



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

“EFECTO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN EL NÚMERO DE EXACERBACIONES EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
MIGRAÑA”.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:
DR. ERIK ALBERTO UMAÑA AVELINO

TUTORA:
M. EN C. BLANCA ELSA RIVERA GARCÍA



GENERACIÓN: 2011-2014
MÉXICO, D.F. 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A mi madre Basilia que desde pequeño me ha enseñado los valores de la vida, tu motivación, tu perseverancia y superación son mis mejores ejemplos, cerca, lejos, siempre te amare.

A mi padre Boris que siempre está y estará presente en mis pensamientos, en mi corazón, tu sabes lo que siento.....

Ambos gracias por inculcarme al amor a dios y mi agradecimiento especial a él y ustedes por darme la vida.

A estrella mi esposa, la persona que acepto compartir su vida a mi lado, gracias amor; confías y confiaste en mí, te agradezco tu enorme amor, cariño y sobre todo tu paciencia por los largos días y largas noches de trabajo siempre impulsándome e impulsándote al mismo ritmo a pesar de las dificultades; no ha sido fácil pero lo logramos juntos, eres mi ejemplo, te admiro, te amo y te respeto, eres el amor de mi vida.

A mis grandes amigos y ejemplos a seguir: Mateos, gran persona, gran ser humano, gran médico y sobre todo gran amigo, te agradezco siempre tu apoyo, tus consejos, y tu paciencia, te quiero amigo; y Eudocio Gutiérrez, mi amigo, mi maestro, siempre he sentido gran respeto y admiración me has enseñado el lado humano de la medicina eres la mezcla ideal: brillante y humano, te quiero amigo.

A mis asesoras Dra. Blanca, Dra. Santa quienes en primer lugar me aceptaron y aceptaron este proyecto, siempre tuvieron la paciencia y el tiempo para dedicarme, no fue fácil para mí y seguramente mucho menos para ustedes; sin temor a equivocarme son grandes investigadoras y con una gran capacidad docente sin ustedes esto no sería posible, mis respetos y afecto hacia ustedes.

A mis profesores Dra. Carmen que siempre me escucho, que me permitió ver a un médico apasionado por su profesión, y sobre todo por su especialidad y más aún su subespecialidad y que la desempeña con tanto profesionalismo y con un alto nivel, agradezco haber sido su residente; Dr. Raúl Serrano desde que llegue a su consultorio me brindo su confianza y su afecto, gracias por sus enseñanzas y su amistad, es ejemplo del médico familiar.

TUTORA

**M. EN C. BLANCA ELSA RIVERA GARCIA.
INVESTIGADORA DEL HGZ NO. 24 IMSS**

ASESOR METODOLÓGICO

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20, IMSS.**

VO. BO.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20, IMSS.

VO. BO.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD UMF NO. 20, IMSS.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
HIPÓTESIS.....	15
OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	16
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	37
DISCUSIÓN.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	44

RESUMEN

“Efecto de la funcionalidad familiar en el número de exacerbaciones en pacientes con diagnóstico de migraña”.

Dr. Erik Alberto Umaña-Avelino¹, Dra. Blanca Elsa Rivera-García²;

1. Médico residente de medicina familiar, segundo año, UMF 20 IMSS.
2. M.C. HGZ No. 24 IMSS.

Objetivo: Determinar el efecto de la funcionalidad familiar en el número de exacerbación de los síntomas en pacientes con diagnóstico de migraña.

Metodología: Estudio transversal analítico en pacientes con diagnóstico de migraña captados en el mes de Mayo 2013 en consulta de neurología, medicina interna y urgencias del HGZ 24. Previo consentimiento informado se aplicó cuestionario con datos sociodemográficos, características familiares, Escala de Funcionamiento familiar y Escala Visual Análoga del Dolor. Análisis de frecuencias y proporciones; **Resultados:** Edad de 18-30 años 37.7% (N=61); género femenino 58% (N=94); rol de madre 34% (N=55); familia nuclear 54.9% (N=89); Dinámica semi-integradas 39.5% (N=64); eventos agudos de migraña 1-3 53.7% (N=87); escala análoga del dolor nivel moderado 48.1% (N=78); escala de evaluación funcional aspectos afectados: afecto y comunicación: afecto disfuncional con eventos de 7-10 positivo 58.8% (N=10); comunicación disfuncional eventos de 7-10 presente con el 64.7% (N=11); resolución de problemas y control de conducta positivo en eventos de 7 a 10 con 76.5% (N=13) y 88.2% (N=15) respectivamente.

Conclusiones: La comunicación y afecto disfuncional son factores asociados al aumento en el número de exacerbaciones agudas de migraña y el mantenimiento de los síntomas.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, Migraña, Exacerbaciones de migraña.

INTRODUCCIÓN

La migraña es un síndrome benigno y recidivante de cefalea que se presenta en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas, unilaterales, pulsátil, con intensidad de moderado a grave que aumenta con los esfuerzos o estímulos acompañado de náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia de carácter incapacitante.¹⁻²

Se presenta en dos formas principalmente sin aura y con aura, se caracteriza por dolores de cabeza severos, y en alrededor de un tercio de los casos está precedida por un fenómeno focal, neurológico, y transitorio de fosfenos, amaurosis o escotomas, parestesias en extremidades o en cara, las cuales preceden la aparición de la cefalea en promedio una hora antes, denominado "aura"; no es infrecuente que los pacientes experimentan ambos tipos de migraña.³

La migraña es un problema importante de salud pública, con enormes consecuencias para los individuos que la padecen, así como para la sociedad.⁴

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló a la migraña como una de las veinte principales causas de la discapacidad ocupando el lugar 19. Sin embargo, la migraña es a menudo no reconocida y no tratada.⁵

Aproximadamente 29,5 millones de estadounidenses sufren de migraña, con un estimado de 18% de las mujeres y el 6% los hombres directamente afectados es decir con una relación 3:1 (mujer/hombre), el rango de edad en experimentar migrañas se encuentra a cualquier edad con un máximo entre los 25 y 55 años con un promedio de 40 años, que coincide con la edad productiva más activa de un individuo.⁵

La atención primaria es un ámbito importante para el tratamiento de la migraña ya que en muchos países la gran mayoría de consultas se producen por cefaleas.⁶

Se reporta a los cuadros de cefalea como una de las razones más importantes de visita al médico. Estas visitas pueden representar un costo anual de entre \$ 600 millones a cerca de \$ 2 mil millones de dólares en Estados Unidos de América.⁷

Un aspecto importante de la heterogeneidad de la migraña es la comorbilidad con otras enfermedades neurológicas, cardiovasculares, enfermedades psiquiátricas y/o psicosociales con una asociación familiar en el aumento de eventos agudos de migraña.⁸ Por lo tanto la morbilidad que acompaña a la migraña puede afectar negativamente a la productividad a través de ausentismo laboral o escolar o en el entorno familiar.⁹

MARCO TEORICO

La prevalencia en un año de remisiones de migraña fue de 17,1% para las mujeres y 5,6% para los hombres, y de migraña crónica fue del 1,3% para las mujeres y 0,5% para los hombres. Las tasas de prevalencia de Migraña crónica también varió por edad, y fueron los más altos para las mujeres (1,9%) que para los hombres (0,8%) siendo el rango de edad comprendida entre 40 a 49 años.¹⁰

Los factores de riesgo se pueden dividir en dos categorías: los que son modificables y los que no son modificables (Por ejemplo de esta última, la edad, el sexo (femenino), raza blanca, bajo nivel educativo / el nivel socioeconómico).

La modificación de factores de riesgo, tales como la pérdida de peso, evitar el uso excesivo de medicamentos, disminuir el consumo de cafeína, la detección y tratamiento de la depresión y otras comorbilidades psiquiátricas y/o psicosociales, sigue siendo un componente de la optimización de la atención y de respuesta al tratamiento.¹⁰

La migraña se clasifica según la liga internacional para el estudio de la migraña en:

1. Migraña.

1.1 Migraña sin aura.

1.2 Migraña con aura.

1.2.1 Aura típica con cefalea migrañosa.

1.2.2 Aura típica con cefalea no migrañosa.

1.2.3 Aura típica sin cefalea.

1.2.4 Migraña hemipléjica familiar.

1.2.5 Migraña hemipléjica esporádica.

1.2.6 Migraña de tipo basilar.

1.3 Síndromes periódicos en la infancia que frecuentemente son precursores de migraña.

1.3.1 Vómitos cíclicos.

1.3.2 Migraña abdominal.

1.3.3 Vértigo paroxístico benigno de la infancia.

1.4 Migraña retiniana.

1.5 Complicaciones de la migraña.

1.5.1 Migraña crónica.

1.5.2 Estado de mal migrañoso.

1.5.3 Aura persistente sin infarto.

1.5.4 Infarto migrañoso.

1.5.5 Crisis epiléptica desencadenada por migraña.

1.6 Migraña probable.

1.6.1 Migraña sin aura probable.

1.6.2 Migraña con aura probable.

1.6.5 Migraña crónica probable.¹¹

Los estudios poblacionales han demostrado que aquellos con migraña demuestran mayor deterioro de la calidad de vida, tanto dentro como fuera del hogar es por ello es de suma importancia detectar diversos factores para las exacerbaciones de migraña.¹⁰

La herencia se ha demostrado que desempeñan un papel importante en la patogénesis de la migraña. Alrededor del 50% de los individuos afectados tienen un familiar de primer grado que sufre de migraña.⁹

El estrés es un factor importante en la migraña ya que la susceptibilidad a este es una característica para los que sufren de migraña y que se correlaciona con el nivel individual de tensión. Borrar las diferencias de género se encuentran en los rasgos de personalidad y en el número de eventos estresantes de la vida, en particular, las calificadas como muy negativa.¹²

Factores exógenos (por ejemplo factores psicosociales, factores de estrés relacionados con la familia o al trabajo, medio ambiente, los cambios climáticos), generando diferentes formas clínicas de la enfermedad.

