el tratamiento farmacológico de la fase aguda.

El tratamiento profiláctico se considera óptimo cuando reducen en un 50% la frecuencia de las crisis. Una amplia familia de medicamentos se encuentra disponible como tratamiento preventivo de la migraña, entre ellos los betabloqueadores, anticonvulsionantes, antidepresivos, bloqueadores de los canales del calcio y antiinflamatorios no esteroideos principalmente (Rodríguez Violante, et al., 2006; Tfelt-Hansen, 2006)

Cefalea Tensional

En 2004 se publicaron los criterios mínimos necesarios para el diagnóstico de la Cefalea tipo Tensional (o también llamada en la práctica

cefalea por estrés, cefalea por contracción muscular, cefalea psicógena, cefalea ordinaria, cefalea esencial, cefalea idiopática, cefalea psicógena) en la International Classification of Headache en su segunda edición (International Headache Society, 2004). El uso de las clasificaciones permite al clínico tener mayor certeza en el diagnóstico; sin embargo, no conviene conservar rígidamente estas clasificaciones ya que pueden coexistir varios trastornos en el mismo paciente y su detección rápida y apropiada pueden ayudar a lograr un mejor resultado, por lo que el criterio clínico debe sobreponerse ante el tratamiento más adecuado (Márquez Romero & Barges Coll, 2009).

En la clasificación se hacen tres apartados, dividiendo la cefalea tipo tensional episódica en frecuente y poco frecuente. En el caso de esta última, la frecuencia de los síntomas debe ser no mayor de un día por mes o menos de 12 días por año. En el caso de la cefalea tipo tensional frecuente, la sintomatología debe presentarse por lo menos en 10 ocasiones en un día o hasta 15 días por mes durante por lo menos tres meses, pero menos de 180 días al año. En el caso de la cefalea tipo tensional crónica, los criterios son cefalea en más de 15 días al mes por más de tres meses o más de 180 días al año.

Los ataques de cefalea deben durar por lo menos 30 minutos y hasta siete días, y deben tener por lo menos dos de las siguientes características: localización bilateral como si formara una banda alrededor de la cabeza, que sea de tipo opresivo, de moderada intensidad y que no se agrave con los esfuerzos físicos. No debe haber náuseas ni vómito; sin embargo, se ha señalado a menudo que los pacientes pueden cursar con hiporexia o incluso anorexia. Suele haber fonofobia o fotofobia, pero casi nunca ambas y (claramente) que la sintomatología no se atribuya a alguna otra enfermedad o trastorno (International Headache Society, 2004; Márquez Romero & Barges Coll, 2009).

Además de los parámetros mencionados por la Clasificación, al momento de hacer el diagnóstico es importante considerar otros factores como si ha habido consumo previo de medicamentos (¿cuánto tiempo?, dosis,

etc.); terapias alternativas (acupuntura, flores de Bach, etc.); circunstancias ambientales como relaciones interpersonales, consumo de sustancias como drogas, alcohol, tabaco; alérgenos; algún alimento que desencadene la crisis o elementos idiosincrásicos que pueden investigarse mediante autoinformes en forma de diario (Belmonte Herrera & Bernal Duran, 2007).

¿Qué puede provocar la cefalea tensional?

Los ataques de cefalea por lo general se informan en relación con periodos de conflicto emocional o estrés psicosocial; sin embargo, la relación causa-efecto no está bien establecida. Otro aspecto importante es la comorbilidad con ansiedad y depresión, ya que se ha demostrado que estos padecimientos aumentan la vulnerabilidad de los pacientes a presentar ataques de dolor y que estos se relacionan con contractura en la musculatura pericraneal. Esta sensibilidad aumentada al dolor miofacial puede deberse a la liberación de mediadores de inflamación, resultando en excitación y sensibilización de aferentes sensitivos, aunque esta teoría no se ha comprobado. En cuanto a los factores centrales que influyen en la patogenia de la cefalea tensional, se menciona la del umbral de dolor, siendo este usualmente normal en los sujetos con la forma episódica, pero bajo en aquellos con la forma crónica. Para esto se ha propuesto la hipótesis de una regulación anormal del impulso álgido en el sistema nervioso central, producto de un flujo prolongado de información nociceptiva proveniente de los nociceptores periféricos con sensibilización secundaria de neuronas de segundo orden en un núcleo trigeminal o aun en el tálamo. Estas hipótesis son apoyadas en épocas recientes por resultados de imagen. También se han propuesto mecanismos bioquímicos para explicar la existencia del dolor; entre ellos, el más importante parece ser el mecanismo del óxido nítrico (ON), habiéndose encontrado que la administración de ON reproduce el dolor en pacientes previamente diagnosticados con CTTC, y yendo aún más lejos, el bloqueo del sistema de ON por medio del agente experimental L-NMMA (L-N-monometil arginina) redujo de manera sustancial tanto

el dolor como la contractura muscular en pacientes con CTTC.(Márquez Romero & Barges Coll, 2009).

Tratamiento

Analgésicos simples y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) se usan ampliamente para la terapia abortiva aguda, sin embargo, no existe un tratamiento selectivo y específico para la Cefalea Tensional. Pueden utilizarse analgésicos simples como aspirina, acetaminofén, AINES, antipiréticos como dipirona y analgésicos combinados. Relajantes musculares no se consideran efectivos para el tratamiento agudo, por el contrario, tienen un alto riesgo de habituación (Volcy-Gómez, 2008).

La mayoría de los pacientes con este padecimiento busca atención médica después de haberse automedicado durante largos periodos, sin encontrar mejoría. En México, el problema de la automedicación es grave pues los pacientes obtienen medicamentos sin receta médica sin mayores dificultades, lo que hace que este tipo de trastorno se prolongue y complique (Zermeño-Pohls, 2004; Zermeño-Pohls & Miranda-Rodriguez, 2006).

El tratamiento no farmacológico es una modalidad terapéutica que puede utilizarse para prevenir los ataques de cefalea tensional. Incluye una dieta adecuada, la implementación de una actividad física regular, eliminación de hábitos perjudiciales (como fumar o abusar del alcohol) el establecimiento de límites máximos en el consumo de analgésicos, y educación respecto a los medicamentos disponibles y la forma de tomarlo. También es muy importante detectar pacientes con trastornos afectivos o psiquiátricos.

La terapia no farmacológica se puede subdividir en tres grupos: acupuntura, relajación muscular progresiva con entrenamiento autógeno o relajación pasiva y meditación, y biofeedback y retroalimentación. Aunque los resultados han sido contradictorios, se sugiere que las técnicas de relajación corporal y el biofeedback (a través de las cuales se evocan

respuestas de relajación) pueden ser útiles para reducir la actividad muscular pericraneal, lo que disminuye la cefalea en cerca del 50% (Volcy-Gómez, 2008). Otras modalidades que también se utilizan para el control del dolor implican la modificación de conducta y el manejo del estrés, terapias físicas como la acupuntura, la inyección de puntos dolorosos, entrenamiento postural y ergonómico, quiropraxia técnicas calóricas (frio/calor) y el uso de estimuladores electrónicostranscutáneos (Espí López & Gómez Conesa, 2009; Volcy-Gómez, 2008).

Profilaxis

Se han utilizado en la prevención de este trastorno sustancias como la Tizanidina, venlafaxina, buspirona, estabilizadores neuronales, toxina botulínica y antidepresivos como la amitriptilina. La eficacia profiláctica de este último antidepresivo tricíclico en la cefalea tensional crónica está bien corroborada (Holroyd et al., 2001), en tanto que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina no tienen efecto en la ausencia de depresión. Estudios sobre el efecto protector de la amitriptilina han establecido que su mecanismo de acción probablemente incluya mecanismos adicionales al de la inhibición de la recaptación de serotonina. El antidepresivo noradrenérgico mirtazapina también se ha señalado como eficaz y mejor tolerado que la amitriptilina. A pesar de esto, tanto la amitriptilina como la mirtazapina están lejos de ser eficaces y bien tolerados en todos los pacientes, por lo que se siguen buscando modalidades de tratamiento diferentes (Márquez Romero & Barges Coll, 2009).

Dado que los hallazgos de investigación sobre formas de tratamiento en la cefalea tensional es poco clara e insuficiente, aun hoy en día el mejor tratamiento se encuentra con ensayo y error. Las tasas de eficacia son similares entre las diversas modalidades de tratamiento, y parece que los resultados están relacionados directamente con el tipo de profesional que ofrezca el tratamiento, por ejemplo psicólogos con biofeedback o médicos con fármacos (Volcy-Gómez, 2008).

Debido a las dificultades que pueden existir en el manejo de cefaleas primarias, es importante recordar siempre las posibles causas de fallas terapéuticas, las cuales se pueden agrupar en cinco categorías, 1) Diagnóstico incorrecto o incompleto; 2) Inadecuada detección de factores disparadores de dolor (causas secundarias o sobreuso de medicamentos; 3) Farmacoterapia inadecuada; 4) Tratamiento no farmacológico insuficiente; y 5) Existencia de otros factores no controlados como expectativas no realistas o comorbilidades (Volcy-Gómez, 2008).

Dentro de esos otros factores, se revisan en el siguiente apartado aspectos que ya han recibido la atención de los investigadores de enfermedades psicosomáticas (como puede ser el caso de las cefaleas primarias): el papel de la historia de interacción parental, es decir la forma en que los padres interactúan con sus hijos durante el proceso generalmente denominado “crianza”.

III. Historia de Interacción Parental

Hablar de interacción parental es también hablar sobre familia. El entorno que se desarrolla en este ambiente define mucho del funcionamiento presente y futuro de los individuos, incluyendo el desarrollo de problemas adaptativos y de padecimientos físicos. En efecto, la interacción entre padres e hijos: condiciona gustos, pensamientos, costumbres, la forma sentir y de relacionarse con sí mismos y con el medio social y físico, pues puede dotar o no de las habilidades y conductas cruciales para enfrentar la vida y de formas de experimentar las reacciones emocionales.

Definir el término familia no es sencillo, cada persona puede tener un concepto diferente y todos son, en principio, válidos. La interacción se da con el padre, la madre y hermanos, a veces incluye a los abuelos u otros parientes e incluso a amigos con los que se comparte el hogar y casos en los que únicamente puede estar alguno de los dos padres, y los hijos. Lo importante es establecer que las familias se componen por todas las personas que habitan en un mismo núcleo u hogar y a quienes habitualmente unen relaciones personales íntimas; es decir, donde existen por un lado sentimientos de afecto, amor, cooperación y solidaridad y, por el otro, relaciones de poder y autoridad (De Alva Ruiz & Carranza Saucillo, 2005)

Para el estudio del proceso de socialización en el cual la familia está implicada se han elaborado definiciones como “proceso a través del cual el individuo humano aprende e interioriza unos contenidos socioculturales al a vez que desarrolla y afirma su identidad personal bajo la influencia de unos agentes exteriores y mediante mecanismos procesuales frecuentemente inintencionados” (Coloma, 1993b, p 32). El individuo humano necesita “aculturarse”, pues no puede llegar a desarrollarse como persona si no cuenta con el contexto y apoyo de contenidos culturales específicos que suelen incluir lenguaje y modos concretos de pensar, sentir y actuar, unidos a la

percepción de valores proporcionados por conjuntos específicos de agentes además de la familia. Estos agentes incluyen maestros y compañeros en la escuela, los amigos o grupos de iguales, los grupos de profesionales, los grupos de referencia y los medios masivos de comunicación. Los estudiosos de este fenómeno, desde esta perspectiva, coinciden en considerar a la familia como “la agencia primordial”, no solo por ser la primera en actuar sobre los hijos, sino por el carácter cualitativo de su influencia (Coloma, 1993b).

Otros modelos que abordan el problema de la socialización incluyen variables tales como el control, la comunicación o la implicación afectiva entre los miembros de la familia; de las diversas combinaciones y estilos relativamente estables que pueden presentarse con variables como las mencionadas surgen en las formas de educación parentales en lo que se ha dado en llamar estilos educativos o de crianza (McDavid & Garwood, 1978; Peña Véliz & Rojas Ledezma, 2010)

Desde mediados del siglo XX, se han reconocido en las relaciones padres-hijos dos variables en las prácticas educativas de los adultos. En un principio, se habló de “Dominio-sumisión” y “control-rechazo” (Torío López, Peña Calvo, & Rodríguez Menéndez, 2008), pautas empleadas por los padres para que los hijos puedan socializar adecuadamente. Por ejemplo, si un niño “se porta mal”, algunos padres opinarán que es mejor retirarle algún privilegio o actividad preferida, como jugar con algún aparato de videojuegos o ver la televisión; otros opinarán que lo mejor será sentarse a hablar con ellos y analizar su comportamiento; algunos otros opinarán que lo mejor es dejarles a ellos para que puedan aprender las consecuencias de sus actos por sí mismos (McDavid & Garwood, 1978). Ninguno de estos padres piensa en hacerle daño a sus hijos, de hecho lo más probable es que decidan a partir de lo que consideran qué es lo mejor para ellos. A través del tiempo y de estudios al respecto se han encontrado combinaciones de estas pautas (o dimensiones similares) preferibles para el desarrollo y la forma de dotar a los niños de elementos para enfrentarse al mundo, como se reseña a continuación.

De las dimensiones “dominio/sumisión” y “control/rechazo”, Torío López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez (2008) hacen una extensa revisión bibliográfica donde encontraron que se puede hablar también de cuatro aspectos distintos en las conductas de los padres hacia sus hijos: afecto en la relación, el intento de control, el grado de madurez y la comunicación entre padres-hijos.

El afecto en la relación o apoyo, tiene que ver con la conducta que expresan los padres hacia los niños (alabanzas, elogios, aprobación, estimulación, ayuda, expresiones cariñosas y afecto físico) que hacen que estos puedan sentirse confortables en su presencia, gracias a la sensación básica que se crea en el interior del niño de sentirse aceptado como persona (Thomas, Gecas, Weigert y Rooney, 1974; Rollins y Thomas, 1979). El intento de control, relacionado con la conducta del padre hacia el hijo para dirigir la acción de este hacia formas de comportamiento deseadas por los padres (Musitu, Román y García, 1988). Es una dimensión crucial en el desarrollo de los individuos, dado que a través de la guía y control se aprende a regular y controla la propia conducta. Equiparado a la disciplina familiar, también se emplean términos como dominancia, restricción y coerción.

El grado de madurez equivale a los retos y exigencias que los padres imponen a sus hijos.

El ambiente comunicativo, referido a la capacidad de crear una interacción en la que se puede explicar mediante el razonamiento normas y decisiones, tomando en cuenta el punto de vista de los demás, son otras de las dimensiones que en las prácticas de crianza pueden distinguirse (Torío López, Peña Calvo, & Inda Caro, 2008).

Coloma (1993a) comenta el origen del concepto «estilos educativos paternos», el cual surge ante la necesidad de establecer un nuevo marco teórico que pudiera facilitar la interpretación y unificación de numerosos y dispersos resultados de varios estudios empíricos del pasado, así como asentar las bases de estudios futuros y el desarrollo de resultados que

también pudieran ser usados como guías por los padres. Así, definió el «estilo educativo paterno» como: “un esquema práctico que logra reducir múltiples y minuciosas pautas educativas paternas a unas pocas dimensiones básicas, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (Coloma, 1993a, p. 48). De una revisión hecha por este autor, se enuncian algunas dimensiones básicas, formuladas en forma de un continuo marcado por dos polos extremos y contrapuestos, que pueden ser vistos en la tabla 3.1

Tabla 3.1 Dimensiones implicadas en la Crianza

Control Firme	Control Lazo
Cuidado/Empatía	Rechazo/Indiferencia
Calor afectivo	Frialdad/Hostilidad
Disponibilidad hacia los hijos	Ausencia de disponibilidad
Comunicación paterno filial bidireccional	Comunicación paterno filial unidireccional
Comunicación paterno filial abierta	Comunicación paterno filial cerrada

Adaptado de: Coloma, J. (1993a) La Familia como ámbito de socialización de los hijos.
En: Quintana, J. M. (coord.). *Pedagogía Familiar*. Madrid: Narcea Ediciones.

Algunas líneas conceptuales derivadas de la Sociología y la Psicología Social se han dedicado al estudio de los estilos de interacción parental y su influencia en el desarrollo del niño. No han podido identificar modelos puros, sino traslapes dado que los estilos parten de dimensiones similares mezclando en diversas “cantidades” tales dimensiones, además de verse afectadas por el paso del tiempo, el sexo, el lugar que se ocupa entre los hermanos, etc. Por ello, autores como Torío López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez (2008) en lugar de hablar de estilos de prácticas educativas parentales, se refieren a ellas como tendencias globales de comportamiento, y hacen hincapié en que más que saber si unos padres son de cierto tipo

u otro, es mejor tener conocimiento sobre las dimensiones presentes en una interacción de calidad, lo que significa que no necesariamente la comunicación y el afecto están “peleados” con la exigencia y el control.

Una de las propuestas pioneras más elaboradas sobre interacción parental es el que conformó la psicóloga del desarrollo Diana Baumrind desde el final de la década de los sesenta del siglo XX y es una referencia interesante en el campo del apoyo y control parental, la autonomía y el desarrollo del niño. Baumrind se propuso descubrir si determinados estilos educativos de los padres correlacionaban con el desarrollo de diversas cualidades y características de los niños (Torío López, Peña Calvo, & Rodríguez Menéndez, 2008).

En un estudio llevado a cabo en 1967, dividió a los niños en tres tipos de “estructura de personalidad” que conceptualizó según su conducta: I, niños competentes, contentos e independientes, confiados en sí mismos y con mayor cantidad de conductas exploratorias; II, medianamente confiados y capaces de controlarse a sí mismos, temerosos e inseguros y III, menos maduros y dependientes, con menos capacidad de control y poca confianza en sí mismos.

Observó a los padres y tipificó el tipo de conductas que tenían con los hijos, formando también tres grupos con los cuales correlacionó la personalidad de los hijos: los padres de los niños. Los resultados mostraron que en general los padres de los niños con estructura I, ejercían un control firme, con exigencias de ciertos niveles de madurez y buena comunicación con los hijos; los denominó comportamiento parental “autoritativo”. Los padres de los niños con estructura II, eran menos cuidadosos y atentos con sus hijos en comparación con los otros grupos y los denominó padres autoritarios. Los padres de los niños con la Estructura III, afectuosos y atentos, pero con poco ejercicio del control y escasas demandas de madurez sobre sus hijos; les denominó padres permisivos.

De la combinación de variables que conceptualizó como control, afecto y comunicación, Baumrind desarrolló tres estilos educativos paternos

mediante los cuales los padres controlan la conducta de los hijos: el «authoritarian discipline» o estilo autoritario; el «permissive discipline» o estilo no restrictivo, permisivo; y un estilo que llamo «authoritative discipline» o “autoritativo”. Proponía que, en principio, el resultado más positivo en el desarrollo de los niños sería el de los padres que pusieron en práctica el estilo autoritativo. Los resultados confirmaron esta hipótesis, pues los hijos de padres autoritativos comparados con los de padres autoritarios o permisivos eran más maduros y competentes (Baumrind, 1966, 1967).