Los factores ambientales pueden tener relación con la presentación de ataques de migraña como estímulos frecuentes e intensos siendo luminosos y auditivos por lo que se deben eliminar estos estímulos.¹³

Otro aspecto importante de la heterogeneidad de la migraña, es en los determinantes genéticos, la asociación significativa entre la migraña y enfermedades neurológicas (como la epilepsia, los trastornos cerebrovasculares y apoplejía, enfermedades mitocondriales), trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial, prolapso de la válvula mitral), y enfermedades sobre todo psiquiátricos y/o psicosociales (ansiedad, afectivos y trastornos de la personalidad).⁸

Es frecuente que pueda reconocerse por sus factores desencadenantes (vino tinto, menstruación, hambre, falta de sueño, estrógenos, estrés, perfumes, etc.), factores como los peri menstruales, periovulatorios, peri menopausia se han relacionado con ataques migrañosos por lo que se deberá valorar la terapia de remplazo hormonal.

Por lo que se debe eliminar estos alimentos y enriquecer los de ricos en fibras, retirar el consumo de alcohol y tabaco, disminuir estrés y ansiedad a través de terapias de relajación, consejos posturales y terapia cognitiva.¹²

Sin embargo hay factores que la desactivan (el sueño, el embarazo, fármacos (Triptanos).¹⁴

Algunos alimentos están involucrados como factores precipitantes en porcentajes que varían desde el 10% al 45% como: Chocolate, feniletilamina, la teobromina, Cítricos aminas fenólicas, octopamina, jamón, carnes curadas, óxido nítrico, los productos lácteos, las proteínas alergénicas de yogur (caseína, etc.), los alimentos grasos y fritos, Café, té, refrescos de cola, la abstinencia de cafeína, Colorantes de los alimentos, edulcorante artificial aspartame, vino, cerveza. La migraña es una enfermedad multigénica en el que los canales de iones

aberrantes cada vez más implicados en la patogénesis, como la inducción de un estado alterado de la excitabilidad neuronal periférico y central. Aunque cada proteína puede ser genéticamente relevante sólo para un pequeño subgrupo de pacientes con migraña, cada uno revela información importante sobre los mecanismos de la migraña potencialmente aplicables a la población que la padece.³

Dentro de las posibles causas de la migraña existe una clara predisposición genética a la migraña. Se han identificado mutaciones específicas que dan origen a causas *raras* de cefalalgia vascular como lo es el gen DRD2 (11q23) el cual es un receptor D2 acoplado a la proteína G para la dopamina que origina migraña.¹⁴

Durante muchos años se sostuvo que la fase de cefalalgia de las crisis de migraña se debía a una vasodilatación extra craneal, los estudios del flujo sanguíneo cerebral regional efectuados en pacientes con migraña clásica demostraron que, durante las crisis, se produce una discreta hipo perfusión cortical que comienza en la corteza visual y se extiende hacia delante a una velocidad de 2 o 3 mm/min. La disminución del flujo sanguíneo es, por término medio, de 25 a 30% (insuficiente para que la isquemia permita explicar los síntomas) y progresa hacia delante en forma de ondas y con independencia de la topografía de las arterias cerebrales.

Durante la hipo perfusión temporoparietal aparecen los síntomas neurológicos contralaterales; a veces, la perfusión persiste en estas regiones incluso tras la desaparición de los síntomas. Sin embargo, no parece que la isquemia focal sea *necesaria* para que se manifiesten los síntomas focales.

Es evidente que durante determinadas crisis de migraña se producen alteraciones del flujo cerebral y que estos cambios pueden explicar parte, aunque no la totalidad, del síndrome clínico de migraña.

Hay cada vez más datos según los cuales la eficacia antimigrañosa de los triptanos depende de su capacidad para estimular a los receptores 5-HT_{1B}, ubicados tanto en los vasos sanguíneos como en las terminaciones nerviosas. Los triptanos con débil efecto agonista 5-HT_{1F} también son eficaces, pero hoy se piensa que sólo la eficacia 5-HT_{1B} resulta esencial para el efecto antimigrañoso.

Cada vez son más los datos biológicos, farmacológicos y genéticos que apoyan la intervención de la dopamina en la fisiopatología de determinados tipos de migraña. La estimulación con dopamina puede inducir la mayor parte de los síntomas migrañosos. Además, los receptores de la dopamina son hipersensibles en los pacientes con migraña, como lo demuestra la inducción de bostezos, náusea, vómito, hipotensión y otros síntomas de la crisis de migraña cuando se administran agonistas dopaminérgicos en dosis que no afectan a las personas no migrañosas. Por lo contrario, los antagonistas de los receptores dopaminérgicos son fármacos eficaces en la migraña, ante todo cuando se administran por vía parenteral o al mismo tiempo que otros antimigrañosos.

En los pacientes con migraña se producen alteraciones bioquímicas del sistema nervioso simpático (SNS) tanto antes como durante y entre las crisis.

Todos los factores que activan el SNS son desencadenantes de migraña y entre los ejemplos concretos se encuentran los cambios ambientales y los agentes que inducen la liberación y agotamiento secundario de catecolaminas periféricas.

Por lo contrario, las estrategias terapéuticas eficaces de la migraña comparten la capacidad para simular o potenciar los efectos de la noradrenalina en el SNS periférico. Por ejemplo, la propia noradrenalina, los simpaticomiméticos (p. ej., el isometepteno), los inhibidores de la monoaminoxidasa (*mono-amine oxidase inhibitors*, MAOI) y los bloqueadores de su recaptación alivian la migraña. Los antagonistas de la dopamina, los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas y los antagonistas de la adenosina son medicamentos eficaces en el tratamiento inmediato.¹⁴

Los descubrimientos genéticos son el último paso en la evolución de nuestra comprensión de la migraña, que inicialmente se consideró una enfermedad cerebrovascular, luego de un proceso neuroinflamatoria y ahora principalmente un trastorno neurogénico. De hecho, los resultados genéticos, que han revelado los canales iónicos y las mutaciones del transportador como el causante de la migraña, son un argumento poderoso para la base neurogénica de la migraña. Modulaciones de los canales iónicos que conducen a la mejoría de los cuadros de migraña representan objetivos atractivos para el descubrimiento de fármacos. Hay por delante una etapa apasionante y rápidamente progresiva de la investigación de migraña.³

Síntomas que acompañaron a los ataques de migraña:

Síntomas	Porcentaje de casos.
Náusea	87 %
Fotofobia	82 %
Obnubilación	72 %
Dolor a la palpación del cuero cabelludo	65 %
Vómito	56 %
Perturbaciones visuales	36 %
Fotopsia	26 %
Espectros de fortificación	10 %
Parestesias	33 %
Vértigo	33 %
Alteración de la conciencia	18 %
Síncope	10 %
Convulsión	4 %
Estado confusional	4 %
Diarrea	16 %

Las exacerbaciones de migraña, sea cual sea su causa, suelen describirse como pulsátiles y acompañadas de vómito y sensibilidad en el cuero cabelludo. Las más leves tienden a ser más inespecíficas (con opresión, malestar en banda que suele afectar a toda la cabeza), es decir, con un perfil similar al de las cefalalgias de tensión.

La migraña sin aura es por mucho, el tipo más frecuente de cefalalgia vascular. Existen criterios diagnósticos de migraña sin aura con historia clínica completa, y si presenta al menos 5 ataques que cumplan con los siguientes criterios:

- Cada ataque sin tratar dura de 4 a 72 horas.
- El ataque tiene al menos 2 de las siguientes características: Unilateral, pulsátil, moderado a severo y se agrava con la actividad física.
- Durante el ataque hay uno de los siguientes síntomas: Náusea o vómito, fotofobia, fonofobia y osmofobia.¹³

En la migraña con aura, la cefalalgia concurre con síntomas sensoriales, motores o visuales premonitorios característicos. Las alteraciones neurológicas focales son más frecuentes durante las crisis de cefalalgia que como síntomas prodrómicos. Estas alteraciones neurológicas focales sin cefalalgia ni vómito han llegado a conocerse como *equivalentes migrañosos* o *concomitantes migrañosos* y parecen más frecuentes en enfermos de entre 40 y 70 años de edad.

Los síntomas premonitorios más frecuentes referidos por los pacientes son visuales y se deben a la alteración funcional de las neuronas del lóbulo occipital. La tercera parte de ellos describe escotomas, alucinaciones, o ambos, que suelen aparecer en las porciones centrales de los campos visuales. En un 10% de los enfermos se produce un síndrome muy característico que suele comenzar como un pequeño escotoma paracentral que se extiende lentamente en forma de "C". En conjunto, el proceso dura 20 a 25 min. Este fenómeno es patognomónico de la migraña y nunca se ha descrito aunado a anomalías estructurales cerebrales.¹⁴

Existen criterios para diagnóstico de migraña con aura con historia clínica completa, y criterios diagnósticos iguales para la migraña sin aura pero incluyen síntomas de disfunción neurológica durante el ataque con las siguientes preguntas:

- Patrón de tiempo si son peri menstrual o periovulatorio.
- Aparición gradual posterior a un esfuerzo físico sostenido.
- Desaparece con el sueño.
- Presencia de síntomas prodrómicos estereotipados tales como irritabilidad o variaciones en el estado de ánimo, hiperactividad, incapacidad para concentrarse, antojos de comida, hiperosmia.
- Historia familiar de migraña.
- Desencadenamiento por alimentos, olores, cambios de clima o estrés.
- Alivio con la ingesta de AINES o ergotamínicos.
- Presencia de hipertensión, infección o endocrinopatía.¹³

Las manifestaciones no cambian con los años en algunos pacientes, mientras que en otros el cuadro clínico se vuelve más complicado, y puede incluir hipertensión arterial, ansiedad y alteraciones del estado de ánimo.⁸

La migraña episódica se caracteriza por las personas con migraña que tienen de 0 a 14 días con cefalea al mes, mientras que la migraña crónica se caracteriza por dolor de cabeza 15 o más días al mes con criterios que definen como dolor de cabeza en 15 o más días al mes durante 3 meses o más.¹⁰

Hay que dirigir el examen neurológico para descartar otras entidades que pudieran ocasionar cefalea como lo es flexión de cuello, fondo de ojo, campos visuales, nervios craneales con énfasis en oculomotores y porción sensorial del trigémino.¹³

No obstante los individuos pertenecen a un grupo social cuya expresión fundamental es **la familia**, la cual se define como un grupo social natural en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extra familiares (de acuerdo al criterio de Salvador Minuchin). El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generación, sexo, intereses y funciones.¹⁵

La familia es el eje fundamental para el funcionamiento de nuestra sociedad, sus creencias, sus valores y mitos, esto determina la conducta familiar, misma que puede ser transformadora de las actividades cotidianas del individuo, del país y del mundo entero.

Ninguno de nosotros vive una vida solo. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. En los años tempranos se les comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia. La familia es una unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también una unidad básica de enfermedad y salud. La familia es una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica evasiva, asume muchas apariencias, es la misma en todas partes sin embargo no es nunca la misma; la constante transformación a través del tiempo es resultado de un proceso de evolución. La forma de las familias se amolda a las condiciones de la vida que domina en un lugar y en un tiempo. No hay nada fijo e inmutable en la familia, excepto que está siempre con nosotros.

En un sentido hemos tenido miles de años para acostumbrarnos a ella y, sin embargo, cada generación a su turno debe volver a aprender cómo vivir con ella.

¹⁶

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Las funciones familiares se describen en relación a los papeles de interrelación de los miembros de la familia y lo que la sociedad espera de ellos.

Se puede especificar 5 funciones:

- **La socialización** en la familia tiene la responsabilidad de transformar a un niño, a través de los años en un individuo capaz de participar en la sociedad por completo; así como una plena actuación social, normas y esperanzas socioculturales, estructuras cognoscitivas importantes parten del núcleo familiar; más tarde esta responsabilidad se continúa en los diferentes ámbitos.
- **El cuidado** está basado en llenar las necesidades físicas sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las respuestas a las demandas de cuidado dependen de los recursos sociales de bienestar, el nivel de conocimientos de la familia para saber de qué servicios dispone y como utilizarlos.
- **El afecto** esta en relación directa con aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, lo que incluye amor, cariño, ternura, preocupación.
- **La reproducción** es básica en la familia ya que promueve nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio y la familia son designados para controlar y regular esta función mediante una buena planeación familiar, así como la regulación y control del ambiente sexual y control natal.
- **El estatus** es una determinante importante al conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferir derechos y tradiciones. La responsabilidad familiar se transmite y prolonga en los varones pues en la mujer se considera más que como un principio, el fin de la familia.¹⁵

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros; en base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de una familia funcional o disfuncional en vez de referirse a ella como normal o anormal.

Como sabemos en las familias en las que se encuentra un enfermo crónico representan un desafío en las metas y expectativas de cada uno de los integrantes de la familia. La forma en que reaccionen es la capacidad que tengan para enfrentar una exacerbación, así como el apoyo que pueden otorgarles sus familiares y amigos.

En algunos casos el enfermo crónico provoca limitaciones en las actividades de la familia, aunque un miembro pueda verse más afectado que el resto. Ante todo la negación en casi todos los miembros de la familia se presenta como mecanismo de defensa, esto ocurre al momento del diagnóstico.¹⁵

Así mismo hay algunas herramientas más como los mapas familiares que son instrumentos donde se organizan los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista tanto de contenido como de interacción. Pueden apoyar al terapeuta a

planear desde un inicio la terapia, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y el mantenimiento de los síntomas o malestar familiar.

Por lo tanto la familia es un pilar fundamental en el control y soporte del estrés para los diferentes miembros de la familia que la componen. De acuerdo a los diversos roles en los que un miembro de la familia pertenezca, puede recaer en mayor o menor grado la estabilidad familiar.

La funcionalidad familiar se ve afectada con la presencia de un integrante que presente algún padecimiento crónico como es la migraña o la presencia de una enfermedad crónica la cual se hace evidente al pertenecer el integrante a una familia de carácter disfuncional.¹⁷

Analgésicos simples (ASA, Paracetamol, Ibuprofeno o naproxeno) tomado de inmediato alivia el dolor, una combinación de ergotamina 1 mg y cafeína 100 mg es muy útil se toman de 1 a 2 tabletas al principio de la cefalea o cuando aparecen los síntomas de advertencia, seguidas de una tableta cada 30 minutos de ser necesario, hasta un total de 6 tabletas por ataque y 10 tabletas por semana esto cuando hay vomito no es posible por lo que en estos casos se deberá administrar ergotamina y cafeína rectal (2mg de ergotamina) o mesilato de dihidroergotamina (0.5 a 1 mg IV o 1 a 2 mg SC o IM). Una alternativa es administrar proclorperazina VR (25 mg) o IV 10 mg, la ergotamina debe evitarse en el embarazo.

El sumatriptan con afinidad a receptores tipo 1 de serotonina administrada por vía SC es adecuado para los ataques.

Zolmitriptan agonista tipo 1 de serotonina a dosis de 5 mg VO con alivio en 1 hora. Estos fármacos pueden causar náusea y vomito deben evitarse en mujeres embarazadas así como en pacientes con riesgo de presentar Evento vascular cerebral, cuando se usan con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o inhibidores de la recaptura de serotonina/noradrenalina los triptanos pueden causar un síndrome por serotonina potencialmente letal (agitación, confusión, fiebre, falta de coordinación, vomito, taquicardia).

En casos raros son necesarios los analgésicos narcóticos como la meperidina (100 mg IM) o tartrato de butorfanol por vía nasal (1mg por disparo cada 3-4 horas), el propofol IV en dosis inferiores a las anestésicas es eficaz en casos intratables.

Es eficaz cuando las migrañas tienen una frecuencia mayor de 2 a 3 veces al mes, estos fármacos es posible que afecten la vasculatura extra cerebral y también tengan efecto cerebral, por ejemplo la estabilización de la neurotransmisión serotoninérgica. Deben continuarse varios meses una vez que se encontró un medicamento útil. Si el paciente permanece sin cefaleas, la dosis puede reducirse en forma gradual para retirar el fármaco al final. En algunas personas también se puede administrar toxina botulínica tipo A para prevenir la migraña con pocos efectos sistémicos y solo es necesario administrarla a intervalos de varios meses.

Los antagonistas de los canales de calcio pueden disminuir la frecuencia de los ataques después de varias semanas, pero no modifican la intensidad y duración de la crisis, no deben utilizarse con beta-bloqueadores.

Además de los efectos funcionales de la migraña, la decisión de iniciar la profilaxis se basa en consideraciones desde la perspectiva del paciente (por ejemplo, la carga percibida de la migraña, los beneficios esperados o desventajas, la interacción con familiares, colegas y médico). Por lo tanto, al aconsejar a los pacientes con migraña sobre la profilaxis, sus opiniones deben ser tenidas en cuenta. Los pacientes tienen que estar abiertos a los consejos, la información y la intervención ofrecida en un momento apropiado en el curso de la migraña.

La terapia profiláctica es una opción para pacientes con frecuentes cuadros de migraña. El resultado de 6-12 meses de tratamiento preventivo es que en aproximadamente el 50% de los pacientes la frecuencia de ataque disminuye un 50%. Además, los ataques suelen ser menos graves. ⁶

El uso de terapias no farmacológicas complementarias en el dolor de cabeza se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Una encuesta nacional de base poblacional realizado en los EE.UU. para determinar la prevalencia, los costos y el patrón de uso de las terapias no convencionales ha mostrado que alrededor de un tercio de los sujetos investigados había seguido alguna forma de tratamiento no farmacológico en el año anterior a la encuesta y que el costo de tales tratamientos fue el mismo que el costo anual de las hospitalizaciones en EE.UU. En el campo de los tratamientos preventivos de dolor de cabeza, revisiones sistemáticas y meta-análisis se informó que las intervenciones estudiadas se limitaban a tratamientos farmacológicos y las terapias cognitivo / conductuales estaban muy desvaloradas.