La descripción de estos tres conceptos se difundió ampliamente (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Darling & Steinberg, 1993; Garcia & Garcia, 2009; Mesa Exposito, 2006; Vielma, 2003). Torio López y colaboradores (2008) comentan que más que una clasificación cerrada, representa tendencias a consideraren el análisis y utilización en prácticas educativas parentales.

Los padres autoritarios favorecen la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en que se mantenga a los niños en un papel subordinado y en la restricción de su autonomía. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar, y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos patrones rígidos preestablecidos. No facilitan el diálogo y en muchas ocasiones rechazan afectivamente a los hijos como medida disciplinaria.

Los padres permisivos son aquellos que proporcionan una gran autonomía al hijo siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. Tienen como cualidades maneras afirmativas, aceptadoras y benignas hacia los impulsos y acciones del niño. Liberan del control y evitan el recurso de la autoridad, el uso de restricciones y castigos. No tienen expectativas exigentes respecto a la madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas.

Los padres autoritativos o democráticos intentan dirigir la actividad del

niño imponiéndole roles y conductas maduras pero utilizan el razonamiento y la negociación. Los padres dirigen las actividades del niño de forma racional. Pueden lograr esto debido a la aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños, lo que Baumrind consideró como una “reciprocidad jerárquica”: cada miembro tiene derechos y responsabilidades respecto al otro.

Maccoby y Martin (1983) estudiaron la tipología de Baumrind y ampliaron a cuatro los estilos parentales al considerar las combinaciones de los valores extremos en las dos dimensiones que ellos conceptualizaron: a) el control y la exigencia, como la cantidad de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos para que estos alcancen determinados objetivos y metas; b) el afecto, sensibilidad y calidez, como grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades (principalmente emocionales) de los hijos. De la combinación de estas dimensiones y de su “grado”, propusieron cuatro estilos educativos paternos, que pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 3.2 Estilos de Crianza según MacCoby y Martín (1983)

	Reciprocidad. Implicación Afectiva (<i>Responsiveness</i>)	No reciprocidad No implicación afectiva (<i>Unresponsiveness</i>)
Control fuerte (<i>Demandingness</i>)	Autoritario-Reciproco	Autoritario-Represivo
Control laxo (<i>Undemandingness</i>)	Permisivo-Indulgente	Permisivo-Negligente

El estilo permisivo indulgente incluye: a) la aceptación de las actividades y conductas tanto positivas como negativas de los niños; b) la permisividad y c) la pasividad. Es una práctica parental carente de coherencia y directrices (por ejemplo, no hay normas en la distribución

de tareas en el hogar ni en los horarios) lo que ocasiona que los niños no puedan identificarse con él o imitarlo, no cuentan con un marco de referencia para desarrollar cierto tipo de comportamientos. Los padres acceden con facilidad a los deseos de los niños, y son tolerantes en cuando a la expresión de sus impulsos de ira o agresividad, aunque se preocupen por su educación.

En el estilo permisivo-negligente los padres se caracterizan por la no involucración afectiva en los asuntos de los hijos y por la carencia de acciones y conductas que conlleva la educación. Una diferencia principal con el estilo permisivo indulgente es que mientras en éste a los niños se les permiten hacer muchas cosas por razones aparentemente ideológicas (una especie de respuesta al autoritarismo), en el permisivo negligente es por razones pragmáticas, debido a falta de tiempo (invierten el mínimo posible), muestran total desinterés y no quieren incomodarse (si pusieran normas implicaría dialogo y vigilancia, lo que implica esfuerzo, tiempo y atención. A veces estos padres presentan estallidos irracionales de ira contra los hijos, cuando éstos traspasan el límite de lo tolerable. Si existen recursos económicos, complacen a sus hijos en sus deseos materiales. A pesar de las múltiples variaciones que pueden existir, se trata de uno de los estilos con efectos más negativos. Los niños de estos tipos de padres obtienen las puntuaciones más bajas en autoestima, desarrollo de capacidades cognitivas y desempeño escolar, en autonomía y el uso responsable de la libertad (Torío López, Peña Calvo, & Rodríguez Menéndez, 2008).

Tabla 3.3 Resumen de estilos de Educación Familiar y Comportamiento infantil
Retomada de Torio López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez(2008)

Estilo de Crianza	Rasgos de conducta parental	Consecuencia educativas sobre los hijos
Democrático o Autoritativo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Afecto manifiesto ✓ Sensibilidad ante las necesidades de los niños ✓ Explicaciones ✓ Promoción de la conducta deseable ✓ Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas ✓ (privaciones, reprimendas) ✓ Promueven el intercambio y la comunicación abierta ✓ Hogar con calor afectivo y clima democrático. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Competencia social ✓ Autocontrol ✓ Motivación ✓ Iniciativa ✓ Moral Autónoma ✓ Alta autoestima ✓ Alegres y espontáneos ✓ Autoconcepto realista ✓ Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales ✓ Pro-sociabilidad dentro y fuera del aula (altruismo, solidaridad) ✓ Elevado motivo de logro ✓ Disminución en frecuencia e intensidad de los conflictos padre-hijo

Tabla 3.3 (continuación)

Estilo de Crianza	Rasgos de conducta parental	Consecuencia educativas sobre los hijos
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas minuciosas y rígidas ✓ Recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas. ✓ No responsabilidad paterna ✓ Comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de dialogo) ✓ Afirmación de poder ✓ Hogar caracterizado por un clima autocrático 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autonomía y autoconfianza ✓ Baja autonomía personal y creatividad ✓ Escasa competencia social ✓ Agresividad e impulsividad ✓ Moral heterónoma (evitación del castigo) ✓ Menos alegres y espontáneos.
Indulgente o Permisivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indiferencia ante sus actitudes y conducta tanto positivas como negativas. ✓ Responden y atienden las necesidades de los niños. ✓ Permisividad ✓ Pasividad ✓ Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja competencia social ✓ Pobre autocontrol y heterocontrol ✓ Escasa motivación ✓ Escaso respeto a normas y personas ✓ Baja autoestima, inseguridad. ✓ Inestabilidad emocional ✓ Debilidad en la propia identidad ✓ Autoconcepto negativo ✓ Graves carencias en autoconfianza e autorresponsabilidad

Tabla 3.3 (continuación)

Estilo de Crianza	Rasgos de conducta parental	Consecuencia educativas sobre los hijos
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños. ✓ Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas ✓ Acceden fácilmente a los deseos de los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajos logros escolares
Negligente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No hay implicación afectiva en los asuntos de los hijos ✓ Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible. ✓ Escasa motivación y capacidad de esfuerzo ✓ Inmadurez ✓ Alegres y vitales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escasa competencia social ✓ Bajo control de impulsos y agresividad ✓ Escasa motivación y capacidad de esfuerzo ✓ Inmadurez ✓ Alegría y vitalidad

Según esta revisión, el estilo «autoritativo» o democrático es el más propicio por ser el más educativo para favorecer el desarrollo de la personalidad

de los menores y estimular sus capacidades, pautas sociales, habilidades de comunicación y socialización. En él se desarrolla el equilibrio entre el afecto y la autoridad, siendo importante el establecimiento de normas y límites.

La influencia de la crianza en el desarrollo de los niños y adolescentes ha dado origen al desarrollo de varias investigaciones que han intentado establecer relaciones entre los estilos parentales y el ajuste y adaptación infantil y adolescente. Se han estudiado los Estilos de Crianza y su influencia en variables como la hiperactividad (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, & Pino Osuna, 2008); el éxito en el rendimiento académico (Salazar Flores, López Sánchez, & Romero Ramírez, 2008); autoestima (García & Román Sánchez, 2005); estatus sociométrico de los hijos (Torío López, Peña Calvo, & Inda Caro, 2008); configuración de un sistema de valores y competencia prosocial (Mestre, Tur, Samper, Náchter, & Cortés, 2007); Niveles de auto-realización en infantes y adolescentes; estilos de vida de los adolescentes; comportamiento disocial de los adolescentes (Aguilar-Villalobos, Valencia-Cruz, & Romero-Sánchez, 2004) y estudios comparados entre países y técnicas e instrumentos para la medición de las prácticas educativas familiares (Gaxiola- Romero, Frías-Armenta, Cuamba-Osorio, Franco-Betanzos, & Olivas-Salido, 2006).

En la historia de la psicología, la calidad de los estilos parentales ha sido siempre un componente central de diversas teorías del desarrollo subaja calidad se ha considerado factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas, psicosomáticas y psicopatológicas (Mrazek, Mrazek, & Klinnert, 1995). Entre esas quejas o condiciones bien cabría la cefalea primaria y su posible asociación con otros malestares psicológicos tales como sintomatología depresiva o ansiosa.

Factores protectores y factores de riesgo en la salud.

Prevenir significa, entre otras cosas, evitar que condiciones que se han encontrado asociadas al desarrollado de diversas enfermedades se presenten a lo largo de la vida del individuo, o posponerlas indefinidamente (Sánchez Sosa, 1998). El ser humano está constantemente ocupado en conservar el equilibrio en medios que le imponen retos para su funcionamiento o supervivencia. Factores como el sexo, la edad, y ciertas predisposiciones genéticas no pueden modificarse, pero otros factores denominados ambientales y ciertas conductas que solo atañen al individuo como sus hábitos, estilos de vida y costumbres varias pueden modificarse e incidir en la calidad de vida de las personas, así como en el padecimiento de diversas enfermedades.

Las condiciones ambientales y personales que preceden alguna disfunción o desequilibrio en el organismo se suelen denominar factores de riesgo, factores que facilitan la ocurrencia de sucesos que pone en peligro la integridad física y/o psicológica del individuo. En contraste, factores como estilos de vida saludable e intervenciones profesionales derivadas de la investigación pueden actuar como protectores y favorecen el bienestar y la calidad de vida. Ambos tipos de factores interactúan y se neutralizan entre sí, y cuando se presentan predominantemente factores precipitantes de enfermedades el individuo no necesariamente mostrará signos de deterioro y desequilibrio en su salud de manera inmediata. Al largo plazo, con combinaciones relativamente específicas, la adición de nuevos factores con la interacción que ocurre en diversas etapas de la vida y afrontamiento defectuoso del estrés, se precipitan cuadros clínicos físicos y/o psicológicos (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1995).

Factores Psicológicos de Riesgo en el desarrollo de Enfermedades Físicas.

Cohen (1982) ha revisado diversas propuestas relativas a la aparición de quejas somáticas a partir de mecanismos psicológicos. El estrés y aumento de los esfuerzos de las personas para afrontarlo incrementan la sensibilidad hacia la sintomatología física y disminuyen la tolerancia de los síntomas. Para conceptualizar más articuladamente lo anterior, define cuatro modelos principales que explican la proclividad a desarrollar enfermedades psicosomáticas.

El primer modelo llamado *conducta del enfermo*, se basa en la existencia de mecanismos psicológicos que suelen asociarse con estrés sostenido, un fracaso adaptativo grave o una pérdida significativa. Este modelo tiene dos perspectivas o sub-modelos secundarios que explican los mecanismos individuales para adoptar la conducta del enfermo. La primera de ellas, “Valoración del Estrés” propone que, ante la presencia de una situación estresante, el individuo la evalúa como amenaza exagerada o catastrófica (real o simbólica), que lo conduce a aumentar los esfuerzos para afrontar esa posible amenaza. Esto frecuentemente aumenta su sensibilidad a síntomas físicos (pre-existentes o nuevos) lo que le lleva a aumentar la conducta de buscar tratamiento y recibir un diagnóstico basado en su descripción del cuadro o queja. Esto no necesariamente implica un aumento de su incidencia real.

La segunda perspectiva de este modelo se denomina “*Dimensión de la personalidad*” y se subdivide a su vez en dos posibilidades, una “Tendencia de respuesta” e “Hipersensibilidad”. La primera describe un estilo personal con tendencia a hablar de cambios de vida, decepciones y síntomas físicos. La segunda abarca un estilo que denota una hipersensibilidad a los síntomas físicos o a las situaciones desagradables de la vida.

El segundo modelo se denomina “*Darse por vencido*” responde al estrés y la sensación de amenaza que genera una pérdida importante (muerte

de un ser querido, pérdida del empleo, etc.) seguido de conductas que no resuelven la amenaza llevando a un aumento y una cronificación de un estado emocional negativo, incluyendo desamparo e impotencia. Este estado crea una reacción de conservación y retraimiento del organismo que incluye reacciones trofotrópicas. Estas reacciones hacen que el organismo elimine nutrientes que necesita para mantener la salud y retenga sustancias de desecho o toxinas, acciones que con el tiempo, aumentan la vulnerabilidad somática y propician el desarrollo de una enfermedad.

El tercer modelo, derivado del "*Síndrome General de Adaptación*", propuesto por Hans Selye postula que cualquier estímulo nocivo da como resultado una respuesta biológica particular que provoca el aumento de la secreción de hormonas adreno-corticales y adreno-medulares. Si esta situación se prolonga se afectan los órganos débiles, en función de la herencia del propio individuo y sobreviene una enfermedad.

El término «estrés» se acuñó en la Universidad McGill de Montreal, por el endocrinólogo húngaro-canadiense Hans Selye en 1936. Lo definió como una respuesta biológica conmesurable con el estresor (o agente nocivo), mediante cambios (normalmente defensivos) en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico (Orlandini, 1999). Cuando el proceso de adaptación al estresor es deficiente y se prolonga, se disminuye la resistencia corporal y se presentan efectos de "desajuste" en diversos órganos, que conducen al desarrollo de distintos padecimientos. Al generarse un estrés sostenido se incrementan las reacciones fisiológicas, se disminuyen las respuestas inmunológicas del organismo y se propician alteraciones fisiológicas en grados diversos.

Por último, Cohen reseña un cuarto modelo denominado "*Mecanismos Endocrino-Inmunológicos Mediados Cognitivamente*". El individuo ante una situación estresante la valora como amenaza, lo que puede ocasionar dos tipos de comportamientos: en el primero aumentan las conductas de afrontamiento que intentan "resolver" el problema (por ejemplo, conductas «Tipo A», fumar, suprimir emociones, etc.) y el segundo aumenta las

respuestas de afrontamiento que, además de no resolver la amenaza, generan estrés sostenido. Estas dos reacciones conllevan a un incremento en las respuestas fisiológicas como son la secreción de hormonas adrenocorticales y adreno-medulares las cuales producen cambios en procesos tales como la coagulación de la sangre o una baja seria en las respuestas inmunológicas, incrementándose la susceptibilidad a enfermedades ya sean infecciosas o crónico-degenerativas. Así, el estrés sostenido provoca un aumento en el estado emocional negativo de las personas, así como el de su respuesta para afrontar el problema, aunque esto no le ayude a resolverlo. Todo lo cual incrementa la vulnerabilidad somática que culmina en el desarrollo de enfermedades.

Adicionalmente, si el ser humano se desarrolló desde pequeño y/o está actualmente inmerso en condiciones psico-sociales que dificultan la solución de amenazas (reales o percibidas), tales como falta de apoyo familiar y social, creencias catastróficas o falta de destrezas instrumentales de autocuidado (dieta, actividad física, dormir adecuadamente, etc.) las probabilidades de desarrollar síntomas y padecimientos aumentan desproporcionadamente a las que normalmente dependerían de sus propias propensiones hereditarias.

Interacciones parentales defectuosas como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas.

En síntesis, la familia es la entidad encargada de velar por el cuidado y el desarrollo de un niño. Un ambiente sano le proveerá de un sentido de seguridad emocional e integración social además de brindarle la oportunidad de adquirir las conductas propicias que le permitirán llegar a poseer una adecuada auto-regulación emocional y destrezas de autocuidado. Pero, ¿qué pasa con ambientes donde existen episodios

reiterados de ira, agresión y violencia? ¿Qué pasa cuando las necesidades emocionales de los niños no se cubren, no hay apoyo o éste es inconstante, frío y/o negligente? Los efectos a largo plazo de conductas y experiencias estresantes manejadas defectuosamente sobre la salud se ha documentado ampliamente. A continuación se describen algunos ejemplos.

Un meta-análisis llevado a cabo por Repetti, Taylor y Seeman(2002) se enfocó al examen de diversos artículos de investigación que abordan esta problemática de “ambientes familiares negativos” y la manera en que deterioran la salud mental y física a largo plazo.

Familias con estilos parentales deficientes (negligencia a las necesidades de los niños), frialdad y poco apoyo suelen incrementar la susceptibilidad a diversos padecimientos, además de exacerbar las vulnerabilidades genéticas. En concreto, este tipo de familias crea déficits en el control y expresión emocional así como en competencia social. Por ejemplo, en caso de necesitar ayuda los niños de estas familias no la piden porque no aprendieron a pedirla, un déficit en afrontamiento del estrés. También muestran poco comportamiento prosocial y escasas habilidades para la comprensión de emociones. Si a esto se añade el tipo de afectación a la que son sometidos por buscar constantemente adaptarse a situaciones amenazantes, se suelen provocar alteraciones negativas a largo plazo en el nivel fisiológico. Nuevamente, esto ocurre en los sistemas endocrinos simpático-adrenomedular e hipotalámico adrenocortical, así como en el sistema serotoninérgico, con el concomitante daño a la salud.

Un equipo de trabajo en San Diego California examinó el papel de eventos estresantes en la infancia como factor de riesgo para enfermedades autoinmunes en la edad adulta, en un estudio retrospectivo aplicado a una cohorte de 15,537 personas (8,293 mujeres y 7,064 hombres) divididas en cuatro grupos de acuerdo al padecimiento de una de 21 enfermedades. Se evaluó la frecuencia de ocho tipos de experiencias adversas en la niñez: la presencia de abuso físico, emocional o sexual; violencia doméstica; abuso de sustancias; enfermedades mentales de familiares; divorcios

o separación; y encarcelamientos. Cerca del 64% de las personas que contestaron experimentaron al menos una forma de experiencia adversa, y aproximadamente el 37% de las personas que contestaron reportaron dos o más. Al comparar la cantidad de experiencias estresantes con la probabilidad de una primera hospitalización para cualquiera de las enfermedades exploradas en este estudio, las personas con dos o más experiencias adversas mostraron mayor probabilidad de ser hospitalizadas especialmente para las mujeres. Para estas pacientes, cada forma de experiencia adversa incrementa en un 20% la probabilidad de primera hospitalización para cualquiera de las Enfermedades del estudio (Dube et al., 2009).