A pesar de la alta prevalencia de la cefalea tensional en la población en general, las tasas de utilización de tratamientos no farmacológico en enfermos de TTH permanecen poco estudiada. Sólo unos pocos estudios han evaluado la eficacia de las técnicas de fisioterapia tradicionales de calor, masaje, tracción, ejercicio específico o la educación postural.

Algunos estudios pudieron demostrar una reducción significativa en el número de días con dolor de cabeza posterior a la fisioterapia. En ensayos, la "fisioterapia" consistía en una variedad de técnicas de relajación, estiramiento, TENS y terapia de hielo, así como la educación sobre la tensión muscular.

Estos tratamientos resultaron en beneficios para el estado de ánimo de los pacientes y la función general de salud, así como para el número de días con dolor de cabeza, a pesar de que no se proporcionaron cifras exactas para este último.

La disminución de la gravedad de la cefalea evaluado en la escala analógica visual en los pacientes que habían sido tratados con fisioterapia es diferente en comparación con los que solo reciben tratamientos farmacológicos, teniendo con

esto que las terapias conductivo conductuales son una excelente arma para el tratamiento y control del dolor de cabeza y que se pudiera relacionar a problemas de la vida diaria las condicionantes para el mantenimiento del dolor de cabeza y sus recurrencias.¹⁸

Las terapias se dividen en aguda sintomáticas y profilácticas. Hasta la fecha, los triptanos son el estándar de oro en la terapia de la migraña aguda. Son potentes 5-hidroxitriptamina (serotonina) subtipos 1B y los agonistas de los receptores 1D que, al administrarse por vía oral, son eficaces en el 29% a 64% de los pacientes, en función de los criterios utilizados para definir el alivio del dolor. De hecho, el actual tratamiento profiláctico, como el valproato de magnesio, el verapamilo, el topiramato y la lamotrigina se sabe que tienen efectos sobre las tipos asociados a la migraña de los canales iónicos. Varios fármacos que bloquean la activación de células gliales también están disponibles y han aprobado los perfiles clínicos de seguridad. Estos medicamentos incluyen la naltrexona, naloxona, la minociclina, y algunos ya han demostrado ser eficaces como profilaxis para la migraña.³

A menudo, la migraña puede tratarse hasta cierto punto con medidas no farmacológicas, las que son beneficiosas para un paciente determinado deben aplicarse de forma sistemática ya que, en ese caso, constituyen una estrategia sencilla y rentable. Los enfermos con migraña no tienen más estrés que las personas sin cefalalgia sino que, más bien, la cuestión parece ser una respuesta excesiva al estrés.

Entre estas técnicas se encuentran el yoga, la meditación, la hipnosis y las de acondicionamiento como la biorregulación, evitar cualquier factor desencadenante, además del tratamiento farmacológico profiláctico o sintomático cuando sea necesario.

Dentro de las medidas no farmacológicas se encuentran la aplicación de:

- Compresas frías en cuello y cabeza, 3 veces al día por 10 minutos en los ataques agudos.
- Evitar lugares con ruido o luz intensa.
- Se recomienda otorgar incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días solo en cuadros severos.
- Los pacientes con nivel de “status” (severa mayor de 72 horas) se deberán manejar en urgencias.
- Apoyo psicológico y/o psiquiátrico.

El paciente con migraña requiere en algunas ocasiones tratamiento profiláctico para disminuir la frecuencia y severidad de los ataques, por lo que las terapias enfocadas a factores modificables como es la terapia conductual y familiar podrían ayudar al manejo de la profilaxis de los ataques de migraña realizándose con citas periódicas las cuales van a depender del grado afectación en sus diversos círculos familiares, sociales, económicos y personales.¹³

Por ello la familia es un pilar fundamental en el control y soporte del estrés para los diferentes miembros de la familia que la componen. De acuerdo a los diversos roles en los que un miembros de la familia pertenezca, puede recaer en mayor o menor grado la estabilidad familiar.

El ejercicio se encontró que era igual que los métodos de relajación con respecto a la reducción de la frecuencia de la migraña. Este enfoque no farmacológico por lo tanto, puede ser una opción para el tratamiento profiláctico de la migraña en pacientes que no reciban los beneficios o no quieren recibir todos los días de medicación. ⁴

JUSTIFICACIÓN

La migraña se presenta en todos los grupos de edad desde la infancia hasta la edad adulta, con mayor frecuencia en el sexo femenino en razón de 3:1, debido a que la familia es un sistema dinámico en el que cada uno de sus miembros ejerza una marcada influencia en la conducta de los demás integrantes.

En casos severos la migraña puede manifestarse con limitación o incapacidad para las actividades de la vida diaria, por lo que consideramos que el tipo de familia podría influir en el adecuado control de la migraña o participar en la mayor frecuencia de Exacerbaciones de cuadros agudos de migraña.

Dadas las características de esta patología, en la cual pueden influir diferentes factores en su evolución, como son las necesidades afectivas y a la familia con su estructura particular los cuales son datos importantes relacionados con la constitución de la familia y sus orígenes, las características emocionales de los padres, sus conflictos, los vínculos y la evolución de los mismos y la forma de enfrentar sus conflictos. El conocimiento de estos elementos será de suma utilidad para ajustar la información a conocer, y puede explicar la causa del fracaso de una indicación médica

El panorama de las enfermedades neurológicas, pero especialmente la migraña, se ha transformando notablemente durante las dos últimas décadas, al conocerse mejor su epidemiología, patología, fisiopatología y comprobarse en la práctica clínica se conduce como enfermedad hereditaria, vascular, neurológica y ambiental, puesto que los factores determinantes para su prevalencia y su morbilidad son externos y personales, susceptible a modificar alguno de ellos de forma voluntaria. Así también sabemos que una gran proporción de pacientes con migraña sufren exacerbaciones por alteraciones en el desarrollo del núcleo familiar.

La finalidad de este estudio, es investigar algunos aspectos de la funcionalidad familiar en paciente con exacerbaciones de migraña, considerando a la familia como el que lleve al internamiento continuo debido a este padecimiento y que rol juega cada miembro identificar si la familia es contribuyente a la aparición de exacerbaciones de cuadros de migraña, ya que con ello lograremos corroborar la importancia que tiene la familia como factor protector y/o desencadenante de las recurrencia de cuadros agudos de migraña.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la migraña existen factores que determinan la aparición y las exacerbaciones de cuadros agudos de migraña, entre ellos se encuentran los factores ambientales, la funcionalidad familiar que podría contribuir a la presentación de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña y la frecuencia con que se presentan, hasta ahora existen pocos estudios en los que haya determinado el efecto de la funcionalidad familiar sobre la frecuencia de la recurrencia de cuadros agudos de migraña.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación de la funcionalidad familiar sobre la frecuencia de exacerbaciones en los pacientes con diagnóstico de migraña?

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

Si existe relación entre la funcionalidad familiar con las exacerbaciones de migraña.

Hipótesis nula

No existe relación entre la funcionalidad familiar con las exacerbaciones de migraña.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Determinar la relación de la funcionalidad familiar en el número de exacerbaciones en pacientes con diagnóstico de migraña.

Objetivos específicos

Determinar la frecuencia de exacerbaciones de cuadro agudo de migraña.

Determinar la tipología familiar sobre el número de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña.

Determinar la funcionalidad familiar y la relación con la frecuencia de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, se incluyeron pacientes que acuden a consulta de manera rutinaria o en consulta de urgencia dentro del Hospital General de Zona No. 24 del IMSS, por medio de expedientes clínicos con diagnóstico de migraña con edad a partir de 18 años de edad, en la consulta de medicina interna, neurología y urgencias.

Características del lugar donde se realizara el estudio

El lugar donde se realizo el estudio es el Hospital general de zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social que es una unidad de segundo nivel de atención, donde se captaron a través de la consulta externa de medicina interna, neurología y urgencias del mismo hospital, nuestra área de influencia es la zona norte del distrito federal que comprende la delegación Gustavo a Madero y Miguel Hidalgo, en el cual es accesible llegar a través de transporte público y/o particular.

Diseño del estudio: Transversal analítico.

Muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia en el cual se incluyeron 162 pacientes con diagnóstico de migraña que acuden a consulta externa de manera rutinaria en los servicios de urgencia, medicina interna y neurología dentro del Hospital General de Zona No. 24 del IMSS.

Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes que participaron en el estudio dentro de las instalaciones del hospital.

Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula para el cálculo en estudios poblacionales mayores de 10 mil habitantes. La prevalencia calculada para México es de 1.2% en personas mayores de 18 años de edad, con un nivel de confianza de 1.96 y un error mínimo de 0.05.

Cálculo del tamaño de la muestra:

$$N = \frac{z^2 (PQ)}{d^2}$$

Dónde:

N= Tamaño de la muestra,

Z= Es el valor de la desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de significación del 5%.

P= Frecuencia esperada del factor a estudiar

Q= 1- P

D= Precisión o error admitido

El valor de N obtenido por esta fórmula indica el tamaño de la muestra para una población Infinita, a efectos prácticos se considera población infinita cuando la muestra supone menos del 5% de la población total.

Aplicada:

Z = 1.96

P = 0.12 (1.2%)

Q = 1-P

D = 0.05 (5%)

$$N = \frac{1.96^2 (0.12) (0.88)}{(0.05^2)}$$

$$N = \frac{(3.8416) (0.12) (0.88)}{0.0025}$$

$$N = \frac{0.4057}{0.0025} = 162$$

TOTAL = 162 pacientes

Esto significa que se necesito una muestra de 162 personas para estimar con un 95% de confianza la prevalencia de migraña con y sin aura, no alejándose más del 5% del verdadero porcentaje del universo.

Criterios de selección

Inclusión:

Hombres y mujeres.

De 18 y más años de edad.

Con diagnóstico y tratamiento específico de migraña de 6 meses y más.

Que acepten participar en el estudio.

No inclusión o exclusión:

Que vivan solos.

Que tengan menos de 18 años de edad

Que tengan otra enfermedad crónica.

Con cefalea mixta.

Mujeres embarazadas.

Eliminación:

Encuestas mal llenadas

Variables estadísticas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE MEDICION
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona.	Interrogatorio directo: <ul style="list-style-type: none"> • 18 – 30 años. • 31 – 40 años. • 41 – 50 años. 	Independiente	Cuantitativa.
Sexo.	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	1. Femenino 2. Masculino	Independiente	Cualitativo nominal.
Tipología Familia.	Grupo social natural en el cual los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero de ellos principalmente influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares, y por su participación con grupos extra familiares.	1.- Clasificación estructural. Familia nuclear: padre, madre e hijos. Familia extensa: padre, madre, hijos y familiares consanguíneos. Familia compuesta: padre, madre, hijos y no consanguíneos. 2.- Dinámica Familiar. Familia integrada: Familia completa, en la cual todos cumplen sus funciones o roles familiares. Familia Semi-integrada: Familia	Independiente	Cualitativa nominal.

		<p>completa, pero alguno de ellos no cumple con su rol familiar.</p> <p>Familia desintegrada: Familia en la que falta uno de sus elementos o que no cumple con su rol.</p>		
<p>Funcionalidad Familiar.</p>	<p>Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, de manera que promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.</p>	<p>Mediante</p> <p>1. Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF).</p> <p>Factor 1: involucramiento afectivo funcional.</p> <p>Factor 2: involucramiento afectivo disfuncional.</p> <p>Factor 3: patrones de comunicación disfuncionales.</p> <p>Factor 4: patrones de comunicación funcionales.</p> <p>Factor 5: resolución de problemas:</p> <p>Factor 6: patrones de control de conducta.</p>	<p>Dependiente.</p>	<p>Cualitativa nominal.</p>
<p>Migraña.</p>	<p>Síndrome benigno y recidivante de cefalea que se</p>	<p>Pacientes que se encuentran con diagnóstico de</p>	<p>Dependiente.</p>	<p>Cualitativa.</p>

	<p>presenta en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas, unilaterales, pulsátil, con intensidad de moderado a grave que aumenta con los esfuerzos o estímulos acompañado de náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia de carácter incapacitante.</p>	<p>migraña de más de 6 meses.</p>		
<p>Exacerbaciones de migraña.</p>	<p>Aumento de la intensidad o gravedad de un la migraña.</p>	<p>Frecuencia por mes en una escala numérica e intensidad con una escala análoga del dolor de 0-10</p>	<p>Dependiente.</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>

Análisis de datos

En este estudio se utilizaron para la recolección, organización, presentación, análisis e interpretación de los datos, la cual nos ayudo a transformar datos numéricos en forma útil. Utilizando la información obtenida del **cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF)** e interrogatorios agregados con el fin de tabular así como graficar y al finalizar utilizar formas aritméticas con el fin de obtener frecuencias, porcentajes, promedio, mediana, moda, desviación estándar y varianza, para la especificación de los resultados. Ji^2 para la significancia estadística.

Recursos humanos físicos y financieros

Dentro de los recursos humanos se encuentra: investigador, los asesores de investigación, pacientes que participaron en el estudio.

La infraestructura fue el Hospital General de Zona No. 24 del IMSS a partir de su dirección, archivo clínico, departamento de medicina interna, neurología y urgencias propiamente así como biblioteca.

Recursos materiales: Lápiz, goma, sacapuntas, plumas, hojas (cuestionarios), impresora, tóner, laptop, libros, artículos, internet.

Los recursos financieros fueron absorbidos por el propio investigador.

RESULTADOS

El mayor grupo de edad en los pacientes estudiados fue de 18-30 años con un 37.7% (N=61), con una media de 34.58 ± 9.1 (18 a 50 años); el sexo femenino predominó con un 58% (N=94). Cuadro 1

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Variable	N	%
Edad		
18-30	61	37.7
31-40	59	36.4
41-50	42	25.9
Sexo		
Femenino	94	58
Masculino	68	42

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En cuanto a la frecuencia de eventos agudos de migraña con la que lo presentaron predominó de 1 a 3 con el 53.7% (N=87); en la escala análoga del dolor lo refirieron con un puntaje de 6 lo que corresponde a un 22.2% (N=36); en la clasificación del nivel del dolor se mantuvo con mayor frecuencia de exacerbaciones agudas de migraña en el rango de moderado de 4-6 en un 48.1% (N=78). Cuadro 2

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE EXACERBACIONES E INTENSIDAD DE LOS CUADROS

Variable	N	%
Migraña	N	%
Frecuencia de exacerbaciones de migraña		
1-3	87	53.7
4-6	58	35.8
7-10	17	10.5
Escala análoga visual del dolor		
1	0	0
2	11	6.8
3	17	10.5
4	11	6.8
5	30	18.5
6	36	22.2
7	26	16.0
8	24	14.8
9	6	3.7
10	1	0.6
Clasificación del nivel del dolor		
Leve 1-3	28	17.3
Moderado 4-6	78	48.1
Grave 7-10	56	34.6

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

El siguiente cuadro muestra algunas características familiares exploradas en los pacientes entrevistados, donde se expresaron según con un rol de madre con un 34% (N=55); en cuanto a estructura familiar predominó la familia nuclear (Padre, madre e hijos) con un 54.9% (N=89); en cuanto a su dinámica predominaron las familias semi-integradas (algunos de sus integrantes faltan o no cumplen con sus actividades) en un 39.5% (N=64); y demográficamente un 100% fueron familias urbanas. Cuadro 3

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR

Variable	N	%
Rol familiar		
Madre	55	34.0
Padre	39	24.1
Hijo (a)	46	28.4
Abuelo (a)	11	6.8
Tío(a)	6	3.7
Sobrino (a)	5	3.1
Estructura familiar		
Familia nuclear	89	54.9
Familia extensa	59	36.4
Familia compuesta	14	8.6
Demografía		
Rural	0	0
Urbana	162	100
Dinámica familiar		
Familia integrada	62	38.3
Familia semi-integrada	64	39.5
Familia desintegrada	36	22.2

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En este cuadro se muestra según la Escala de Funcionalidad familiar del total de entrevistados un afecto funcional presente del 80.2% (N=130); con afecto disfuncional negativo fueron un 61.1% (N=99); presencia de comunicación disfuncional un 56.8% (N=92); y comunicación funcional el 85.8% (N=139); manifestaron una resolución de problemas el 89.5% (N=145) y control de conducta se presentaron en el 80.2% (N=130) de las familias. Cuadro 4

CUADRO 4. ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA

Variable	N	%
Escala de funcionalidad familiar (EFF)		
Afecto funcional		
Si	130	80.2
No	32	19.8
Afecto disfuncional		
Si	63	38.9
No	99	61.1
Comunicación disfuncional		
Si	92	56.8
No	79	43.2
Comunicación funcional		
Si	139	85.8
No	23	14.2
Resolución de problemas		
Si	145	89.5
No	17	10.5
Control de conducta		
Si	130	80.2
No	32	19.8

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

Los pacientes entrevistados que presentaron menos de 3 eventos agudos de migraña tuvieron una edad de 18 a 30 con el 39.1% (N=34), en eventos de 4 a 6 el grupo de 18 a 30 años con el 43.1% (N=25) y con eventos de 7 a 10 fueron el grupo de 31-40 años con el 47.1% (N=8); en cuanto al género en eventos menores de 3 predominó el femenino con el 58.6% (N=51), en eventos de 4 a 6 el género es femenino con el 53.4% (N=31) y de 7 a 10 eventos en un mes lo ocupa el femenino con el 70.6% (N=12). Cuadro 5

CUADRO 5. FRECUENCIA DE EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO A LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES

Variable	Frecuencia de exacerbaciones						P
	Menos de 3		de 4 a 6		De 7 a 10		
	N	%	N	%	N	%	
Edad							.201
18-30	34	39.1	25	43.1	2	11.8	
31-40	32	36.8	19	32.8	8	47.1	
41-50	21	24.1	14	24.1	7	41.2	
Sexo							.446
Femenino	51	58.6	31	53.4	12	70.6	
Masculino	36	41.4	27	46.6	5	29.4	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En cuanto al rol familiar en frecuencias de eventos agudos de migraña menores de 3 predomino la madre con el 34.5% (N=30), en eventos de 4 a 6 en el rol de hijo con el 36.2% (N=21), y en eventos de 7 a 10 se presentó en el rol de madre con el 52.9% (N=9); en cuanto a estructura familiar en eventos menores de 3 fue mayor en las familias nucleares con el 73.6% (N=64), en eventos de 4 a 6 se observó mayor en familias extensas con el 50% (N=29) y en eventos agudos de 7 a 10 predomino las familias extensas con el 52.9% (N=9); en lo referente a la dinámica familiar en eventos menores de 3 fueron las familias nucleares con el 51.7% (N=45), en eventos de 4 a 6 en familias semi-integradas con el 46.6% (N=27), y en eventos de 7 a 10 en un mes predominaron las familias semi-integradas con el 47.1% (N=8). Cuadro 6

CUADRO 6 FRECUENCIAS DE EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO A LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

Variable	Frecuencia de exacerbaciones						P
	Menos de 3		de 4 a 6		De 7 a 10		
	N	%	N	%	N	%	
Rol familiar							.046
Madre	30	34.5	16	27.6	9	52.9	
Padre	22	25.3	13	22.4	4	23.5	
Hijo (a)	25	28.7	21	36.2	0	0	
Abuelo (a)	3	3.4	4	6.9	4	23.5	
Tío (a)	4	4.6	2	3.4	0	0	
Sobrino (a)	3	3.4	2	3.4	0	0	
Estructura familiar							.000
Familia nuclear	64	73.6	20	34.5	5	29.4	
Familia extensa	21	24.1	29	50	9	52.9	
Familia compuesta	2	2.3	9	15.5	3	17.6	
Topografía							
Urbana	87	100	58	100	17	100	.a
Rural	0	0	0	0	0	0	
Dinámica familiar							
Familia integrada	45	51.7	13	22.4	4	23.5	.004
Familia semi-integrada	29	33.3	27	46.6	8	47.1	
Familia desintegrada	13	14.9	18	31	5	29.4	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En relación a las frecuencias de exacerbaciones y la escala de evaluación de funcionalidad familiar se observó que en menos de 3 eventos hay **afecto funcional** en el 87.4% (N=76), en eventos de 4 a 6 fue positivo en el 75.9% (N=44), y en eventos de 7 a 10 fue positivo en el 58.8% (N=10); en el **afecto disfuncional** en eventos de menos de 3 fue negativo en el 75.9% (N=66), en eventos de 4 a 6 fue positivo en el 55.2% (N=32), en eventos de 7 a 10 se presentó en el 58.8% (N=10); en la **comunicación disfuncional** en eventos de menos de 3 se presentó en el 56.3% (N=49), en eventos de 4 a 6 positivo con un 55.2% (N=32), y en frecuencias de 7 a 10 presente con el 64.7% (N=11); en la **comunicación funcional** se presentó en eventos menores de 3 en un 90.8% (N=79), en eventos de 4 a 6 con un 79.3% (N=46) y en eventos de 7 a 10 con un 82.4% (N=14); en la **resolución de problemas** con frecuencias de menos de 3 fue positivo con un 95.4% (N=83), en eventos de 4 a 6 con un 84.5% (N=49) y en

eventos de 7 a 10 con un 76.5% (N=13); en el **control de conducta** en eventos de menos de 3 se presentó con un 82.8% (N=72), eventos de 4 a 6 con un 74.1% (N=43) y en eventos de 7 a 10 con un 88.2% (N=15). Cuadro 7

CUADRO 7. FRECUENCIA DE EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO A LA ESCALA DE EVOLUCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Variable	Frecuencia de exacerbaciones							P
	Menos de 3		de 4 a 6		De 7 a 10			
	N	%	N	%	N	%		
Afecto funcional							0.15	
Si	76	87.4	44	75.9	10	58.8		
No	11	12.6	14	24.1	7	41.2		
Afecto disfuncional							.000	
Si	21	24.1	32	55.2	10	58.8		
No	66	75.9	26	44.8	7	41.2		
Comunicación disfuncional							.777	
Si	49	56.3	32	55.2	11	64.7		
No	38	43.7	26	44.8	2	35.3		
Comunicación funcional							.138	
Si	79	90.8	46	79.3	14	82.4		
No	8	9.2	12	20.7	3	17.6		
Resolución de problemas							.020	
Si	83	95.4	49	84.5	13	76.5		
No	4	4.6	9	15.5	4	23.5		
Control de conducta							.302	
Si	72	82.8	43	74.1	15	88.2		
No	15	17.2	15	25.9	2	11.8		

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En este cuadro podemos observar que el grupo de edad y la escala de dolor se observó que en intensidades leve se presentó mayor en el grupo de edad de 31 a

40 años con el 39.3% (N=11), en intensidad moderada fue en edad de 31 a 40 con un 39.7% (N=31), en intensidad grave en edad de 18 a 30 con un 50% (N=28); en el género con intensidad leve fue en el sexo femenino con el 53.6% (N=15), en intensidad moderada femenino con un 55.1% (N=43), en intensidad grave con el 64.3% (N=36) el género femenino. Cuadro 8

CUADRO 8. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR EN LAS EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES

Variable	Dolor						P
	Leve 1-3		Moderado 4-6		Grave 7-10		
	N	%	N	%	N	%	
Edad							0.227
18-30	9	32.1	24	30.8	28	50	
31-40	11	39.3	31	39.7	17	30.4	
41-50	8	28.6	23	29.5	11	19.6	
Sexo							0.497
Femenino	15	53.6	43	55.1	36	64.3	
Masculino	13	46.4	35	44.9	20	35.7	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En este cuadro se observa la relación de las características familiares y el grado de dolor de las exacerbaciones de migraña; en cuanto al rol familiar e intensidad leve predominó en la madre con 39.3% (N=11), en intensidad moderada fue la madre con el 32.1% (N=25), en grave predominó tanto el hijo como la madre con el 33.9% (N=19) cada uno respectivamente; en cuanto a su composición con intensidad leve fue mayor en familias nucleares con 60.7% (N=17), intensidad moderada a familias nucleares con un 56.4% (N=44), intensidad grave familias nucleares con 50% (N=28); a la dinámica familiar con intensidad leve fue mayor en familias integradas con el 57.1% (N=16), intensidad moderada familias integradas con un 46.2% (N=36), e intensidad grave familias semi-integradas con el 50% (N=28). Cuadro 9

CUADRO 9. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR EN LAS EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO A ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

Variable	Dolor						P
	Leve 1-3		Moderado 4 a 6		Grave 7 a 10		
	N	%	N	%	N	%	
Rol familiar							0.933
Madre	11	39.3	25	32.1	19	33.9	
Padre	7	25	21	26.9	11	19.6	
Hijo (a)	8	28.6	19	24.4	19	33.9	
Abuelo (a)	1	3.6	7	9.0	3	5.4	
Tío (a)	1	3.6	3	3.8	2	3.6	
Sobrino (a)	0	0	3	3.8	2	3.6	
Estructura familiar							0.201
Familia nuclear	17	60.7	44	56.4	28	50	
Familia extensa	11	39.3	24	30.8	24	42.9	
Familia compuesta	0	0	10	12.8	4	7.1	
Topografía							.a
Urbana	28	100	78	100	56	100	
Rural	0	0	0	0	0	0	
Dinámica familiar							.001
Familia integrada	16	57.1	36	46.2	10	17.9	
Familia semi-integrada	10	35.7	26	33.3	28	50	
Familia desintegrada	2	7.1	16	20.5	18	32.1	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En este cuadro se muestra que la intensidad de dolor y la funcionalidad familiar mostro que una intensidad leve con afecto funcional en el 100% (N=28), en intensidad moderada con afecto funcional presente con 80.8% (N=63), intensidad grave con afecto funcional con el 69.6% (N=39), en cuanto al afecto disfuncional no se presentó con intensidad leve con 92.9% (N=26), en intensidad moderada no se presentó afecto disfuncional con un 62.8% (N=49), y en la intensidad grave se presentó un afecto disfuncional con un 57.1% (N=32); en cuanto a comunicación disfuncional e intensidad leve fue igual la respuesta con un 50% (N=14), en intensidad moderada no hubo predominio con un 50% (N=39), en intensidad grave fue positiva la comunicación disfuncional con un 69.6% (N=39); en cuanto a la

comunicación funcional e intensidad leve se presentó en el 96.4% (N=27), en intensidad moderada fue positiva en un 88.5% (N=69), en intensidad grave con un 76.8% (N=43); en la resolución de problemas e intensidad leve se presentó con un 100% (N=28), intensidad moderada fue positiva con el 89.7% (N=70), e intensidad grave presente con un 83.9% (N=47); en cuanto al control de conducta con intensidad leve se presentó con el 82.1% (N=23), con intensidad moderada positivo con un 83.3% (N=65), e intensidad grave presente con el 75% (N=42). Cuadro 10