Otro estudio estudió el impacto del maltrato físico, antecedentes de familia y adversidades de la infancia sobre la salud mental y física de adultos de mediana edad. Participaron cerca de 6,200 personas que formaban parte de un estudio longitudinal previo iniciado en Wisconsin desde 1957. En 1994 se realizó un seguimiento y la evaluación tuvo como foco de atención el estado de salud, la calidad de vida así como las mismas variables de educación, familia y ocupación. Después de la depuración de la base de datos, participaron únicamente las personas que tenían las dos entrevistas completas: 2,051 participantes finales. El maltrato físico en la infancia fue informado por cerca del 11.4% de los participantes. Del total, el 55.6% eran mujeres, y la media de edad fue de 55 años. Los participantes que reportaron abuso refirieron tener más hermanos, haber crecido con padres con problemas de alcoholismo, problemas maritales graves y mayor violencia entre ellos, que de los que no se había abusado. El abuso físico se asoció con un incremento de 21% en los diagnósticos médicos, 22% en el número de síntomas físicos no asociados a enfermedades específicas, 24% en depresión, 27% en ira y 23% en ansiedad. Un análisis para examinar la influencia del abuso físico en los diagnósticos individuales, reveló que los participantes con abuso físico en la infancia tienen probabilidades 34% a 167% mayores de padecer alergias, artritis-reumatismo, asma, enfisema-bronquitis, problemas de circulación, presión arterial alta, problemas del

corazón, problemas de hígado y úlceras, que los pacientes sin historia de abuso (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007).

En México también se han llevado a cabo varios estudios para relacionar este tipo de antecedentes de maltrato y carencias diversas consideradas como factores de riesgo de la infancia con el padecimiento de enfermedades físicas y psicológicas en la juventud y edad adulta. Por ejemplo, Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas y Hernández-Guzmán (1992) realizaron un estudio para determinar qué factores relacionados con la interacción parental podían servir para predecir episodios agudos de angustia intensa. Se recolectaron datos de 2047 adolescentes escolares de la Ciudad de México mediante el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). Este instrumento explora sintomatología física y emocional mediante 98 reactivos, y estilos parentales con 106 reactivos. Seis expresiones concretas de estilos parentales pueden funcionar predictores del desarrollo de ataques de pánico: 1) carencia o escasez de muestras de afecto entre los padres; 2) el que los padres peleen en presencia de los hijos; 3) que en sus confrontaciones los padres sean verbalmente intensas (discutan a gritos); 4) que en estas contiendas las agresiones acaben en violencia física; 5) que uno o ambos padres amenacen con separarse o divorciarse; y 6) que el estilo de interacción del padre con el hijo se haya caracterizado por dar a éste ordenes en tono duro u ofensivo.

Un análisis factorial con una muestra de 3378 adolescentes mexicanos de edades entre los 15 y 18 años, reveló para el SEViC cuatro factores en las escalas de estilos de vida que se relacionan directamente con la interacción y funcionamiento familiares, explicando el 40.5% de la varianza, y seis factores en la escala de trastornos psicológicos que explican el 35% de la varianza. Además, con el fin de identificar relaciones predictivas entre aquellos factores relacionados con interacción y funcionamiento familiar (como variables independientes) y quejas psicológicas (como dependientes) realizaron un análisis de regresión múltiple. Los resultados revelaron que la Interacción familiar, resultaba ser el predictor de más trastornos, pues se

relacionaba de forma muy intensa con «quejas psicósomáticas», explicando hasta 71.12% de las mismas. También, aunque con menor intensidad, el factor Interacción Familiar predecía agresividad y tres factores relativos a quejas psicósomáticas, como son Retardo Psicomotor, Síntomas Cardiopulmonares y Síntomas de Dolor (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, 1997).

Recapitulando los hallazgos del presente apartado, al parecer una serie de experiencias estresantes durante la niñez están vinculadas al desarrollo de diversas enfermedades físicas. Una infancia con presencia de eventos como maltrato, abuso de poder, consumo de sustancias, violencia entre los padres, relaciones frías y poco responsivas a las necesidades emocionales, hacen que la salud corporal a largo plazo se deteriore dada la alteración fisiológica que se produce, lo cual facilita el desarrollo de diversos trastornos. Y por si fuera poco, este tipo de personas presenta dificultades para hacerse llegar ayuda, lo cual puede agravar aún más los padecimientos.

Existen pocas investigaciones donde se aborde la problemática de las cefaleas relacionada directamente con pautas de interacción parental negativa o eventos estresantes. Por ejemplo, se observó que las cefaleas forman parte de análisis de grupos de enfermedades o como síntomas presentes en otras dolencias, sin hacer ninguna distinción para aclarar el tipo de cefalea que está presente con mayor frecuencia en la muestra estudiada (Walker et al., 1999), o el tipo de ambiente familiar que se presentó en la infancia de este tipo de pacientes (Aromma, Sillanpää, Rautva y Helenius, 2000).

Así, en virtud de su incidencia y del impacto negativo que tienen las cefaleas primarias sobre el funcionamiento del individuo en diversos órdenes como son el trabajo, la productividad y las relaciones familiares, el presente trabajo tuvo como propósito explorar el posible peso de las prácticas parentales en el desarrollo y mantenimiento de las cefaleas primarias. Más específicamente se examinan aquellas formas que se pueden identificar como «conductas negativas» en la historia de interacción parental, a fin de sugerir el desarrollo de programas preventivos que minimicen los efectos adversos de este tipo de conductas.

IV. Método

Participantes

Participó un total de 139 personas de los cuales 103 eran pacientes con diagnóstico confirmado por neurólogo, divididos en tres grupos de acuerdo al diagnóstico: a) Cefalea Tensional, b) Cefalea Tensional Crónica Diaria y c) Migraña. Los 36 participantes restantes conformaron el grupo “sin diagnóstico”, (la mayoría acompañantes de los pacientes). Se les incluía en la recolección de datos si respondían “No” o “una sola vez” a la pregunta: “En los últimos tres meses, ¿ha tenido usted dolor de cabeza?”.

Del grupo de pacientes con Cefalea Tensional, 30 fueron mujeres y 6 hombres, con edades entre los 16 y 70 años con promedio de 44.31 años. El estado civil predominante fue el de Casado (63.9%) y la ocupación Ama de Casa (61.1%). El grupo de Cefalea Tensional Crónica se conformó con 30 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre los 14 y 70 años, con promedio de 46.23 años. También aquí predominó el estado civil de casada (58.1%) y la ocupación de ama de casa (64.5%). En el grupo de pacientes con Migraña, participaron 30 mujeres y 6 hombres, con edades comprendidas entre los 16 y 68 años y un promedio de 43.61 años. La mitad de los participantes (50%) tenían como ocupación ama de casa y el estado civil más frecuente fue el de casado (52.8%). Finalmente, en el grupo de pacientes sanos o sin diagnóstico de cefalea, 30 fueron mujeres y 6 hombres, con edades comprendidas entre los 19 y 73 años y promedio de edad de 44.22 años. Predomino el estado civil de casado (47.2%) y la ocupación de ama de casa (33.3%). Para más detalles de los participantes, véase la tabla 4.1

Tabla 4.1. Características socio-demográficas de los participantes.

Grupo N=139	Genero	Edad	Ocupación	Estado Civil
Tensional	H=6	16-70 años	Ama de Casa = 22	Casado = 23 (63.9%)
	M=30	X=44.31	(61.1%)	Soltero = 8 (22.2%)
		DE=13.154	Empleado = 7 (19.4%)	Divorciado = 1 (2.8%)
			Auto-Empleo = 3 (8.3%)	Viudo = 2 (5.6%)
			Estudiante = 2 (5.6%)	Unión Libre = 2 (5.6%)
			Retirado = 1 (2.8%)	
			Otros = 1 (2.8%)	
Tensional Crónico	H=1	14-70 años	Ama de Casa= 20 (64.5%)	Casado =18 (58.1%)
	M=30	X=46.23	Empleado=4 (12.9%)	Soltero = 6 (19.4%)
		DE=14.132	Profesionista=1 (3.2%)	Divorciado = 3 (9.7%)
			Auto-Empleo=2 (6.5%)	Viudo = 2 (6.5%)
			Estudiante=3 (9.7%)	Unión Libre = 2 (6.5%)
			Retirado=1 (3.2%)	
Migraña	H=6	16-68 años	Ama de Casa = 18 (50%)	Casado = 19 (52.8%)
	M=30	X= 43.61	Empleado = 8 (22.2%)	Soltero = 6 (16.7%)
		DE=	Profesionista = 1 (2.8%)	Divorciado = 5 (13.9%)
		12.034	Auto-Empleo = 5 (13.9%)	Viudo = 0
			Estudiante = 2 (5.6%)	Unión Libre = 6
			Retirado = 1 (2.8%)	(16.7%)
Sanos	H=6	19-73 años	Ama de Casa = 12	Casado = 17 (47.2%)
	M=30	X=44.22	(33.3%)	Soltero = 12 (33.3%)
		DE=13.010	Empleado = 11 (30.6%)	Divorciado = 4
			Profesionista = 3 (8.3%)	(11.1%)
			Auto-Empleo = 6 (16.7%)	Viudo = 1 (2.8%)
			Estudiante = 3 (8.3%)	Unión Libre = 2 (5.6%)
			Otros = 1 (2.8%)	

Medición

Para diferenciar entre los grupos de pacientes con cefalea se empleó el Cuestionario auto-aplicable de Dolor de Cabeza ($\alpha = 0.76$) que consta de 11 reactivos de opción múltiple correspondientes a los criterios diagnósticos de la ICHD (Velázquez-Jurado, 2008).

Para evaluar los estilos parentales, se emplearon dos instrumentos: Subsección de «Interacción Parental» del *Inventario de Salud, Estilos de vida y Comportamiento (SEVIC)* (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1993). Este instrumento en su versión original busca explorar e identificar la posible interacción entre una o más variables asociadas con el desarrollo familiar y social, así como la detección de uno o más signos de desadaptación psicológica. También explora patrones de deterioro y se diseñó para recolectar datos referentes a la interacción entre padres e hijos. Se seleccionaron 44 reactivos que conforman esta subsección, enfocados a explorar las prácticas parentales de los participantes.

Con esta subsección del SEVIC se realizó un análisis para determinar su estructura factorial y proceder a la comparación entre los grupos de participantes, además de verificar la selección de reactivos. Se encontraron siete factores que explican el 61.4% de la varianza y se denominaron como sigue:

«*Relación con la Madre*», con ocho reactivos que exploran la relación entre el participante y su madre (ejemplos: “Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre me apoyaba o me reconfortaba”, “Mi madre me mostraba su afecto o cariño”, “Yo tenía confianza con mi madre como para platicarle algo muy íntimo acerca de mi”)

«*Relación con el Padre*» con siete reactivos que exploran la relación entre el participante y su padre (ejemplos: “Mi padre me mostraba su afecto o cariño”, “Mi padre y yo platicábamos como buenos amigos”, “En general

la forma como me llevaba con mi padre era...). Todos los reactivos de interacción con los padres incluían versión para el padre y para la madre.

«*Violencia en la Familia*» con cinco reactivos. Este factor contiene preguntas sobre eventos experimentados o presenciados durante la niñez del participante, vinculados a peleas y agresiones entre los padres (ejemplos: “Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí o de mis hermanos”, “Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (golpes)”, “Mis padres se peleaban discutiendo o gritando”)

«*Padre Hostil*» con tres reactivos. Mide formas poco afectuosas que tiene el padre en la interacción con el participante (“Cuando mi padre me mandaba a hacer algo me lo decía de modo duro u ofensivo”, “Mi padre me decía cosas que querían decir que yo era “tonto” o inútil o me comparaba negativamente con otros”, “Cuando mi padre me castigaba, usaba castigo físico -me pegaba-”).

«*Madre hostil*» con cuatro reactivos; En este factor se encuentran preguntas sobre el trato agresivo de parte de la madre hacia el participante o paciente (“Mi madre decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto” o “inútil” o me comparaba negativamente con otros”, “Cuando mi madre me castigaba, usaba castigo físico -me pegaba-”, “Cuando mi madre o tutora me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo”).

«*Rigidez en las prácticas parentales*» con cuatro reactivos. Contiene preguntas relacionadas con la percepción del cumplimiento de normas y exigencias (“Cuando mi madre me castigaba, yo sí me lo merecía”, “En casa criticaban a mis amigos”, “Si me iba mal en mis calificaciones tenía problemas en casa”).

«*Angustia*», con cinco reactivos. Explora diversas situaciones que pudieron acontecer durante la niñez o adolescencia temprana y que hubieran provocado malestar o estrés (“Durante mi niñez o adolescencia temprana tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho”, “De chico yo me enfermaba”, “Mis padres me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre”).

Se realizó un análisis de confiabilidad (consistencia interna) con todos los reactivos obteniéndose un valor α de 0.684; y con cada uno de los factores, con diversos resultados. Para más detalles sobre la carga factorial de cada reactivo así como el valor alfa de cada factor, véase la tabla 4.2.

Tabla 4.2. Estructura Factorial del SEVIC

Factor	α	Reactivos	Carga Factorial
Relación con la madre	.892	37. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil, mi madre me apoyaba o me reconfortaba.	.847
		35. Yo tenía confianza con mi madre como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí	.844
		29. Cuando yo era chico (como de 5 a 14 años)mi madre mostraba interés en mis opiniones.	.837
		36. Mi madre (o tutora) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño.	.782
		30. Mi madre (o tutor) y yo platicamos como buenos amigos(as)	.759
		28. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era)	.591
		41. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían.	.558
		12. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:	.453
Relación con el padre	.883	25. Mi padre (o tutor) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño	.829
		19. Mi padre (o tutor) y yo platicamos como buenos amigos.	.812

18. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre o (tutor) mostraba interés en mis opiniones. .785

26. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba .761

17. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era) .761

24. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí .726

43. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro .607

Violencia en la Familia .855

46. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos (as) .804

45. Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc.) .764

44. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando .724

47. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse. .701

16. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol o usaba drogas .656

Hostilidad del padre	.783	23. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a ser algo, me lo decía de modo duro u ofensivo	.753
		21. Mi padre (o tutor) decían cosas de mi que querían decir que yo era “tonto(a) o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as)	.749
		20. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba usaba castigo físico (me pegaba)	.740
Hostilidad de la madre	.733	32. Mi madre (o tutora) decía cosas de mi que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil” o me comparaba negativamente con otros(as)	.723
		31. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba)	.645
		34. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo	.611
		53. Cuando era chico(a), alguien abuso sexualmente de mi (cualquier incursión sexual)	.547
Rigidez en las practicas parentales	.593	33. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba yo si me lo merecía	.738
		22. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba yo si me lo merecía	.675
		38. En casa criticaban a mis amigos(as)	.542
		42. Cuando me iba mal en mis calificaciones, tenía problemas en casa	.539
Angustia	.426	50. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho	.570

52. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable.	.515
40. De chico(a) yo me enfermaba	.505
39. Mis padres(o tutores) me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre	.428
27. Mi madre tomaba alcohol o usaba drogas	.421

El Parental Authority Questionnaire (PAQ) (“*Cuestionario de Autoridad Parental*”), traducido y adaptado para México por el equipo de Varela y colaboradores (2004). Basado en la propuesta teórica de Baumrind, se compone de 30 reactivos que miden los estilos parentales (Buri, 1991): a) Autoritario (hace énfasis en la obediencia ciega de los niños, y hace cumplir las normas a través de la afirmación de poder); b) Autoritativo o democrático (muestra claramente lo que los niños pueden esperar y hace un mayor uso del razonamiento para lograr la adhesión a las normas) y c) Permisivo (no directivo, con pocas demandas y reglas a seguir para los niños). Un análisis factorial confirmatorio con las respuestas obtenidas a este instrumento con tres grupos de participantes arrojó una consistencia interna de entre .81 y .89 para la escala de Estilo Autoritario, y de entre .90 y .93 para la escala de Estilo Autoritativo, indicando un alto grado de validez entre la prueba original y su adaptación, al menos para estas dos escalas. La escala del estilo permisivo mostró pobre consistencia interna y poca carga en el valor de los reactivos dentro de este constructo. (Varela et al., 2004)

Se utilizaron también dos instrumentos para evaluar también aspectos emocionales frecuentemente asociados al padecimiento de diversos tipos de dolor y que pueden ser un indicador para diferenciar entre el estado de salud de los diversos grupos:

Inventario de Depresión de Beck (BDI), instrumento diseñado para evaluar la intensidad de síntomas depresivos, constituido por 21 preguntas, cada una de los cuales tiene cuatro afirmaciones que describen el espectro de gravedad de la categoría sintomática y conductual evaluada, más un reactivo dicotómico (sí o no) que mide anorexia. La primera opción de respuesta tiene un valor de 0 (cero), que indica ausencia del síntoma, la siguiente de 1 punto, la tercera de 2 puntos y la cuarta de 3 puntos para el máximo grado de gravedad del síntoma. El instrumento original y su versión en castellano han mostrado confiabilidad y validez aceptables para su empleo en la práctica clínica e investigación (consistencia interna: $\alpha = 0.87$, $p < .001$; validez: $r = 0.70$, $p < .001$) (Jurado et al., 1998).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), instrumento autoaplicable diseñado para evaluar síntomas comunes de ansiedad presentes en un individuo. Consta de 21 reactivos de opción múltiple, que evalúan la gravedad de categorías que normalmente se incluyen para el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. Las opciones de respuesta hacen referencia a la evaluación de la intensidad o gravedad de síntomas mediante una escala de cero a tres puntos, donde cero indica ausencia del síntoma y 3 su intensidad máxima. El estudio sobre sus propiedades psicométricas indican que se trata de una medida con alta consistencia interna ($\alpha = .83$, $p < .001$) y validez de constructo, así como una estructura factorial similar a la empleada en la versión original (Robles, Varela, Jurado, & Paéz, 2001).

Procedimiento

Se acudió a la Clínica de Cefalea en la sección de Consulta Externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez”, así como al servicio de Neurología del Hospital Obregón, ambos en la Ciudad de México, para solicitar acceso a pacientes diagnosticados con alguna de las tres cefaleas primarias que se estudian en el presente

trabajo: tensional, crónica diaria y migraña. Previo acuerdo con el neurólogo jefe del servicio el psicólogo estaba presente durante la consulta regular. Al terminar, el médico presentaba al psicólogo con los pacientes y les mencionaba el propósito de su presencia en el consultorio: invitarlos a participar en un estudio sobre algunos aspectos del dolor de cabeza.

Cada individuo que accedía pasaba a la sala de espera donde el psicólogo daba una explicación más detallada del motivo de investigación, que consistía en estudiar: 1) Cómo era la experiencia de su dolor de cabeza: frecuencia, intensidad, duración, síntomas colaterales (nausea, vómito) factores desencadenantes (luz, sonido) y algunas formas en las que afecta su vida cotidiana; 2) la relación que mantuvo con sus padres en la niñez y la adolescencia temprana (aproximadamente de los 6 a los 15 años de edad) y algunos otros eventos que pudieron suceder en este periodo de la vida; mediante una serie de cuestionarios.

En seguida, se les explicaba que la colaboración era voluntaria y que podían rehusarse a participar sin problemas o consecuencias de cualquier índole como usuarios de los servicios del Instituto. Si accedían se les proporcionaban unos formatos para que agregaran datos y formas de localización.

Finalmente, se les entregaba el cuestionario y el psicólogo les comentaba que permanecería en la misma sala de espera, por si surgía alguna duda respecto a la forma de contestar el instrumento. En caso de haberla, el psicólogo se concretaba a hacer la aclaración sobre la pregunta, cuidando no proporcionar información ni comentarios adicionales para evitar inducir sesgos en las respuestas.

Al terminar de contestar, se les preguntaba nuevamente si existía alguna duda y, si no era el caso, se les agradecía su participación y se les despedía.

V. Resultados

Con objeto de reducir o eliminar la posibilidad de que las variables sociodemográficas pudieran explicar, en su caso, las diferencias entre grupos de participantes y dado el limitado número de participantes por grupo se conformaron grupos apareados respecto a las variables de género, estado civil y ocupación. Para valorar si el apareamiento había sido correcto se aplicó la prueba ANOVA de un factor, respecto a la condición médica. El resultado señaló que, no habiendo diferencias entre ellos el apareamiento había sido adecuado.

Con la estructura factorial de la subsección de estilos parentales del SEViC se obtuvo la suma de cada participante para cada una de las variables o factores. A partir de dichas sumas y con los totales del Cuestionario de Dolor de Cabeza, los de Depresión, Ansiedad, y el PAQ, se computó un análisis de varianza (ANOVA) para determinar las diferencias entre los cuatro grupos: 1. Cefalea Tensional, 2. Cefalea Tensional Crónica, 3. Migraña, y “Sanos” (personas sin diagnóstico). La tabla 4.3 muestra los valores más altos para cada escala con su probabilidad asociada.

Tabla 4.3. Análisis de Varianza con los grupos participantes

ANOVA						
(N=139)						
Escalas	Medias				F	p
	Cefalea Tensional	Cefalea Crónica	Migraña	Sanos		
Cuestionario de dolor de Cabeza	11.58	14.90	17.14	4.5	57.79	<.001
Relación con la Madre	19.00	18.03	18.97	21.72	1.71	.167
Relación con el Padre	11.75	13.23	13.36	15.42	1.72	.165
Violencia en la Familia	5.08	4.97	3.89	3.33	1.55	.204
Padre Hostil	2.22	2.16	2.28	1.94	.090	.965
Madre Hostil	5.41	4.55	4.03	4.19	.648	.586
Rigidez en la Crianza	3.72	3.87	4.06	5.03	1.48	.223
Angustia en la Crianza	8.94	9.10	9.08	8.03	1.057	.370
Suma BDI	18.51	16.33	15.44	7.33	8.93	<.001
Suma BAI	17.17	18.30	15.29	6.97	6.91	<.001
Autoritario	33.89	33.45	31.83	30.77	1.491	.220
PAQ Permisivo	27.53	27.13	26.80	28.17	.381	.767
Autoritativo	30.03	29.65	28.63	31.00	.442	.723

Una de las medidas con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos correspondió al Cuestionario de dolor de Cabeza, con la media más alta para el grupo de pacientes con Migraña (17.14, $p < .001$) y la más baja para el grupo sanos (4.5, $p < .001$). A fin de facilitar la inspección visual de estos efectos, la siguientes figuras los incluyen en formato de barras.

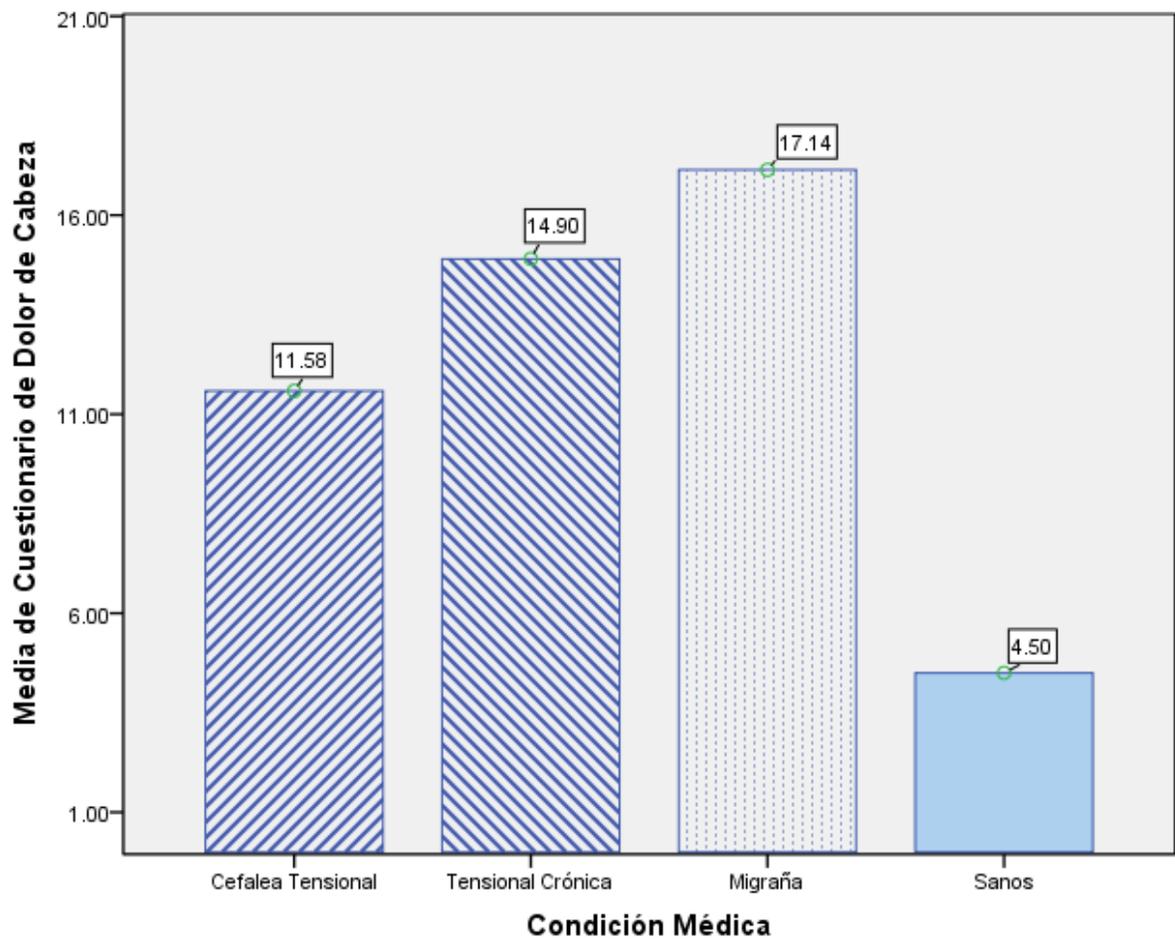


Figura 1. Medias para los grupos de Cefalea y Sanos en el Cuestionario de Dolor de cabeza

La figura 2 muestra las comparaciones con el Inventario de Depresión (BDI). El grupo de participantes de cefalea tensional arrojó la media más alta 18.51 ($p < .001$) en contraste con la más baja de los sanos: 7.33 ($p < .001$).

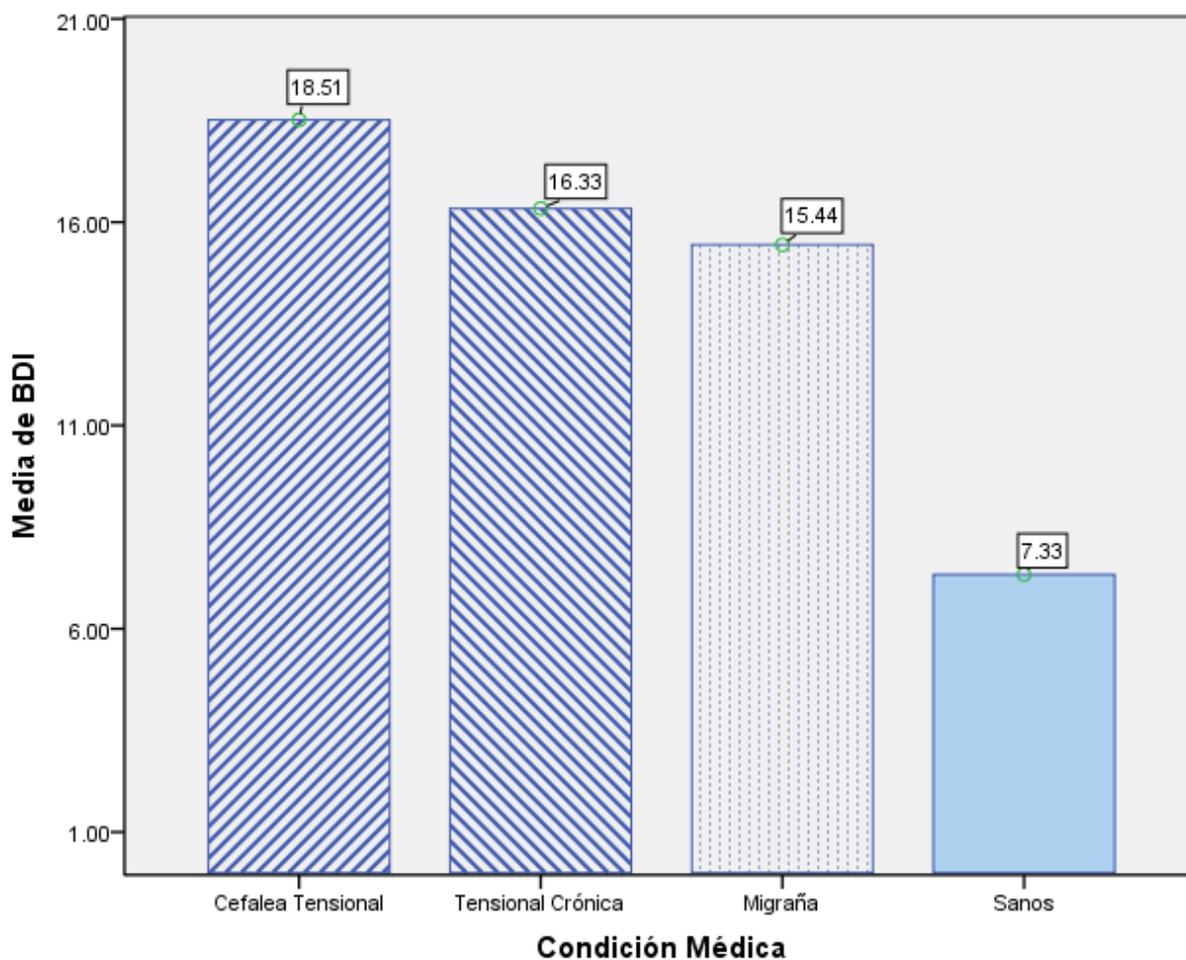


Figura 2. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

La figura 3 muestra los resultados para el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). La media más alta fue para los participantes con Cefalea Crónica con 18.30 ($p < .001$) y la más baja para los sanos con 6.97 ($p < .001$).

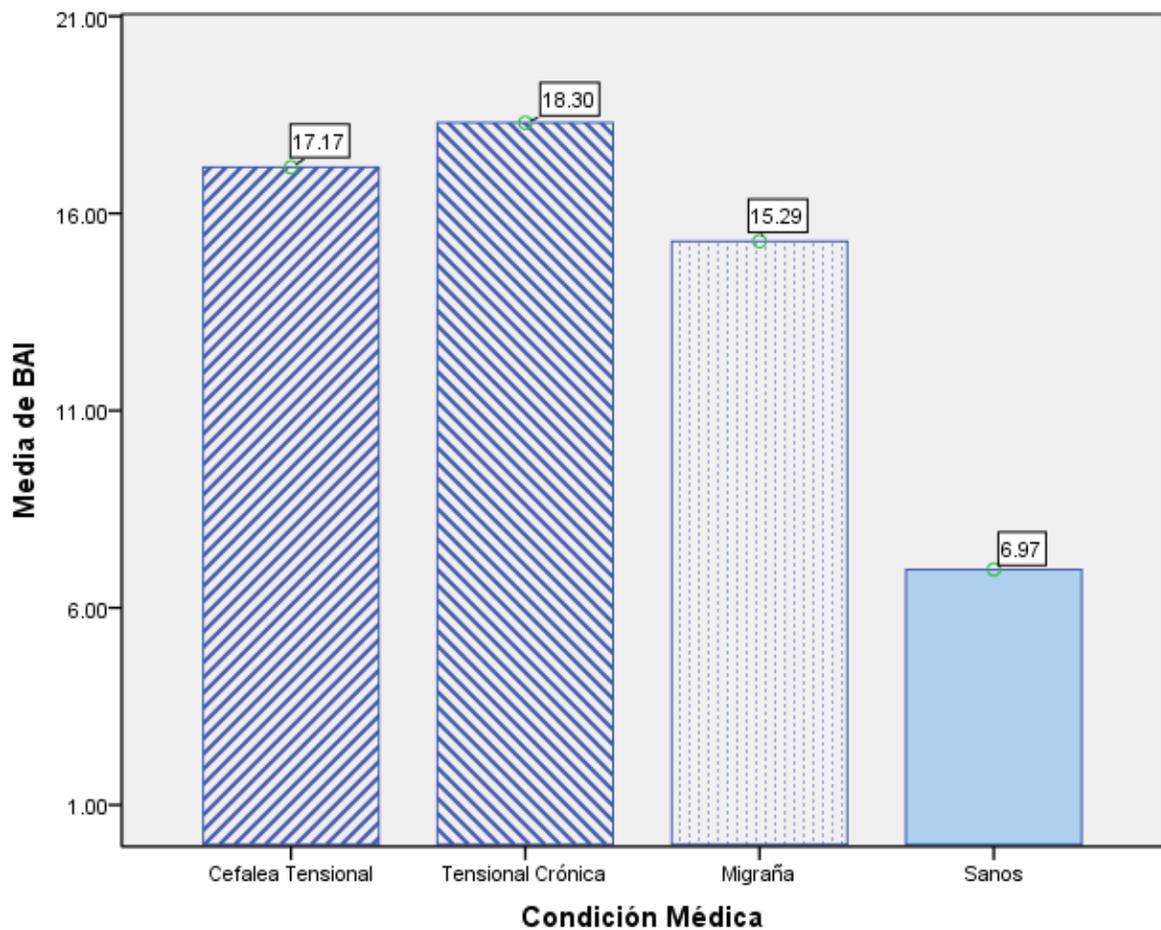


Figura 3. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Respecto de los resultados obtenidos para cada factor de prácticas parentales del SEVIC, si bien hay tendencias muy consistentes con valores más positivos para los participantes sanos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La figura 4 muestra los resultados para el factor «Relación con la madre». El grupo de sanos obtuvo la media más alta (21.72), en el sentido de una relación más estrecha y positiva con los padres, seguidos del grupo con cefalea tensional (19.0), el de migraña (18.97) y el de tensional crónica (18.3).

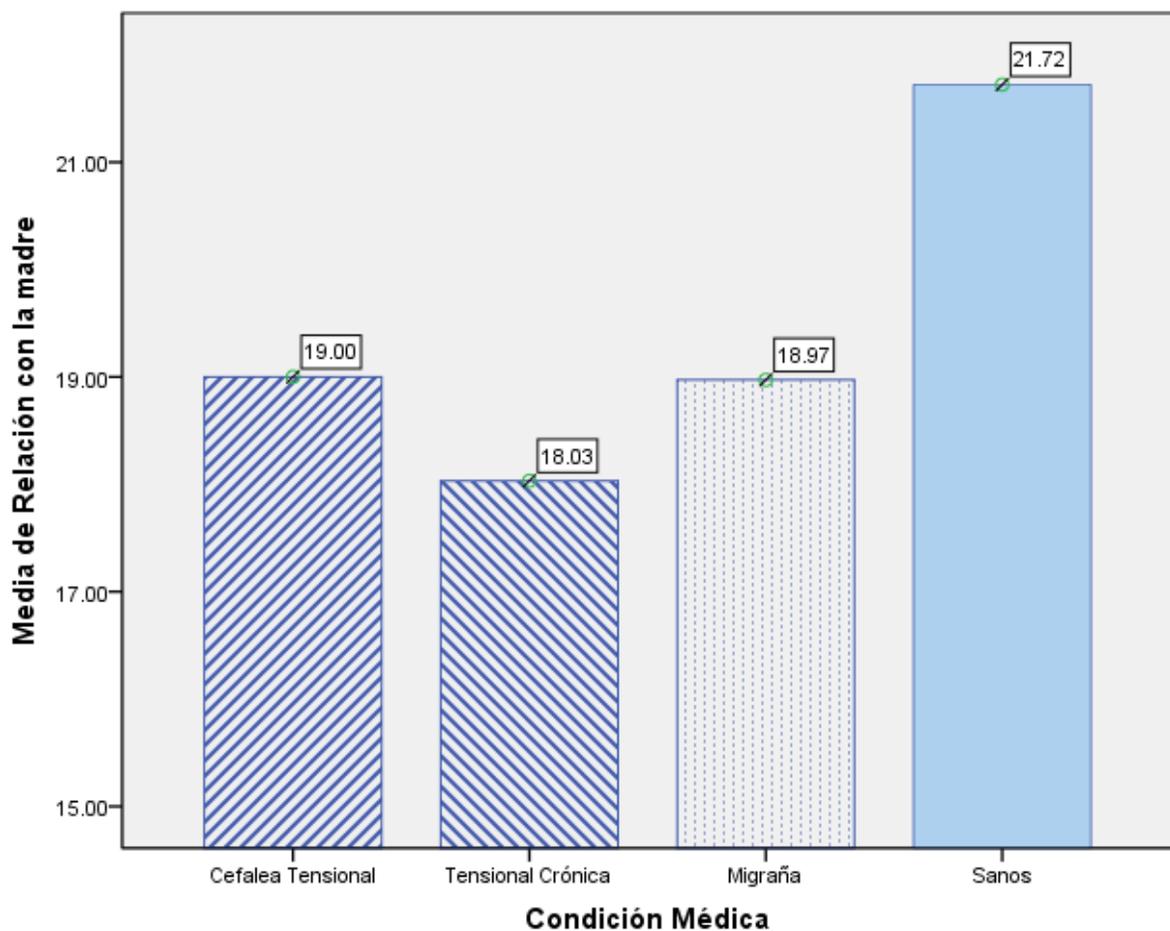


Figura 4. Valores de la media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Relación con la madre”

La figura 5 muestra el resultado para el factor «Relación con el padre», Los participantes sanos obtuvieron la media más alta (15.42) seguidos por el grupo de pacientes con migraña (13.36), el de cefalea crónica (13.23) y el de cefalea tensional (11.75). En esta escala, a mayor puntaje, mejor relación con el padre.

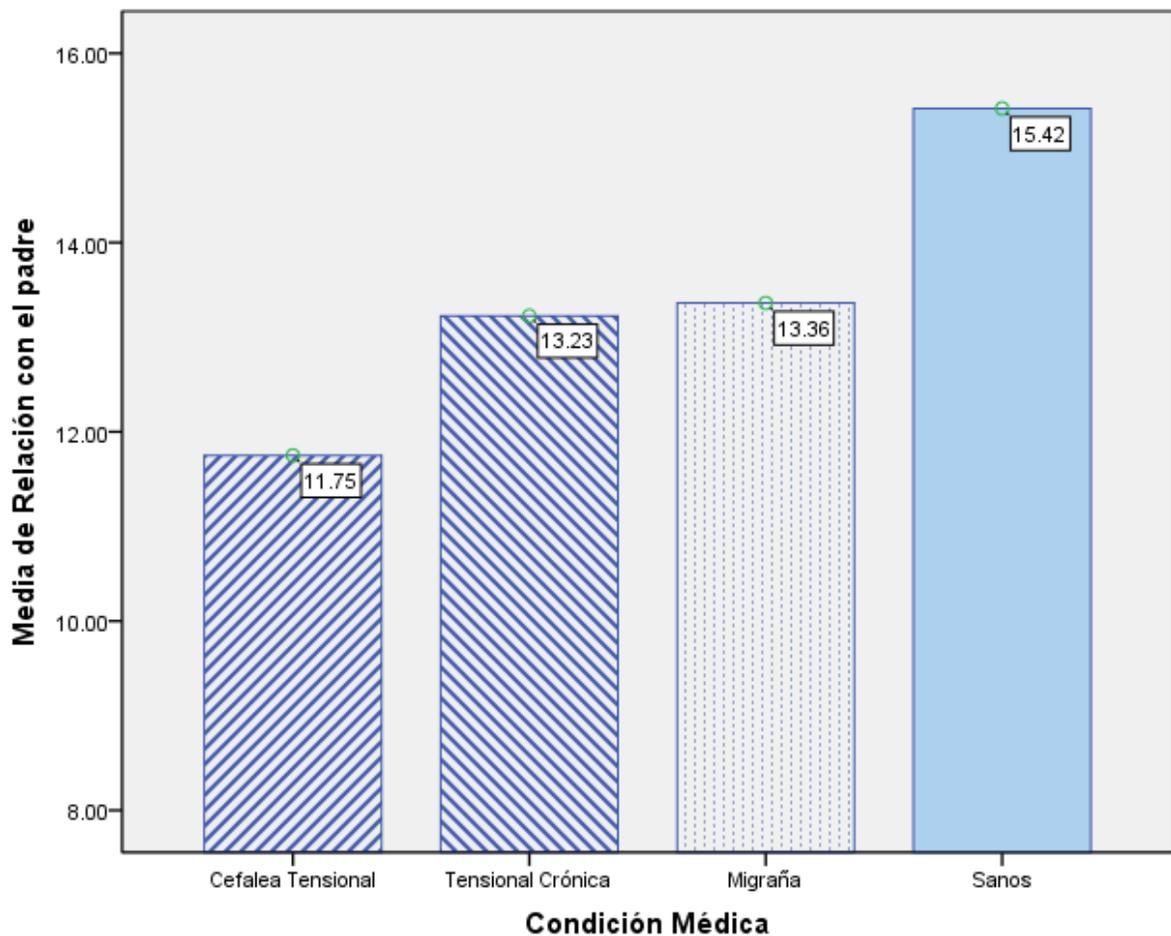


Figura 5. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Relación con el padre”

La figura 6 muestra el resultado para el factor «Rigidez Parental». El grupo de sanos obtuvo la media más alta (5.03) seguidos del grupo de pacientes con migraña (4.06), el de cefalea crónica (3.87) y cefalea tensional (3.72).

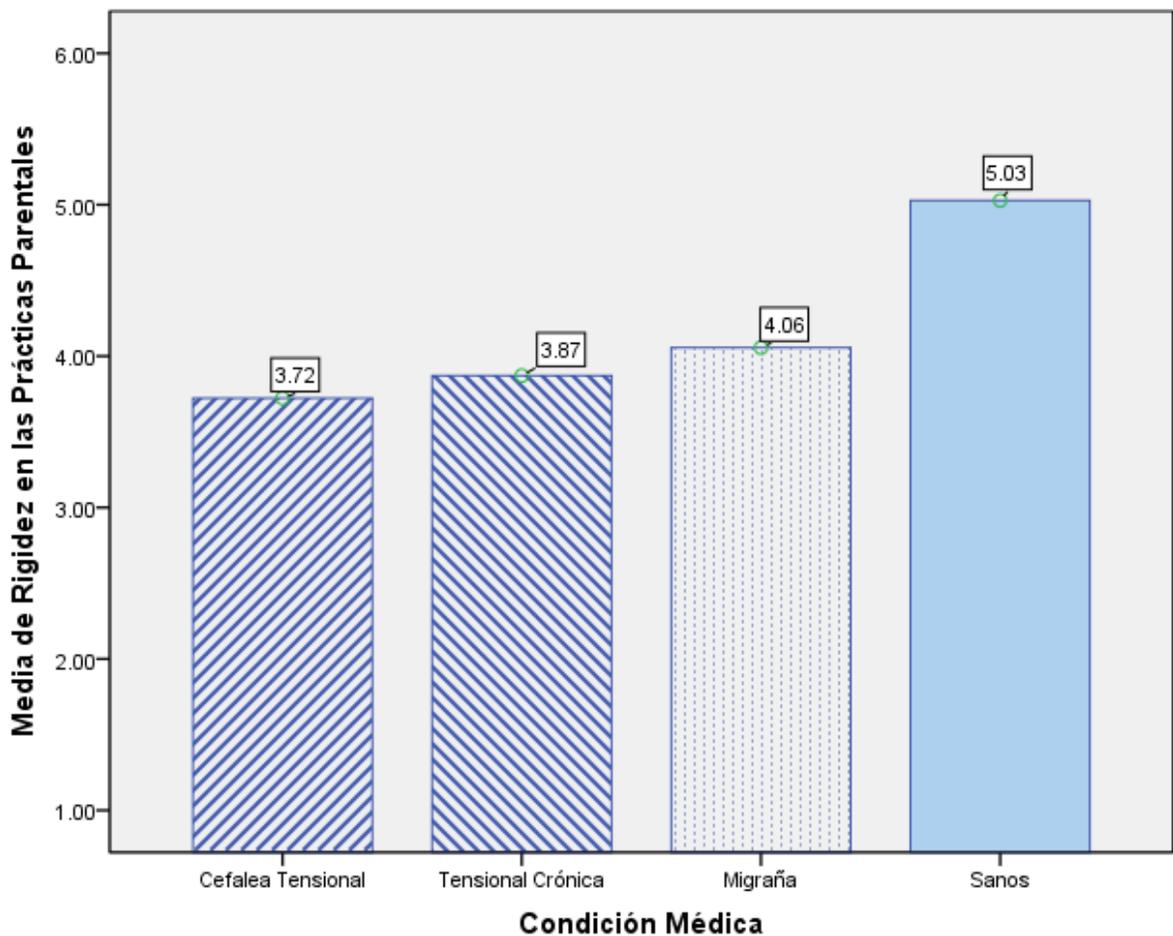


Figura 6. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Rigidez en las Practicas Parentales”

La figura 7 muestra los resultados para el Factor «Violencia en la Familia». La media más alta fue para los pacientes con cefalea tensional (5.08), seguidos por los pacientes con cefalea crónica (4.97), los de migraña (3.89) y los sanos (3.33). En esta escala, a más alto puntaje más eventos vinculados a peleas y agresiones entre los padres

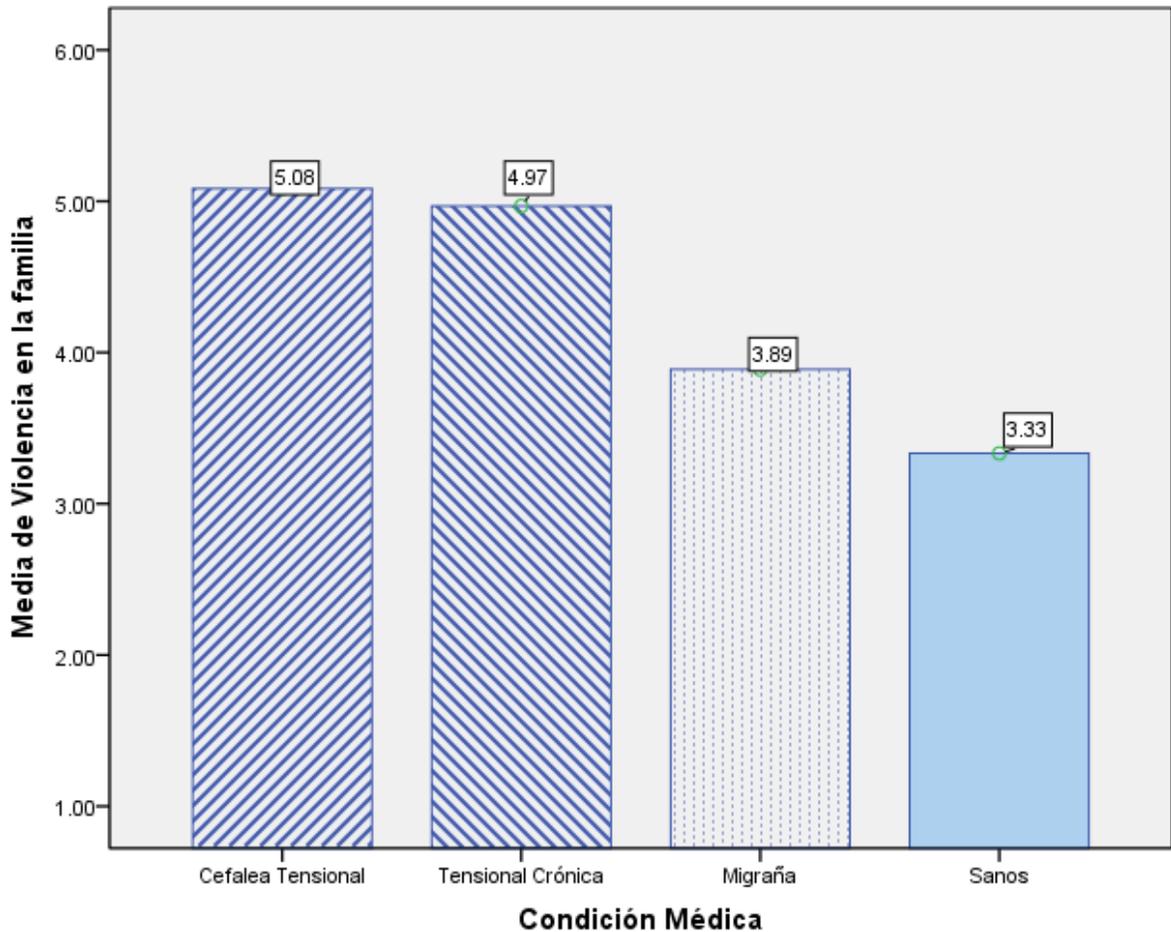


Figura 7. Valores de la media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Violencia en la Familia”

La figura 8 muestra los valores de media para el factor «Madre Hostil». La media más alta correspondió a pacientes con cefalea tensional (5.42), seguido del grupo de pacientes con cefalea tensional (4.55), el de sanos (4.19) y el de pacientes con migraña (4.03). Puntajes más altos representan mayor hostilidad materna.

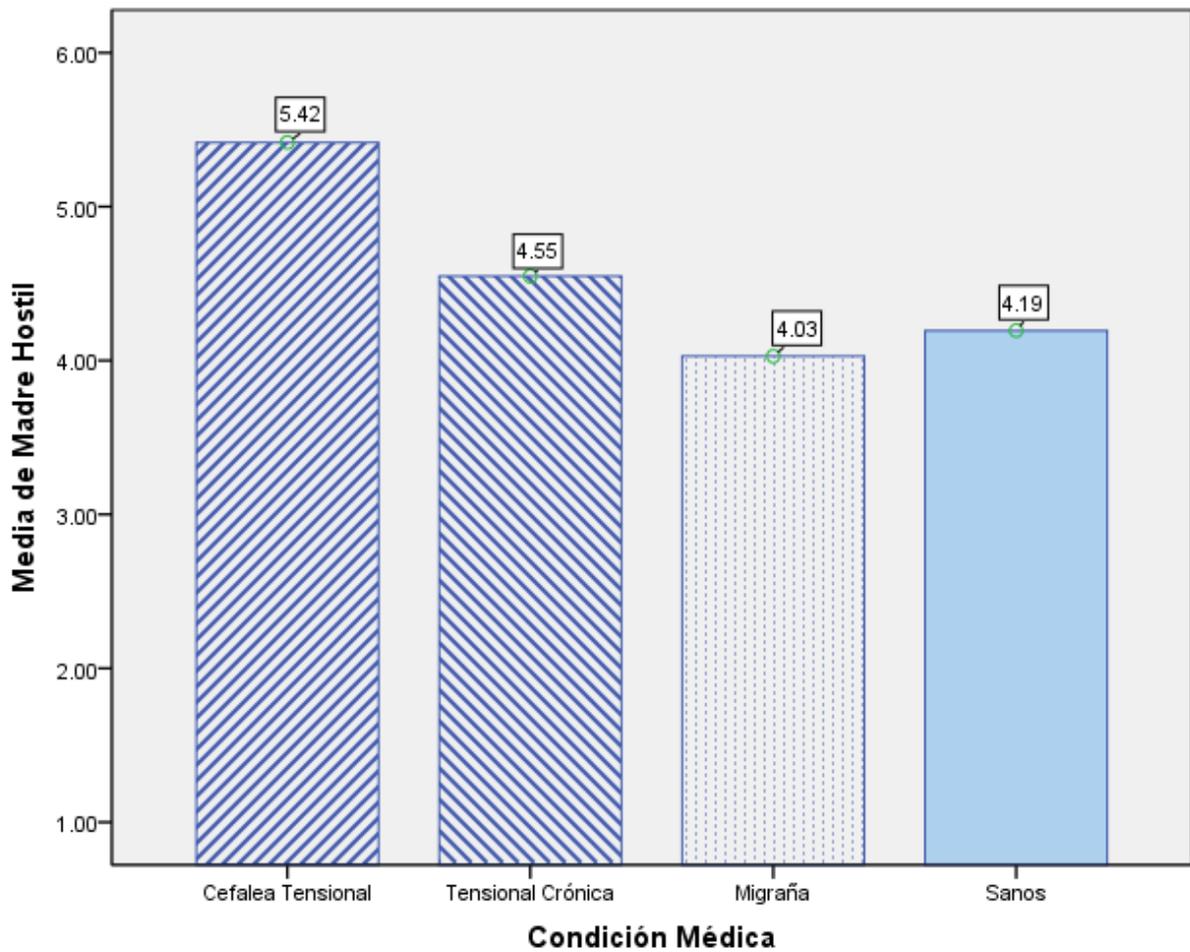


Figura 8. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Madre Hostil”

La figura 9 muestra el resultado para el factor «Angustia en las Prácticas Parentales». La media más alta fue para los pacientes con cefalea crónica (7.47), seguido por los pacientes con migraña (7.19), los de cefalea tensional (7.13) y los sanos (6.81). A más alto puntaje, más situaciones que generaron angustia.

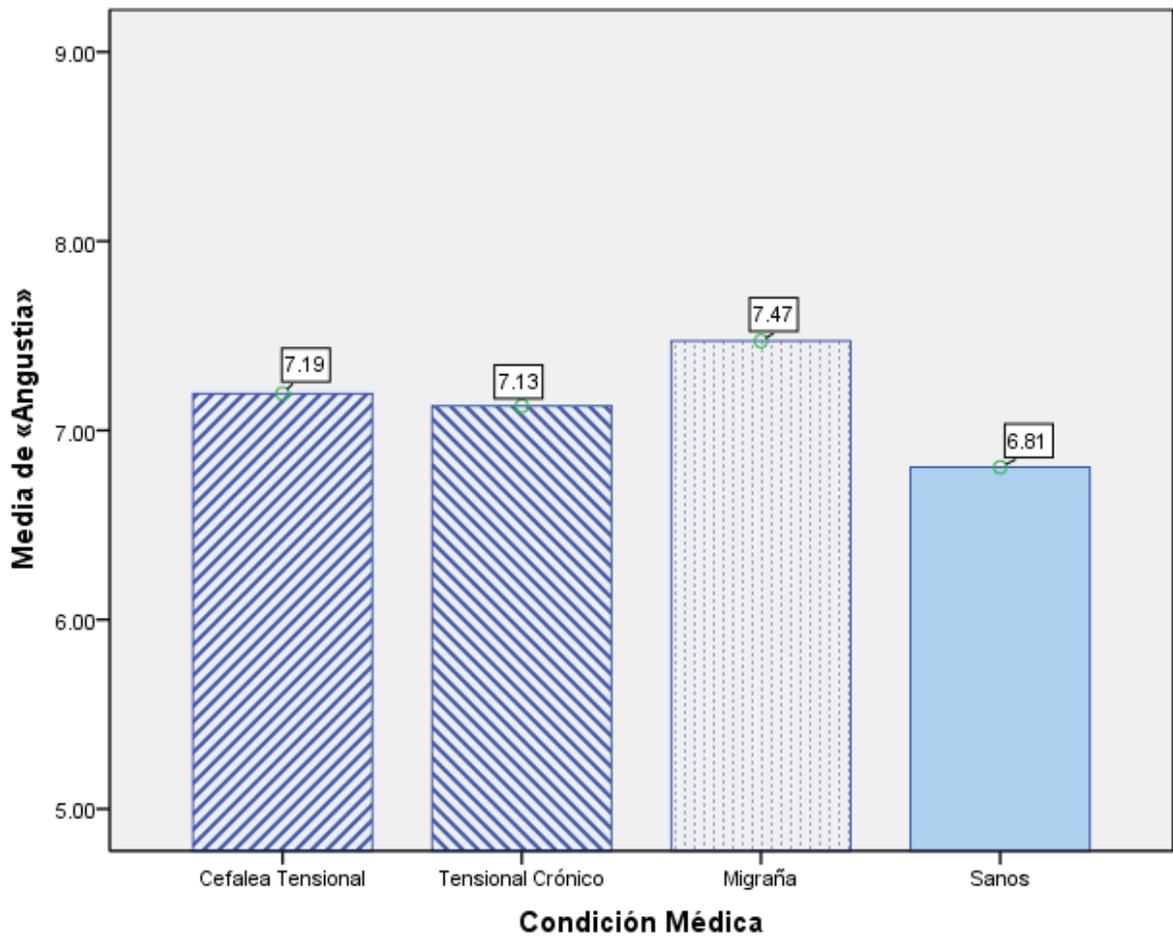


Figura 9. Valores de la media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Angustia”

La figura 10 muestra las medias para el factor «Padre Hostil». Los pacientes con migraña obtuvieron el valor más alto (2.28), seguido de los pacientes con cefalea tensional (2.22), los de cefalea crónica (2.16) y los participantes sanos (1.94).

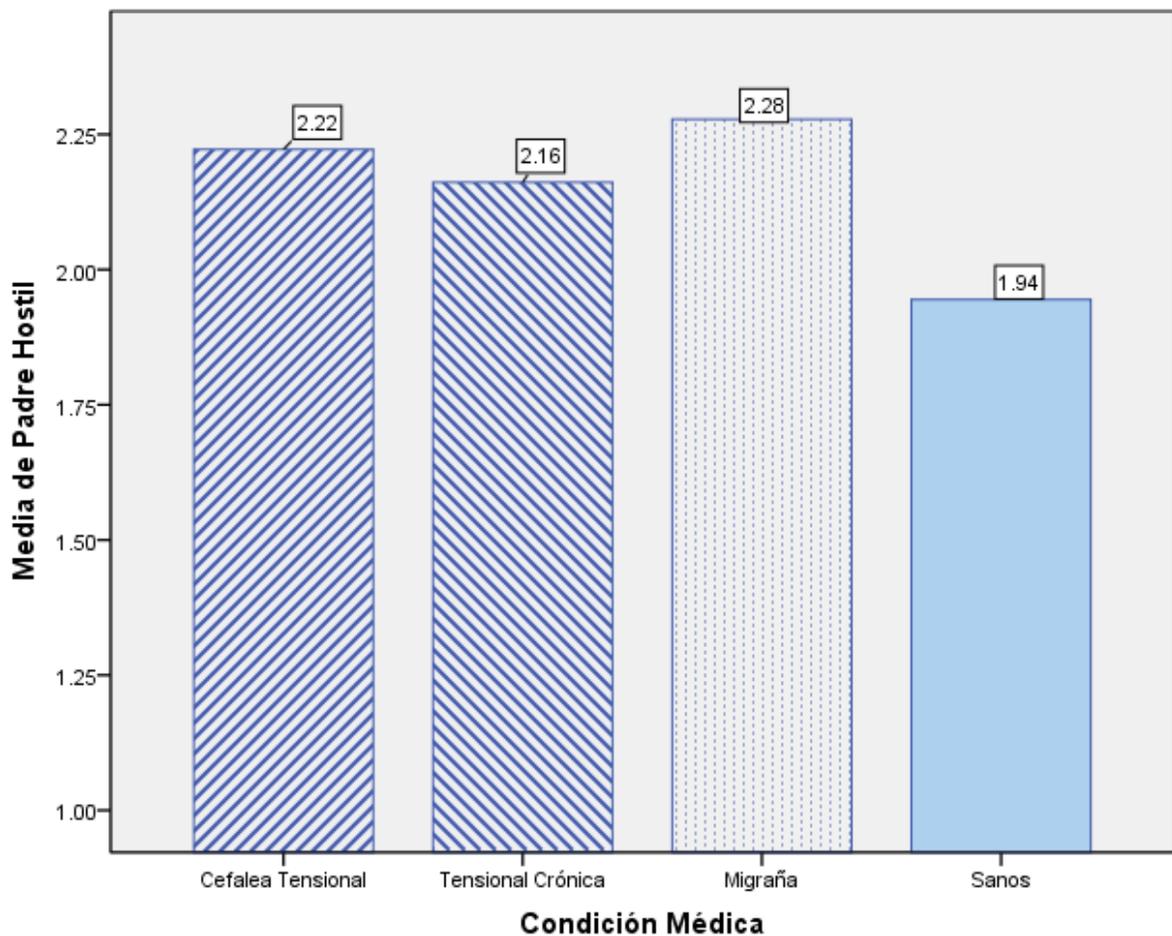


Figura 10. Valores de la media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en el Factor “Padre Hostil”

Respecto de los resultados obtenidos para el Parental Authority Questionnaire (PAQ), los pacientes con cefalea tensional puntuaron más alto en el estilo parental autoritario (33.89), seguidos de los pacientes con cefalea tensional crónica (33.45), los de migraña (31.83), y los sanos (30.77), como se muestra en la figura 11. En sentido estadístico estas diferencias no fueron significativas.

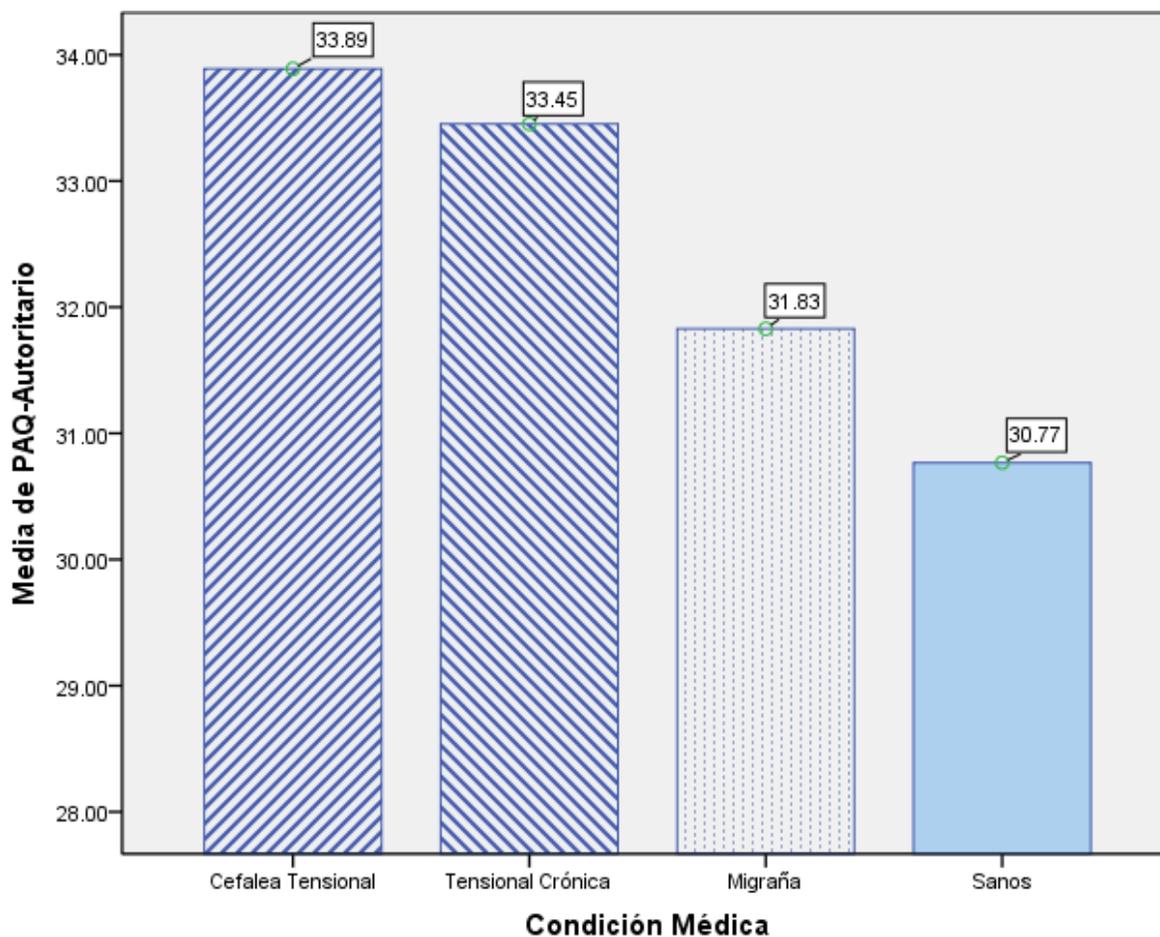


Figura 11. Medio para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en la Escala «Autoritario» del PAQ

Para la escala de «Estilo Permisivo» del PAQ (véase figura 12), los participantes sanos arrojaron la media más alta (28.17) seguidos de los pacientes con cefalea tensional (27.53), los de cefalea crónica (27.13) y los de migraña (26.80); también sin diferencias estadísticas significativas.

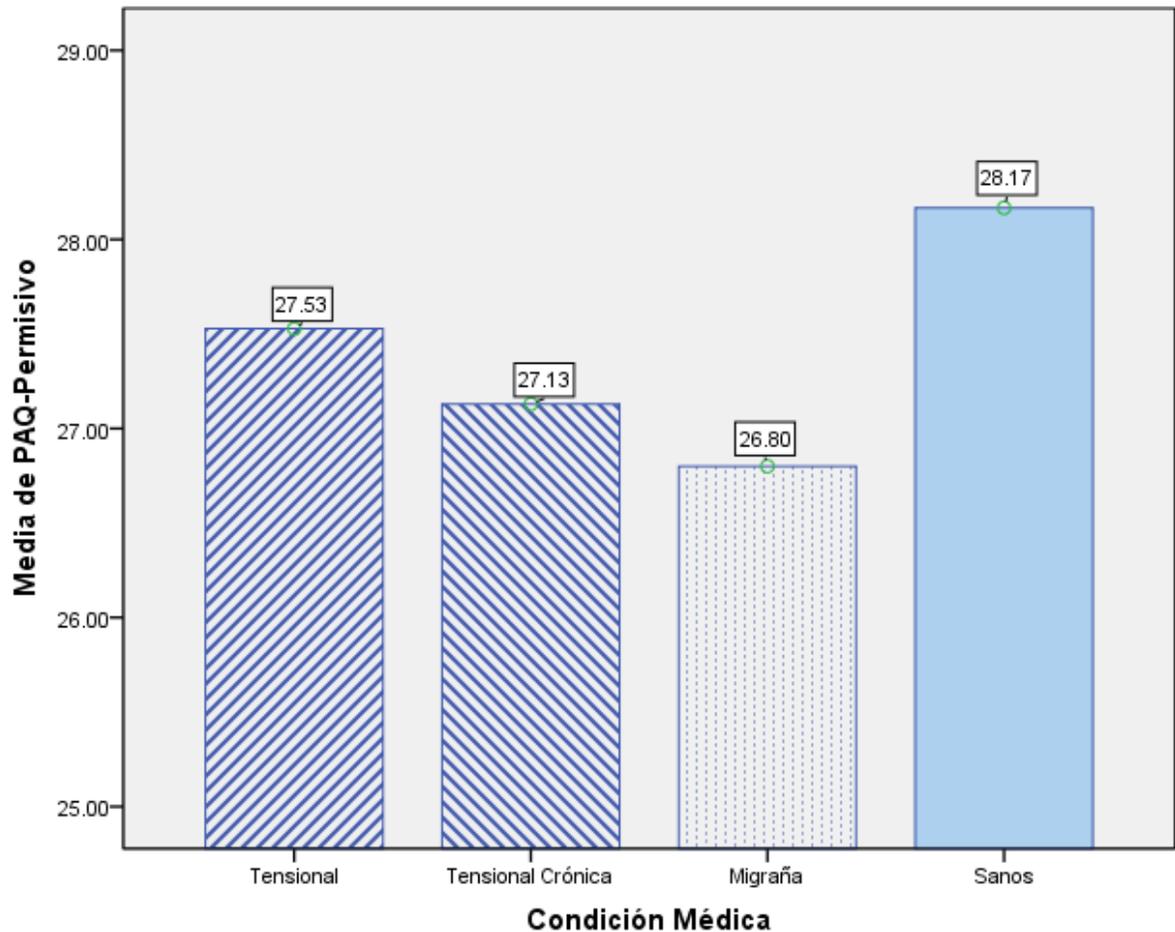


Figura 12. Media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en la Escala «Permisivo» del PAQ

Para la escala «Estilo Autoritativo» (véase figura 13) los participantes sanos obtuvieron la media más alta (31.00), seguidos de los pacientes con cefalea tensional (30.03), los de cefalea tensional crónica (29.65) y los de migraña (28.63).

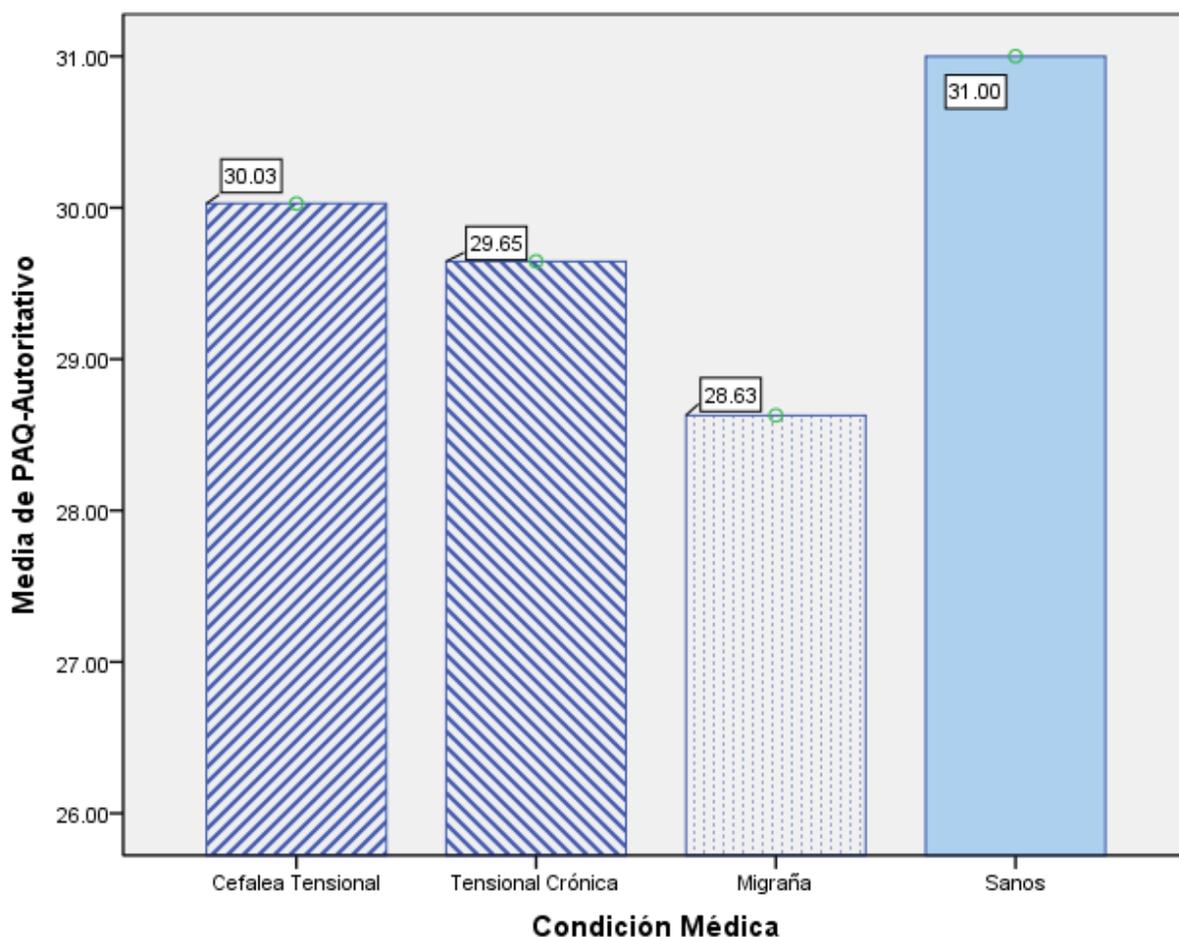


Figura 13. Valores de la media para los grupos de Cefalea (Tensional, Tensional Crónica, Migraña) y Sanos en la Escala «Autoritativo» del PAQ

Para determinar qué grupos acusaban diferencias estadísticamente significativas para cada variable y en virtud de que el Estadístico de Levene (véase tabla 4.4) había indicado que las varianzas no eran iguales, se realizó un análisis Post-Hoc, utilizando la prueba de Games-Howell.

Tabla 4.4. Prueba de Homogeneidad de varianzas para los grupos contrastados

Estadístico de Levene	gl1	gl2	P
5.299	3	135	.002

El cuestionario de dolor de cabeza distinguió claramente entre los pacientes con algún tipo de cefalea y los sanos ($p < .001$), excepto para la comparación de pacientes con Migraña y Cefalea Tensional Crónica, que tuvieron medias muy similares ($p = .186$).

Tabla 4.5. Resultados de la prueba Post-Hoc para diferencias entre los grupos

Prueba de Games-Howell ($p \leq .05$)

Escala-Factor	Grupos Contrastados	p
Cuestionario de dolor de Cabeza	Tensional – Tensional Crónica	.049
	Tensional – Migraña	<.001
	Tensional – Sanos	<.001
	Tensional Crónica – Migraña	.186
	Tensional Crónica – Sanos	<.001
	Migraña - Sanos	<.001

Los Inventarios de Depresión y Ansiedad revelaron diferencias significativas entre las medias de los sanos y las de los grupos con cualquier tipo de Cefalea, pero no así entre los grupos con diagnóstico. Los pacientes con cualquier tipo de dolor de cabeza tienden a mostrar más sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los sanos, como muestra la tabla 4.6.

Tabla 4.6. Resultados Post-Hoc entre los grupos en sintomatología ansiosa y depresiva.

Prueba de Games-Howell ($p \leq .05$)		
Escala-Factor	Grupos Contrastados	p
Suma BDI	Tensional – Tensional Crónica	.869
	Tensional – Migraña	.628
	Tensional – Sanos	<.001
	Tensional Crónica – Migraña	.985
	Tensional Crónica – Sanos	.001
	Migraña - Sanos	<.001
Suma BAI	Tensional – Tensional Crónica	.987
	Tensional – Migraña	.905
	Tensional – Sanos	<.001
	Tensional Crónica – Migraña	.797
	Tensional Crónica – Sanos	.002
	Migraña - Sanos	.004

Los resultados de los factores de «Interacción Parental» del SEViC, mostraron valores menores de p en algunas variables por grupo. Por ejemplo, en el Factor de «Relación con la Madre», estos valores menores de p se presentan al comparar el grupo de sanos con alguna de las condiciones de dolor de cabeza (tensional, tensional crónica o migraña). En sentido estadístico, las diferencias no fueron significativas como muestra la tabla 4.7.

Tabla 4.7. Resultados Post-Hoc para diferencias entre grupos por factor de “Interacción Parental”

Prueba de Games-Howell ($p \leq .05$)		
Escala-Factor	Grupos Contrastados	p
Relación con la Madre	Tensional – Tensional Crónica	.955
	Tensional – Migraña	1.000
	Tensional – Sanos	.363
	Tensional Crónica – Migraña	.953
	Tensional Crónica – Sanos	.161
	Migraña - Sanos	.307
Relación con el Padre	Tensional – Tensional Crónica	.842
	Tensional – Migraña	.757
	Tensional – Sanos	.125
	Tensional Crónica – Migraña	1.000
	Tensional Crónica – Sanos	.570
	Migraña - Sanos	.536
Violencia en la Familia	Tensional – Tensional Crónica	.999
	Tensional – Migraña	.642
	Tensional – Sanos	.197
	Tensional Crónica – Migraña	.740
	Tensional Crónica – Sanos	.304
	Migraña - Sanos	.933

Tabla 4.7 (cont)		
Padre Hostil	Tensional – Tensional Crónica	1.00
	Tensional – Migraña	1.00
	Tensional – Sanos	.969
	Tensional Crónica – Migraña	.999
	Tensional Crónica – Sanos	.992
	Migraña - Sanos	.960
Madre Hostil	Tensional – Tensional Crónica	.891
	Tensional – Migraña	.616
	Tensional – Sanos	.672
	Tensional Crónica – Migraña	.968
	Tensional Crónica – Sanos	.988
	Migraña - Sanos	.998
Rigidez en la Crianza	Tensional – Tensional Crónica	.996
	Tensional – Migraña	.943
	Tensional – Sanos	.272
	Tensional Crónica – Migraña	.993
	Tensional Crónica – Sanos	.456
	Migraña - Sanos	.521
Angustia en la Crianza	Tensional – Tensional Crónica	.999
	Tensional – Migraña	.928
	Tensional – Sanos	.816
	Tensional Crónica – Migraña	.836
	Tensional Crónica – Sanos	.848
	Migraña - Sanos	.296

El cuestionario «Parental Authority Questionnaire» (PAQ) no arrojó diferencias significativas en las comparaciones entre grupos, como muestra la tabla 4.8.

Tabla 4.8. Resultados Post-Hoc para diferencias entre grupos (PAQ).

Prueba de Games-Howell ($p \leq .05$)		
Escala-Factor	Grupos Contrastados	p
PAQ - Autoritario	Tensional – Tensional Crónica	.994
	Tensional – Migraña	.611
	Tensional – Sanos	.217
	Tensional Crónica – Migraña	.774
	Tensional Crónica – Sanos	.355
	Migraña - Sanos	.909
PAQ - Autoritativo	Tensional – Tensional Crónica	.998
	Tensional – Migraña	.905
	Tensional – Sanos	.967
	Tensional Crónica – Migraña	.958
	Tensional Crónica – Sanos	.913
PAQ - Permisivo	Migraña - Sanos	.650
	Tensional – Tensional Crónica	.992
	Tensional – Migraña	.945
	Tensional – Sanos	.952
	Tensional Crónica – Migraña	.996
	Tensional Crónica – Sanos	.862
	Migraña - Sanos	.692

Algunos valores de p para diferencias, como en la escala de «Estilo Autoritario», éstas se dieron entre los sanos y algunos de los diagnosticados. Esta tendencia ocurrió entre sanos y los de cefalea tensional ($p = .217$) y los de tensional crónica ($p = .355$), aunque no con los de migraña ($p = .909$). En las demás escalas, las diferencias son más pequeñas como muestra la tabla 4.8.

V. Discusión

El propósito del presente estudio fue el explorar el papel de la interacción parental en la niñez y la adolescencia temprana en el desarrollo posterior de alguno de los tipos de cefalea más comunes en la población.

Este enfoque se deriva de que las cefaleas primarias como las abordadas son padecimientos que además de frecuentes ocasionan graves alteraciones y deterioro en la vida de los individuos, tanto a nivel personal como laboral y social. Un segundo punto contextual en el propósito del presente estudio surge de la escasez del conocimiento contemporáneo sobre las posibles causas de las cefaleas primarias y de la posibilidad, ya documentada para otros padecimientos, de que existan componentes emocionales y cognitivos en su etiología la cual, por lo demás, se suele concebir como multifactorial. En efecto, la posibilidad de que los antecedentes de interacción del individuo con sus padres en etapas relativamente tempranas de la vida pudieran activar mecanismos psicofisiológicos conducentes a patologías caracterizadas como “psicosomáticas” bien puede aplicarse a los dolores de cabeza. Conviene recordar aquí que los padecimientos psicossomáticos no son imaginarios sino condiciones médicas reales cuyos antecedentes y síntomas actuales contienen componentes psicológicos definidos e importantes.

Estos antecedentes hacen necesario un abordaje multidisciplinario para identificar componentes adicionales a los de tipo biológico y genético, que pueden estar implicados en el desarrollo de las cefaleas primarias. Entre otras, una posible aplicación de este conocimiento facilitaría intentar revertir los efectos parentales para prevenir estos padecimientos o para tratarlos mediante intervenciones pertinentes (Bigal & Lipton, 2009; IHS, 2004; Rufo-Campos, 2001, Sánchez Sosa, 1998; Schwartz, Jerusalem & Kleine, 1990).

Los principales hallazgos del presente estudio señalan, por una parte, que la validez y confiabilidad de la caracterización de individuos

en categorías de cefaleas o su ausencia en efecto reflejan los componentes patológicos de los primeros. En segundo lugar, los presentes resultados sugieren una tendencia clara en el sentido de que las personas que padecen cefaleas primarias en efecto parecen haber experimentado interacciones parentales como las documentadas por otros estudios como factores de riesgo para el desarrollo de quejas tanto físicas como psicológicas. Si bien esta asociación no es contundente por no haberse obtenido en el presente estudio diferencias estadísticamente significativas en muchas de las comparaciones, lo que sí es notorio es que la dirección de las diferencias encontradas, en su gran mayoría, apunta claramente hacia dicha asociación. Esto ocurrió tanto para las variables que suelen representar riesgo como para los elementos “protectores” (por ejemplo buena relación con la madre y con el padre; estilos predominantemente autoritativos o relativamente permisivos en participantes «sanos», en contraste con los diagnosticados con cefalea).

Varias de las precauciones metodológicas adoptadas en el presente estudio prestan apoyo a las conclusiones mencionadas. En primer lugar, es poco probable que los resultados hayan surgido de fuentes espurias tales como los posibles sesgos personales de quienes recolectaron los datos, de quienes los analizaron o de quienes los representaron. En efecto, se puso muy especial cuidado en no inducir respuestas en los participantes, desde el entrenamiento mismo de los aplicadores hasta la recolección directa de los datos y la supervisión de quienes colaboraron en la elaboración del presente trabajo.

En segundo lugar, durante los análisis estadísticos se puso especial cuidado en cotejar las características de las escalas y los instrumentos a fin de ajustarlos a las propiedades matemáticas de las fórmulas usadas para hacer análisis con decisiones secuenciadas, es decir, primero se constataban las características de los datos y en función de su estructura se seleccionaban y aplicaban los análisis pertinentes mediante procedimientos totalmente automatizados en aplicaciones estadísticas estandarizadas.

En tercer lugar, se puso especial cuidado en explorar la posibilidad de que variables de naturaleza distal como la escolaridad, la ocupación, el sexo, la edad, etc., pudiesen fungir como explicaciones alternativas de los hallazgos del estudio. En efecto, la precaución de haber apareado a los participantes al respecto de esas variables antes de hacer las comparaciones relativas a sus antecedentes parentales mitiga de manera importante la probabilidad de un efecto diferencial de dichos contaminantes.

Los efectos de interacciones parentales defectuosas también ocurrieron respecto a elementos que contribuyen al estrés en la infancia, también considerados como factores de riesgo (violencia, rigidez, interacciones angustiantes, autoritarismo). Estos hallazgos concuerdan con los de estudios que exploran variables similares y se asociaron con el desarrollo de diversos malestares físicos (García & García, 2009; LaRosa, Glascoe, & Macias, 2009; Springer, et al., 2007).

Los resultados en sintomatología ansiosa y depresiva fueron similares a los de otros estudios que examinaron comorbilidades de diversos trastornos físicos como los dolores de cabeza, y en los que la depresión y la ansiedad fueron los más frecuentes (Volcy-Gómez, 2008). Nuevamente, debe hacerse énfasis en que no constituyen relaciones directas de causalidad ya que dolor de cabeza, puede exacerbar condiciones emocionales negativas de los pacientes, conduciendo al dilema de si la depresión o la ansiedad deben concebirse como síntomas derivados del dolor, o un trastorno por sí mismo que facilita la aparición de las crisis de cefalea (Breslau, Lipton, Stewart, Schultz, & Welch, 2003; Pareja-Ángel & Campos-Arias, 2004; Serrano-Dueñas, 2000).

Los estilos parentales o educativos y la interacción que se tiene en la familia principalmente durante la niñez y la adolescencia temprana tienen repercusiones durante toda la vida de las personas. El que la literatura de

investigación consistentemente señale condiciones que pueden llevar a un desarrollo perjudicial de los niños hace relevante el diseño de programas de intervención dirigidos a los padres y familias en conjunto. Aún mejor sería que se articularan con instituciones como la escuela, e incluso con los medios de difusión masiva, para lograr una vinculación efectiva entre la teoría y la práctica y educar a la población sobre los hallazgos de investigación que pueden incidir en la calidad de vida (Mesa Exposito, 2006).

En sociedades como la nuestra con graves carencias económicas, resultan especialmente necesarias acciones que puedan mostrar algún beneficio preventivo en la salud de sus habitantes, con el impacto económico positivo que esto conlleva. Se pueden crear cursos, folletos informativos, audiovisuales y, con el crecimiento de los sistemas informáticos, páginas en internet que divulguen hallazgos e información básica sobre numerosos padecimientos incluyendo las cefaleas primarias. Todas estas fuentes deberían incluir en qué consisten, factores desencadenantes, sitios a los cuales acudir si la frecuencia e intensidad es anormal o interfiere con las actividades cotidianas, etc. Un componente crucial incluiría la descripción de prácticas parentales adecuadas y su relación con el desarrollo o posposición de esos cuadros clínicos.

Lo anterior sería también importante en el caso de las cefaleas en general y el de la migraña en particular, pues se trata de un trastorno que inicia regularmente entre los 10 y 14 años de edad, y en familias donde los padres no la padecen. En estos casos por falta de información se llega a considerar que el niño se “hace” tonto con el dolor de cabeza para no cumplir con sus obligaciones. Esto podría conducir a castigos, incluso violentos, como fue el caso de algunas pacientes atendidas que compartieron su experiencia durante el curso de la presente investigación. Aquellas interacciones, además de crear un sufrimiento adicional e innecesario muy probablemente complican los efectos a mediano y largo plazo de prácticas parentales ya de por sí riesgosas.

Pero como la información no suele ser suficiente para modificar el comportamiento, es necesaria la creación de equipos multidisciplinarios y grupos de trabajo en las instituciones del sector salud y educativo para trabajar en conjunto con sujetos que puedan ser identificados como de alto riesgo para este tipo de padecimientos (niños que padezcan maltrato y/o sus padres, personas con dolores de cabeza recurrentes y tendencia a la automedicación). Hace falta instalar programas eficaces que impliquen enseñanza en habilidades para la resolución de conflictos, manejo de estrés y estrategias de comunicación que vinculen de manera más estrecha y motiven la participación de los implicados para llevar los nuevos comportamientos a la generalización y la práctica.

Para estudios posteriores en la presente línea de investigación convendría aumentar el número de participantes e incluir un mayor número de sedes, inclusive si fuera posible en otros lugares del país. Al momento de reclutar pacientes en los hospitales a los cuales se tuvo acceso fue muy difícil lograr su participación, dado que la contestación de instrumentos llevaba hasta una hora. Esto ocasionó que algunas personas, a pesar de su buena voluntad, contestaran de forma precipitada o sin interés, teniéndose que desechar varios cuestionarios por inconsistencias y errores en el llenado. Sería importante también desarrollar algunas otras modalidades para el llenado de los instrumentos, como pruebas computarizadas, internet e inclusive vía telefónica, pues se dio el caso de pacientes en edad productiva que contaban con correo electrónico y solicitaron el poder hacerlo en otro momento o por teléfono, dado que pedían algunas horas de su jornada laboral para poder asistir a su consulta y les resultaba muy difícil comprometerse a contestar el cuestionario.

Un número mayor de participantes también permitiría usar otras herramientas estadísticas cuyo análisis probabilístico y de significancia estadística es particularmente sensible al número de participantes por afectar

los grados de libertad necesarios para su instrumentación. Es probable que con un número mayor de participantes en el presente estudio, muchos de los resultados hubiesen resultado estadísticamente significativos incluso con las herramientas estadísticas usadas en el presente trabajo.

También, es necesario el abordaje de otras variables que no se consideraron en el presente trabajo, como los estilos de afrontamiento y el estrés percibido, ambos pueden tener una importancia considerable en la exploración de factores que precipitan el desarrollo enfermedades como las cefaleas primarias.

VI. Referencias

- Aguilar Villalobos, J., Valencia Cruz, A., & Romero Sánchez, P. (2004). Estilos Parentales y Desarrollo Psicosocial en Estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 119-129.
- Aromaa, M., Sillanpää, M., Rautava, P., & Helenius, H. (2000). Pain Experience of Children with headache and Their Families: A Controlled Study. *Pediatrics*, 106(2), 270-275.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child-care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Belmonte Herrera, P., & Bernal Duran, S. (2007). Cefaleas. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 4(5), 55-60.
- Bermúdez Maldonado, L. (2009). Clasificación de las Cefaleas. En F. Zermeño Pöhls & J. J. Flores Rivera (Eds.), *Actualización en neurociencias. Cefaleas Primarias*. (1 ed., pp. 9-23).
- Bigal, M. E., & Lipton, R. B. (2009). The Epidemiology, Burden, and Comorbidities of Migraine. *Neurologic Clinics*, 27(2), 321-334.
- Bigal, M. E., Serrano, D., Reed, M., & Lipton, R. B. (2009). Chronic Migraine in the population. Burden, diagnosis and satisfaction with treatment. *Neurology*, 71, 559-566.

- Breslau, N., Lipton, R. B., Stewart, W. F., Schultz, L. R., & Welch, K. M. A. (2003). Comorbidity of migraine and depression. Investigating potential etiology and prognosis. *Neurology*, 60, 1308-1312.
- Buri, J. R. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 110-119.
- Cohen, F. (1982). Personality, Stress, and the Development of Physical Illness. In F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health Psychology. A Handbook* (pp. 77-111). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Coloma, J. (1993a). Estilos Educativos Paternos. En J. M. Quintana Cabañas (Ed.), *Pedagogía Familiar* (pp. 45-58): Narcea.
- Coloma, J. (1993b). La Familia como ámbito de socialización de los hijos. En J. M. Quintana Cabañas (Ed.), *Pedagogía Familiar* (pp. 31-43): Narcea S.A. de Ediciones.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Child Development and the Parent-Child Subsystem Developmental Psychopathology and Family Process. Theory, Research and Clinical implications* (pp. 157-199). New York: The Guilford Press.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- De Alva Ruiz, N., & Carranza Saucillo, S. B. (2005). La gracia de la democracia. La Familia. Recuperado de http://redescolar.ilce.edu.mx/educontinua/educ_civica/La_Gracia/index.htm

- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F., & Croft, J. B. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71, 243-250.
- Espi López, G. V., & Gómez Conesa, A. (2009). Eficacia del tratamiento en la cefalea tensional. *Fisioterapia*, 32(1), 33-40. doi: 10.1016/j.ft.2009.07.001
- Fernández-Concepción, O., & Canuet-Delis, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Revista de Neurología*, 36(12), 1105-1112.
- García, F., & García, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from spanish families. *Adolescence*, 44(173), 101-131.
- García, J. A., & Román Sánchez, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.
- Gaxiola Romero, J., Frías Armenta, M., Cuamba Osorio, N., Franco Betanzos, J. D., & Olivas Salido, L. C. (2006). Validación del Cuestionario de Prácticas Parentales en una Población Mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 115-128.
- Gracia-Naya, M., & Aragoneses, G. d. E. d. N. (1999). Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Revista de Neurología*, 29(5), 393-396.
- Grebe, H. P., Nunes de Silva, J., & Diogo-Sousa, L. M. (2001). Papel de la hipertensión arterial en la comorbilidad de la cefalea crónica. *Revista de Neurología*, 33(2), 119-122.

- Hazard, E., Munakata, J., Bigal, M. E., Rupnow, M. F. T., & Lipton, R. B. (2009). The Burden of Migraine in the United States: Current and Emerging Perspectives on Disease Management and Economic Analysis. *Value in Health*, 12(1), 55-64. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00404.x
- Hernández-Guzman, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (1997). Factores asociados con la disfunción psicológica en el niño y en el adolescente. *Psicología Contemporánea*, 4(1), 24-37.
- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J. J. (1995). La Psicología Preventiva: su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual*, 3(2), 173-182.
- Hospital General de México, H. G. M. (2010). Cuaderno Estadístico Enero-Marzo de 2010. Recuperado de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeacion/cuaderno_ene_mar_10.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social, I. M. S. S. (2009). Cefalea o Dolor de Cabeza, principal causa de ausentismo laboral en México: IMSS. Comunicado, 2. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/E2EF0A72-AB6F-4271-8C72-3DCFD79A781/0/221009Com311.pdf>
- International Headache Society, I. H. S. (2004). The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. *Cephalalgia*, 24(Suppl 1), 1-160.
- Isler, H., & Koehler, P. J. (2006). History of the Headache. In J. Olesen, P. J. Goadsby, N. M. Ramadan, P. Tfelt-Hansen & K. M. Welch A. (Eds.), *The Headaches* (3rd ed., pp. 1-7): Lippincott Williams & Wilkins.

- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kececi, H., Dener, S., & Analan, E. (2003). Co-morbidity of migraine and major depression in the Turkish population. *Cephalalgia*, 23, 271-275.
- LaRosa, A. C., Glascoe, F. P., & Macias, M. M. (2009). Parental Depressive symptoms: relationship to child development, parenting, health, and results of Parent-Reported screening Tools. *The Journal of Pediatrics*, 155(1), 124-128. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.02.028
- Lipton, R. B., & Bigal, M. E. (2005). The Epidemiology of Migraine. *The American Journal of Medicine*, 118(Suppl 1), 3S-10S.
- Lipton, R. B., Bigal, M. E., Steiner, T. J., Silberstein, S. D., & Olesen, J. (2004). Classification of primary headaches. *Neurology*, 63, 427-435.
- Lipton, R. B., Scher, A. I., Kolodner, K., Liberman, J. N., Steiner, T. J., & Stewart, W. F. (2002). Migraine in the United States. Epidemiology and patterns of health care use. *Neurology*, 58(6), 885-894.
- Lipton, R. B., Scher, A. I., Steiner, T. J., Bigal, M. E., Kolodner, K., Liberman, J. N., & Stewart, W. F. (2003). Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States. *Neurology*, 60, 441-448.
- Lipton, R. B., Stewart, W. F., & Scher, A. I. (2001). Epidemiology and Economic impact of migraine. *Current Medical Research and Opinion*, 17(Suppl 1), S4-S12.

- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Formely carmichael's manual of child psychology* (Vol. 4). New York: Wiley
- Márquez Romero, J. M., & Barges Coll, J. (2009). Cefalea tipo Tensional. En F. Zermeño Pöhls & J. J. Flores Rivera (Eds.), *Actualización en Neurociencias. Cefaleas Primarias* (1 ed., pp. 91-101).
- Mathew, N. T., & Tfelt-Hansen, P. (2006). General and Pharmacologic Approach to Migraine Management. En J. Olesen, P. J. Goadsby, N. M. Ramadan, P. Tfelt-Hansen & K. M. Welch A. (Eds.), *The Headaches* (3rd ed., pp. 433-440): Lippincott Williams & Wilkins.
- McDavid, J. W., & Garwood, S. G. (1978). Aprendizaje Social y Socialización (J. J. Sánchez-Sosa, Trad.) *Understanding Children* (pp. 241-274). Lexington, Massachusetts: D.C. Heath.
- Mesa Exposito, J. (2006). *La Familia como sistema en el S. XXI: factores de riesgo y de protección*. Paper presented at the II Jornadas Municipales Sobre Drogas, Santa Lucía, Gran Canaria, España.
- Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nácher, J. M., & Cortés, M. T. (2007). Estilos de Crianza en la Adolescencia y su Relación con el Comportamiento Prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.
- Mrazek, D. A., Mrazek, P., & Klinnert, M. (1995). Clinical Assessment of Parenting. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 272-282.

- Musitu, G., Román, J. M., & Gracia, E. (1988). *Familia y Educación: Practicas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Editorial Labor.
- Olesen, J., & Goadsby, P. J. (2006). The Migraines: Introduccion. En J. Olesen, P. J. Goadsby, N. M. Ramadan, P. Tfelt-Hansen & K. M. Welch A. (Eds.), *The Headaches* (pp. 231-233): Lippincott Williams & Wilkins.
- Orlandini, A. (1999). *El Estrés. Qué es y cómo evitarlo*. México: Fondo de Cultura Economica, SEP, CONACYT.
- Palacios Sánchez, L. (2004). Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas. *Revista de Ciencias de la Salud / Bogotá (Colombia)*, 2(1), 46-55.
- Pareja-Ángel, J., & Campos-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Revista de Neurología*, 39(8), 711-714.
- Peña Véliz, V., & Rojas Ledezma, E. (2010). ¿El inicio esta en la familia? Una revisión a los antecedentes familiares y estilos de crianza en homicidas, delincuentes por robo y población sin antecedentes penales. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, U.N.A.M., México.
- Queiroz, L. P., Peres, M. F. P., Piovesan, E. J., Kowacs, F., Ciciarelli, M. C., Souza, J. A., & Zukerman, E. (2009). A Nationwide population-based study of tensio-type headache in Brazil. *Headache*, 49, 71-78. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01227.x

- Quesada-Vazquez, A. J., Contreras-Maure, L. J., Alvarez-Aliaga, A., & Traba-Tamayo, E. R. (2009). Prevalencia de cefaleas primarias en una población rural cubana. *Revista de Neurología*, 49(3), 131-135.
- Rasmussen, B. K. (2001). Epidemiology of Headache. *Cephalalgia*, 21, 774-777.
- Raya Trenas, A. F., Herreruzo Cabrera, J., & Pino Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: 10.1037/0033-2909.128.2.330
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Rodríguez Violante, M., Vargas-Cañas, S., Calleja, J. M., & Zermeño-Pöhls, F. (2006). Cefaleas. *Revista Mexicana de Algología*, 6(II), 4-10.
- Rollins, B. C., & Thomas, D. L. (1974). Parental support, power, and control techniques in the socialization of children. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye & I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family (Vol. 1)*. New York: Free Press.
- Rufo-Campos, M. (2001). Tratamiento preventivo de las cefaleas. *Revista de Neurología*, 33(3), 230-237.

- Salazar Flores, N., López Sánchez, L., & Romero Ramírez, M. A. (2008). Influencia Familiar en el Rendimiento Escolar en niños de primaria. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 9, 137-166.
- Salazar Lozano, S. A. (2004). Sensibilidad y Especificidad de los Marcadores Biológicos en la Investigación Clínica. 1-14. Recuperado de:<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-8-2004/08.pdf>
- Sánchez-Sosa, J. J., Jurado-Cárdenas, S., & Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodos agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis Etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez & M. Rojas (Eds.), *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 33-44). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Scher, A. I., Midgette, L. A., & Lipton, R. B. (2008). Risk Factors for Headache Chronification. *Headache*, 48, 16-25. doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00970.x
- Schwartz, R., Jerusalem, M., & Klein, D. (1990). Predicting adolescent health complaints by personality and behaviors. *Psychology & Health*, 4(3), 233-244.
- Serrano-Dueñas, M. (2000). Cefalea tipo Tensional Crónica y depresión. *Revista de Neurología*, 30(9), 822-826.

- Sevillano-García, M. D., Manso-Calderón, R., & Cacabelos-Pérez, P. (2007). Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Revista de Neurología*, 47(5), 400-405.
- Simic, S., Slankamenac, P., Kopitovic, A., Jovin, Z., & Banic-Hovart, S. (2008). Quality of life researching patients suffering from tension type headache. *Med Pregl*, 61(5-6), 215-221. doi: 10.2298/MPNS0806215S
- Springer, K. W., Jennifer, S., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term pshysical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Stovner, L. J., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R. B., Scher, A. I., . . . Zwart, J.-A. (2007). The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 27, 193-210. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x
- Tfelt-Hansen, P. (2006). Prioritizing Prophylactic Treatment of Migraines. In J. Olesen, P. J. Goadsby, N. M. Ramadan, P. Tfelt-Hansen & K. M. Welch A. (Eds.), *The Headaches* (3rd ed., pp. 567-568): Lippincott Williams & Wilkins.
- Thomas, D. L., Gecas, V., Weigert, A., & Rooney, E. (1974). *Family Socialization and the adolescent*. Lexington, MA: Health.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Inda Caro, M. (2008). *Estilos de educación familiar*. *Psicothema*, 20(1), 62-70.

- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Rodríguez Menéndez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión Bibliográfica y reformulación teorica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.
- Varela, R. E., Vernberg, E. M., Sacher-Sosa, J. J., Riveros, A., Mitchell, M., & Mashunkashey, J. (2004). Parenting Style of Mexican, Mexican American, and Caucasian-Non-Hispanic Families: Social Context and Cultural Influences. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 651-657. doi: 10.1037/0893-3200.18.4.651
- Vielma, J. (2003). Estilos de crianza, Estilos educativos y Socialización: ¿Fuentes de Bienestar Psicológico? *Acción Pedagógica*, 12(1), 48-55.
- Villalón, C., & Centurión, D. (2003). La migraña y la búsqueda interminable de su tratamiento. *Avance y Perspectiva*, 22, 251-255.
- Velázquez-Jurado, H. R. (2008). Detección y Evaluación de la Cefalea Tensional. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Volcy-Gómez, M. (2008). Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurologica Colombiana*, 24(3), S14-s27.
- Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult Health Status of Women with Histories of Childhood Abuse and Neglect. *The American Journal of Medicine*, 107, 332-339.

Wiendels, N. J., Knuistingh Neven, A., Rosendaal, F. R., Spinhoven, P., Zitman, F. G., Assendelft, W. J. J., & Ferrari, M. D. (2006). Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia*, 26, 1434-1442.

Wiendels, N. J., van Haestregt, A., Knuistingh Neven, A., Spinhoven, P., Zitman, F. G., Assendelft, W. J. J., & Ferrari, M. D. (2006). Chronic frequent headache in the general population: comorbidity and quality of life. *Cephalalgia*, 26, 1443-1450.

Zagami, A. S., & Bahra, A. (2006). Symptomatology of Migraine without Aura. In J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, K. M. Welch A. , P. J. Goadsby & N. M. Ramadan (Eds.), *The Headaches* (3rd ed., pp. 399-405): Lippincott Williams & Wilkins.

Zermeño-Pohls, F., & Miranda-Rodriguez, M. (2006). Remedios para el dolor de cabeza. *Archivos de Neurociencias (Mex)*, 111(2), 141-144.

Zermeño Pöhls, F., & Miranda-Rodriguez, M. (2000). Comorbilidad de la cefalea tensional y la migraña en la población abierta del Distrito Federal. *Archivos de Neurociencias (Mex)*, 5(2), 51-54.

ANEXO

**CUESTIONARIO DE:
DOLOR DE CABEZA Y CRIANZA.**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTRUCCIONES

Este cuestionario busca obtener información sobre las características de su dolor de cabeza. También pregunta sobre algunos aspectos de su vida cotidiana y sobre su historia familiar o personal. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que las instrucciones le indiquen lo contrario. Si siente que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, conteste en la opción de “nunca”, eso no le pasa. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor se aplique a su caso

Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a), o para otras personas y familias. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le orientaremos.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde:

Con toda confianza, conteste con la verdad.

PRIMERA SECCIÓN.

1. En el último mes, la cabeza me ha dolido aproximadamente:

- a) No he tenido dolor de cabeza.
- b) Una vez a la semana.
- c) De dos a catorce veces al mes.
- d) Más de 15 días al mes, pero no todo el mes.
- e) Todos los días.

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

- a) Menos de una hora.
- b) Más de una hora.
- c) Aproximadamente un día.
- d) Por varios días.

3. Cuando me empieza el dolor, normalmente lo siento en:
- a) La nuca.
 - b) Toda la frente.
 - c) En toda la cabeza al mismo tiempo.
 - d) Sólo del lado izquierdo.
 - e) Sólo del lado derecho.
 - f) No puedo notarlo.
 - g) Casi no me duele la cabeza.
4. Cuando me duele la cabeza la mayoría de las veces la siento:
- a) Tensa, como si me la apretaran.
 - b) Que me pulsa (como con latidos).
 - c) De otra forma: (explique)
 - d) Casi no me duele la cabeza.
5. Generalmente la cabeza me duele:
- a) Leve, lo noto pero no afecta mis actividades.
 - b) Moderado, el dolor me molesta pero puedo continuar mis actividades.
 - c) Fuerte, sólo me permite actividades físicas, pero no puedo concentrarme.
 - d) Incapacitante, no puedo hacer ninguna de mis actividades.
 - e) Casi no me duele la cabeza.
6. 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.
7. 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.

8. Cuando me duele la cabeza, me da vómito:
- 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, los sonidos me molestan tanto que mejor los 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. Cuando me duele la cabeza la mayoría de las veces:
- a) Sólo me molesta la luz.
 - b) Sólo me molesta el sonido.
 - c) Me molestan los dos al mismo tiempo.
 - d) No me molesta ninguno de los dos.

SEGUNDA SECCIÓN

A continuación se le preguntarán algunos aspectos sobre su vida familiar y crianza, por favor trate de recordar lo mejor posible las condiciones y costumbres en su familia.

12. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:
- a) Muy mala
 - b) Mala
 - c) Regular
 - d) Buena
 - e) Muy buena

13. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié (viví) principalmente con:
- a) Mis padres naturales
 - b) Con mi padre
 - c) Con mi madre
 - d) Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
 - e) Padres adoptivos u otros parientes o familiares
 - f) En un orfanato, casa hogar u otra institución
14. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:
- a) Separación o divorcio de mis padres
 - b) Muerte de algunos de mis padres
 - c) Por el trabajo de alguno de mis padres
 - d) Por alguna otra razón
 - e) Siempre he vivido con ellos
15. La edad que tenía cuando alguno de mis padres dejó de vivir conmigo era:
- a) De cero a 5 años
 - b) De 6 a 11 años
 - c) De 12 años a 17 años
 - d) De 18 años en adelante
 - e) Siempre han vivido o vivieron conmigo
16. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:
- 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
17. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Regular
 - d) Mala
 - e) Muy mala

18. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre o (tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- 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

19. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos.
- f) Nunca

20. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

21. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):

- 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.

22. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- 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.

23. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- 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.
24. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- 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.
25. Mi padre (o tutor) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- 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.
26. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:
- 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.
27. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol o usaba drogas:
- 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.
28. En general la forma como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Regular
 - d) Mala
 - e) Muy mala

29. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre o (tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- 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.

30. Mi madre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos(as):

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

31. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba).

- a) Diario o casi diario
- b) Como una vez a la semana
- c) Como una vez al mes
- d) Como una vez cada tres meses
- e) Como dos veces al año o menos
- f) Nunca

32. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era “tonto(a)” o “inútil”, o me comparaba negativamente con otros(as):

- 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.

33. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- 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.

34. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- 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.
35. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy íntimo acerca de mí:
- 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.
36. Mi Madre (o tutora) me muestra (o mostraba) su afecto o cariño:
- 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.
37. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil (mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:
- 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.
38. En casa criticaban a mis amigos(as):
- 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.
39. Mis padres (o tutores) me presionaban para que tuviera actividades en mi tiempo libre:
- 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.

40. De chico(a) yo me enfermaba:
- 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.
41. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:
- 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.
42. Cuando me iba mal en mis calificaciones, tenía problemas en casa:
- 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.
43. Mis padres se mostraban cariño o amor el uno al otro:
- 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.
44. Mis padres se peleaban discutiendo o gritando:
- 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.
45. Cuando mis padres peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, 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.

46. Cuando mis padres peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):
- 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.
47. Cuando mis padres peleaban, amenazaban con dejarse, separarse, o divorciarse:
- 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.
48. Cuando era chico(a), a parte de mis padres, había otro(s) adultos(s) importantes para mí:
- a) Si, y fue positivo para mí
 - b) Si, y fue negativo para mí
 - c) No, no eran importantes
49. Si respondió "si" (A o B), señale al más importante de acuerdo con su respuesta anterior:
- a) Un hermano(a) mayor
 - b) Un tío(a)
 - c) Abuelo(a)
 - d) Padrastro o madrastra
 - e) Otro pariente
 - f) Un(a) vecino(a) o conocido(a)
50. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:
- a) Diario o casi diario
 - b) Como una vez a la semana
 - c) Como una vez al mes
 - d) Como una vez cada tres meses
 - e) Como dos veces al año
 - f) Nunca
51. La más importante de esas experiencias fue:
- a) Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
 - b) Violación o abuso sexual

- c) Accidente
- d) Enfermedad (mía o de alguien cercano)
- e) Muerte o pérdida de un ser querido
- f) Ser arrestado, detenido, cárcel

52. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- 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.

53. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí (cualquier incursión sexual):

- a) Nunca
- b) Una vez
- c) Ocasionalmente
- d) Frecuentemente

54. La persona que abusó de mí fue:

- a) Nadie
- b) Desconocido
- c) Amigo o pariente lejano
- d) Amigo o pariente que vivía en la misma casa
- e) Padrastro o madrastra
- f) Alguno de mis padres

55. Cuando era chico(a) ¿tuvo algún amigo que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?

- a) Sí, tuve varios
- b) Si, tuve uno o dos
- c) No, ninguno en quien confiara

Su nombre: _____

Su ocupación: _____

Su estado Civil (sea o no formal): _____

Su edad: _____

Su sexo: (Fem.) (Masc.)

Teléfono: _____

1. Mis padres piensan (o pensaban) que en una casa que marcha bien los niños deben tener libertad para cumplir sus deseos tantas veces como los padres.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

2. Aún cuando sus niños no estaban de acuerdo, mis padres pensaban que era por nuestro bien forzarnos a conformarnos con lo que les parecía correcto.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

3. Siempre que mis padres me decían que hiciera algo, esperaban que lo hiciera inmediatamente sin preguntar.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

4. Cuando se establecían las reglas familiares, mis padres explicaban las razones que había para esas reglas.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

5. Mis padres siempre estimulaban la argumentación cuando las reglas y restricciones familiares no eran razonables.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

6. Mis padres siempre pensaron que los niños necesitan libertad para pensar por sí mismos y hacer lo que quieran, siempre y cuando no se contrapongan a las exigencias de sus padres.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

7. Mis padres no me permitían cuestionar ninguna decisión que tomaran.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

8. Mis padres orientaban las actividades y decisiones de los niños a través del razonamiento y disciplina.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

9. Mis padres siempre pensaron que los padres deben ser enérgicos para que sus niños se comporten como deben.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

10. Mis padres *no* creían que las necesidades de sus hijos debían sujetarse a reglas de conducta sólo porque las estableció alguien con autoridad.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

11. Sabía lo que mis padres esperaban de mí en la familia, pero también podía platicarlo con ellos cuando me parecía que no eran razonables.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

12. Mis padres piensan (o pensaban) que unos padres sensatos deben enseñarles a sus niños desde pequeños quién manda en la familia.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

13. Pocas veces mis padres me decían lo que esperaban de mí o cómo debía comportarme.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

14. Al tomar decisiones familiares, la mayoría de las veces, mis padres hacían lo que los chicos queríamos.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

15. Mis padres constantemente nos daban consejos y guía racional y objetivamente.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

16. Mis padres se alteraban mucho si los contradecíamos.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

17. Mis padres piensan (o pensaban) que la mayoría de los problemas en la sociedad se resolverían si los padres no limitaran las decisiones, actividades, y deseos de sus niños.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

18. Mis padres me decían lo que esperaban de mí, y si no lo hacía, me castigaban.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

19. Mis padres me dejaban decidir la mayoría de las cosas por mí mismo(a), sin meterse demasiado.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

20. Cuando se tomaban decisiones familiares, mis padres escuchaban la opinión de los niños, pero no siempre hacían lo que decíamos.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

21. Mis padres no se hacían responsables de encauzar nuestra conducta.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

22. Mis padres tenían reglas claras de conducta para los niños, pero estaban dispuestos a ajustarlas a nuestras necesidades individuales.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

23. Mis padres me decían qué hacer y esperaban que hiciera lo que me decían, pero siempre estuvieron dispuestos a platicar de mis inquietudes y tomarlas en cuenta.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

24. Mis padres permitían que nos formáramos nuestra propia opinión de los asuntos familiares y generalmente nos dejaban decidir por nosotros mismos lo que íbamos a hacer.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

25. Mis padres siempre pensaron que la mayoría de los problemas en la sociedad se resolverían si pudiéramos convencer a los padres de tratar a sus niños de modo estricto y enérgico si no hacen lo que se les dice.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

26. Mis padres muchas veces me decían exactamente lo que querían que hiciera y cómo querían que lo hiciera.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

27. Mis padres me daban instrucciones precisas para mi conducta y actividades, pero cuando no estaba de acuerdo, entendían mis razones.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

28. Mis padres no se metían con la conducta, actividades, y deseos de los niños.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

29. Sabía lo que mis padres esperaban de mí, e insistían en que me conformara por mero respeto a su autoridad.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

30. Si mis padres tomaban una decisión familiar que me lastimara, estaban dispuestos a platicar esa decisión conmigo y a admitir que se habían equivocado.

1	2	3	4	5
Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutral	De Acuerdo	Muy de Acuerdo

INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

20. A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____, NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

INSTRUCCIONES:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

SÍNTOMA

- | | | | | | |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno). | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4. | Dificultad para relajarse. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6. | Sensación de mareo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8. | Inseguridad. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9. | Terror. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 11. | Sensación de ahogo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 12. | Manos temblorosas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |

13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente

¡Muchas gracias por su cooperación y paciencia!