CUADRO 10 CLASIFICACIONES DEL DOLOR EN LAS EXACERBACIONES DE MIGRAÑA CON RESPECTO A LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Variable	Dolor							P
	Leve 1-3		Moderado 4-6		Grave 7-10			
	N	%	N	%	N	%		
Afecto funcional							0.004	
	Si	28	100	63	80.8	39	69.6	
	No	0	0	15	19.2	17	30.4	
Afecto disfuncional							0.000	
	Si	2	7.1	29	37.2	32	57.1	
	No	26	92.9	49	62.8	24	42.9	
Comunicación disfuncional							0.056	
	Si	14	50	39	50	39	69.6	
	No	14	50	39	50	17	30.4	
Comunicación funcional							0.034	
	Si	27	96.4	69	88.5	43	76.8	
	no	1	3.6	9	11.5	13	23.2	
Resolución de problemas							0.076	
	Si	28	100	70	89.7	47	83.9	
	No	0	0	8	10.3	9	16.1	
Control de conducta							0.471	
	Si	23	82.1	65	83.3	42	75	
	No	5	17.9	13	16.7	14	25	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

En este cuadro observamos que en relación con las frecuencias e intensidad de cuadros de migraña se comportaron de la siguiente manera: con frecuencias menores de 3 se presentaron con intensidad moderada con el 43.7% (N=38), en eventos de 4 a 6 con intensidad moderada con un 48.3% (N=28), y frecuencias de 7 a 10 con intensidad moderada con el 70.6% (N=12). Cuadro 11

CUADRO 11. FRECUENCIA DE EXACERBACIONES DE MIGRAÑA EN RELACIÓN A LA INTENSIDAD E DOLOR PERCIBIDA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS

Variable	Frecuencia de exacerbaciones						P
	Menos de 3		de 4 a 6		De 7 a 10		
	N	%	N	%	N	%	
Dolor							0.060
Leve 1-3	21	24.1%	7	12.1	0	0	
Moderado 4-6	38	43.7%	28	48.3%	12	70.6%	
Grave 7 a 10	28	32.2%	23	39.7%	5	29.4%	

Fuente: Encuestas a pacientes derechohabientes del HGZ No. 24

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observaron que los casos de frecuencias de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña se presentaron mayor en el grupo de edad de 18 a 30 años con el 37.7% con una media de 34 años \pm 9 con predominio del sexo femenino con un 58% del total de casos entrevistados.

El número de frecuencias de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña se presentan de 1 a 3 con el 53.7% con una media de 3 \pm 2 con una intensidad I del dolor en promedio de 6 \pm 2 lo que corresponde a casos de moderada a grave intensidad.

Dentro de algunas de las características familiares predominaron las familias nucleares en frecuencias menores de tres así como una dinámica familiar integrada, mientras que de 4 a 10 exacerbaciones predominaron las familias extensas con dinámica familiar semi-integradas.

Dentro de los parámetros evaluados de funcionalidad familiar el afecto disfuncional se presenta en eventos agudos de migraña de 4 a 10 en un mes y en los casos de 1 a 3 eventos en un mes la comunicación en más de la mitad de los casos está presente como factor de protección, así como la comunicación disfuncional se encuentra presente desde el mínimo evento agudo lo que conlleva a una falta de posibilidad de cambio en el núcleo familiar y la permanencia de los síntomas, sin afectar la resolución de problemas y control de conducta en quienes se muestra presente en todos los eventos agudos.

DISCUSIÓN

A través de este estudio se determinó que la funcionalidad familiar tiene un efecto en el número de eventos agudos de migraña e intensidad de dolor con áreas de mayor disfuncionalidad en el afecto, comunicación y la pertenencia a familias extensas (padre, madre, hijos y consanguíneos) y compuestas (Padre, madre, hijos o no consanguíneos) con una dinámica familiar semi-integrada (Uno a más de sus integrantes no cumplen con sus funciones) con un predominio importante del género femenino entre la segunda y tercera década de la vida con un rol de madre al ser la cuidadora primaria de prácticamente todos los integrantes.

En 2009 Melo y López²³ estudiaron que la migraña en México representa el 4% de las atenciones médicas ocupando el lugar 19 a nivel mundial (OMS 2009), con una frecuencia de ataques agudos de migraña que varía entre cada paciente teniendo de 1 a 5 ataques por mes; con poca diferencia con nuestros resultados los pacientes entrevistados con este diagnóstico en promedio presentan seis eventos en un mes e intensidad moderada de dolor habiendo una mínima de 1 y máxima de diez al mes.

Afecta predominantemente a las mujeres con una relación de 4:1 en relación al género masculino con un pico de incidencia en la tercera década de la vida la cual disminuye con la edad, aunado a diversos tipo de eventos estresantes de la vida diaria como lo son las relaciones personales, laborales que incluyen a los adultos y adolescentes en el estudio realizado por Wolkin y cols²²; en lo cual estamos de acuerdo ya que en nuestro estudio el género femenino se presentó en la mayor proporción con más de la mitad de los casos, con un grupo de edad que oscila entre la segunda y tercera década de la vida la cual es una etapa de mayor productividad, desarrollo personal y laboral.

Montiel y Peña realizaron un estudio en pacientes venezolanos¹⁹ en relación a trastornos psicósomáticos encontraron que el ambiente familiar es una entidad formativa en desarrollo del individuo con factores protectores y como fuente de estrés, estableciendo que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones psicopatológicos, demostrando que los trastornos de la conducta son más comunes en las familias disfuncionales y el clima familiar es el reflejo de la dirección del crecimiento personal y en las características del sistema organizacional y de mantenimiento de la misma; en nuestro estudio observamos que el género femenino es el más vulnerable para presentar más eventos estresantes de la vida diaria ya que se relaciona con su rol materno, esposa e hija que juega dentro del ambiente familiar, además con la estructura nuclear de formación se incorporan otros integrantes como son sus padres que alteran la dinámica y funciones que pone de manifiesto la carga socialmente aceptada en su contexto de cuidadora primaria de todos sus integrantes, además se suma en

la actualidad las responsabilidades profesionales y la obligación laboral; además la frecuencia de eventos agudos de migraña se presentan de uno hasta seis eventos en la mayoría de los casos de los 18 a los 40 años con un nivel de dolor que va desde leve hasta moderado teniendo una disminución de estos a medida que aumenta la edad a partir de los 41 años, demostrándose que el rol de madre es el más afectado, teniendo implicaciones en el subsistema paterno-filial en el cual recae la mayor carga de estrés de la madre hacia los hijos con reglas rígidas y poco flexibles, que se manifiesta por trastornos somatomorfos con agudizaciones de padecimientos médicos ya existentes influyendo en el desarrollo personal, en ocasiones laboral, profesional y en el mayor de los casos a la funcionalidad familiar.

En un estudio español realizado por Rivero y Martínez²⁰ describieron para la aparición, mantenimiento de síntomas psicopatológicos hay factores psicológicos como ansiedad, estrés, estilo de vida, factores psicosociales, interacciones familiares, con un especial interés en la comunicación, funcionamiento y satisfacción familiar, tomando un papel importante de la familia en la explicación de los síntomas somáticos con apego excesivo, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto y los roles que juegan cada integrante del núcleo familiar; en comparación con nuestro estudio se logró observar que las familias extensas presentaron más eventos agudos, aunado a una dinámica familiar semi-integradas, lo que nos indica que las familias nucleares y con una dinámica adecuada de interacción son factores de protección para disminuir los eventos agudos de migraña con una mejor comunicación, integración e interacción entre sus miembros.

Según di Silvestre en su estudio en pacientes chilenos²¹ considera la psicopatización una causa de demanda de atención en primer nivel en salud, los cuales incluyen fenómenos clínicos hipotéticos de defensa naturales que no permiten la expresión de ansiedad y en su lugar una expresión visceral con una necesidad de somatizar su estrés como el medio para poder manifestarlo y demandando apoyo del mismo lo que resulto es que la comunicación y el funcionamiento familiar las que interactúan como una forma de mantenimiento de la misma con aumento progresivo de ataques en un mes y en la demanda de atención por parte del paciente; esto no se opone en nuestro estudio solo refuerza la relación con eventos agudos de migraña en la que se observa que aumentan los eventos a medida que aumenta el afecto instrumental en el que se cumplen solo las funciones de cuidado, alimentación, vivienda digna, etc. y se dejan de lado la expresión verbal, contacto físico y expresión emocional siendo este el afecto funcional; La resolución de problemas se mantiene prácticamente estable en todos los casos al igual que en control de conducta ya que al ser estas dos una forma de control personal y no poder llevarlas a cabo de una forma satisfactoria se compensa con el aumento eventos agudos de migraña como una forma de mantenimiento del sistema; sin embargo el aspecto más afectado en nuestro estudio es la comunicación siendo esta disfuncional desde el primer cuadro agudo hasta el décimo, lo que pone en evidencia que los eventos agudos de migraña como trastornos somatomorfos son un mecanismo por el cual se manejan los

hechos estresantes de la vida y en el caso de existir una enfermedad establecida esta la magnífica siendo una forma de manifestar la falta de comunicación directa y clara entre subsistemas siendo en forma indirecta la migraña su medio de comunicación.

Concluimos que el tipo de comunicación con la que nuestros pacientes se presentan en atención médica requiere tener una vigilancia adecuada e individualizada para dar un manejo y diagnóstico integral para establecer cambios en las habilidades de comunicación positivas como la empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes, habilidades efectivas de resolución de problemas, lo que permite a las familias crear un clima que anima a la participación con libertad en las interacciones y disminución de los eventos de migraña u otras patologías somato morfas preexistentes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en la atención médica continua en cualquier paciente y en especial en quienes cuenten con agudizaciones de patologías médicas preestablecidas con tratamiento óptimo y bajo control se busque intencionadamente la estructura familiar, dinámica familiar, rol que juega dentro del grupo, su funcionalidad y sus actividades de la vida diaria de forma integral porque muchas familias modernas tienen múltiples ocupaciones lo que sería un punto de interés para próximos estudios, ya que en este estudio solo se valoró su rol en el contexto familiar; es de vital importancia incrementar las medidas de atención hacia esta esfera social ya que se tendrá que trabajar en las personas cuyas familias no cuenten con medidas de protección para prevenir agudizaciones y mantenimiento de síntomas como en el caso de la migraña u otros trastornos psicósomáticos o somatomorfos.

Por lo que se requiere hacer investigaciones continuas aunadas a la respuesta de tratamientos desde la orientación familiar la cual es impartida por médicos familiares que cuentan con la capacidad para poder brindar una adecuada atención biopsicosocial y en su caso poder identificar a los pacientes que requieren orientación y/o terapia familiar la cual es impartida en esta unidad médica en coordinación con segundo nivel.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Irimia P., Palma J.A., Fernandez-Torron F., et al. Refractory migraine in a headache clinic Population. BMC Neurology 2011; 11:1471-2377.
2. - Beyazit Z. Comparison of the effects of dietary factors in the management and prophylaxis of migraine. Journal of Pain Research 2010; 3:125–130.
3. - Weir GA, Cader MZ. New directions in migraine. BMC Med. 2011; 9:116-119.
4. - Varkey E., Carlsson J. and Linde M. Exercise as migraine prophylaxis: A randomized study using relaxation and topiramate as controls. International Headache Society 2011; 31:1428–1438.
5. - Stina R. & Kerstin Ö. Migraine – more than a headache: women’s experiences of living with Migraine; Disability & Rehabilitation. 2012; 34:329–336.
- 6.- Frans D., Knuistingh N., Boukje A., et al. Prophylactic treatment of migraine; the patient’s view, a qualitative study; BMC Family Practice 2012;13:1471-2296.
- 7.- Jun W., Hughes M., Matthew F., Wagner J. Antimigraine medication use and associated health care costs in employed patients; J Headache Pain. 2012; 13:121–127.
- 8.- Antonaci F., Giuseppe N., Galli F., Gian C., Calabresi P., Costa M. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical Findings; J Headache Pain. 2011; 12:115–125.
9. - Markus S. Genetics of migraine in the age of genome-wide association studies; J Headache Pain. 2012; 13:1–9.
- 10.- Zaza K., Dawn C., Aubrey N., Richard B. Defining the Differences Between Episodic Migraine and Chronic Migraine; Curr Pain Headache Rep. 2012;16:86–92.
11. - The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.
12. - H. KERSTIN., ULLA A., M. Carin., Stress in migraine: personality-dependent vulnerability life event and gender are of significance; Upsala Journal of Medical Sciences. 2011; 116:187–199.

13. - Manejo de la cefalea tensional y migraña en el adulto., México: Instituto Mexicano del Seguro social; 2008
- 14.- Harrison, et al. Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España. 1998; 14:784-809.
- 15.- Membrillo A., Fernández M., Quiroz J., Rodríguez J. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Ed. ETM, 2008; 42:79-114.
- 16.- Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Lumen hormé. 1994; 11:32-46.
- 17.- Velazco L., Sinibaldi S. Manejo del enfermo crónico y su familia, Ed. Manual Moderno; 2001:9; 23-46.
18. - P Torelli, R Jensen. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study; Blackwell Publishing Ltd, 2004, 24, 29–36
- 19.- C Montiel., I Montiel., y J Peña., Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad; Psicología Conductual, 2005, 13, 297-310.
- 20.- N Rivero-Lazcano., A Martínez., L., El Papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos; Clínica y Salud, 2011, 22, 175-186.
- 21.- C. Silvestre., Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad; Cinta de Moebio, revista electrónica d epistemología de ciencias sociales; 1998, 4, 2-8.
- 22.- B. W. Friedman., B. M. Grosberg., Diagnosis and management of the primary headache disorders in the emergency department setting; Emerg Med Clin N Am, 2009, 27, 71–87.
- 23.- A. Melo., A. López., Migraña; Archivos de Neurociencias; 2012, 17, 172-178.

ANEXOS

ANEXO 1

Efecto de la funcionalidad familiar en el número de exacerbaciones en pacientes con diagnóstico de migraña.

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____. Teléfono: _____.
No. De afiliación: _____. Rol Familiar: _____.

Lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible.

La información que nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una x el número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo Fuertemente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo (1)

Pregunta	Valores dados				
1. Mi familia me escucha.	1	2	3	4	5
2. Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme.	1	2	3	4	5
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa.	1	2	3	4	5
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos.	1	2	3	4	5
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa.	1	2	3	4	5
7. Cuando se me presenta algún problema, me paraliza.	1	2	3	4	5
8. En mi familia acostumbramos	1	2	3	4	5

discutir nuestros problemas.					
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas.	1	2	3	4	5
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	1	2	3	4	5
12. Me siento parte de mi familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia, se lo digo.	1	2	3	4	5
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades.	1	2	3	4	5
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas.	1	2	3	4	5
16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia.	1	2	3	4	5
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. En nuestra familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	1	2	3	4	5
19. Me siento apoyado(a) por mi familia.	1	2	3	4	5
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.	1	2	3	4	5
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia.	1	2	3	4	5
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia.	1	2	3	4	5
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa.	1	2	3	4	5
24. En mi familia hablamos con franqueza.	1	2	3	4	5
25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta.	1	2	3	4	5
26. Las normas familiares están bien definidas.	1	2	3	4	5
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas.	1	2	3	4	5
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos.	1	2	3	4	5
29. Somos una familia cariñosa.	1	2	3	4	5
30. En casa no tenemos un horario para comer.	1	2	3	4	5
31. Cuando no se cumple una regla en	1	2	3	4	5

mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias.					
32. Mi familia no respeta mi vida privada.	1	2	3	4	5
33. Si estoy enfermo, mi familia me atiende.	1	2	3	4	5
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas.	1	2	3	4	5
35. En mi casa, nos decimos las cosas.	1	2	3	4	5
36. En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.	1	2	3	4	5
Total.					

ANEXO 2

Clasificación tipológica estructural familiar.

Marque con una cruz el tipo de familia al que pertenece:

Pregunta	Respuesta
1. Su familia consta de padre, madre e hijos.	()
2. Su familia consta de padre, madre, hijos y consanguíneos.	()
3. Su familia consta de padre, madre, hijos y amigos.	()
4. Habitan en medio rural.	()
5. Radican en la ciudad zona centro.	()
6. Radican en la ciudad en alguna colonia o las orillas.	()
7. Todos los integrantes de la familia cumplen con sus obligaciones.	()
8. Alguno de ellos no cumple con sus obligaciones.	()
9. Falta alguno de los integrantes de la familia (muerto o ausente).	()
10. Cuenta con empleo fijo alguno de los integrantes.	()
11. El padre o la madre son profesionistas.	()
12. La familia cuenta con un capital suficiente (tiene negocio propio).	()

Clasificación tipológica de la estructura familiar:

1.- clasificación estructural: se refiere a los elementos que conforman la familia.

Familia nuclear: padre, madre e hijos.

Familia extensa: padre, madre, hijos y consanguíneos.

Familia compuesta: padre, madre, hijos y no consanguíneos.

2.- Dinámica funcional la dividimos en:

Familia integrada: Familia completa, en la cual todos cumplen sus funciones o roles familiares.

Familia semi-integrada: Familia completa, pero alguno de ellos no cumple con su rol familiar.

Familia desintegrada: Familia en la que falta uno de sus elementos o que no cumple con su rol.

ANEXO 3

Escala de frecuencia e intensidad de exacerbaciones de cuadros agudos de migraña.

Instrucciones: En el recuadro de frecuencias favor de marcar con una x el número de exacerbaciones (ejemplo si fueron 5 marcar del 1 al 5) que presento en un mes y en recuadro de intensidad favor de colocar la intensidad de cada evento (con una escala de 1 a 10 siendo 1 el valor más bajo de intensidad y 10 la máxima intensidad).

Frecuencia en un mes	Intensidad de cada evento (de 1-10 siendo 1 la más baja intensidad y 10 como la máxima intensidad)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
Total:	Promedio:

ANEXO 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha	El estudio se realizará en el Hospital General de Zona No. 24 IMSS Distrito Federal, a ____ del mes ____ del 2013
Por medio de la presente autorizo	 <hr/>
participar en el protocolo de investigación titulado	Efecto de la funcionalidad familiar en el número de exacerbaciones en pacientes con diagnóstico de migraña.
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

El objetivo del estudio es: Determinar la relación de la funcionalidad familiar en el número de exacerbaciones en pacientes con diagnóstico de migraña.

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	M.C. Blanca Elsa Rivera García Matricula: 8672873 NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
____NOMBRE Y FIRMA	Erik Alberto Umaña Avelino. NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Tel. 55775821

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA