



UNIVERSIDAD ANAHUAC

VINCE IN BONO MALUM

881225
4
rej.

UNIVERSIDAD ANAHUAC

ESCUELA DE PSICOLOGIA

con estudios incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma
de México

"LA CEFALEA TENSIONAL Y SU RELACION CON:
LA ANSIEDAD, LA DEPRESION Y LA HOSTILIDAD"

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a

LUISA JAINA CORONEL DAVILA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



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 está 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.

I N D I C E

| | | | |
|--------------|-------|---|----|
| RESUMEN | | | 1 |
| INTRODUCCION | | | 2 |
| CAPITULO | 1 | ANTECEDENTES HISTORICOS | 5 |
| CAPITULO | 2 | CEFALEAS | 8 |
| | 2.1 | Clasificación de las cefaleas. | 10 |
| | 2.2 | Fenomenología | 11 |
| | 2.3 | Epidemiología. | 12 |
| | 2.4 | Patogénesis muscular. | 14 |
| CAPITULO | 3 | ASPECTOS EMOCIONALES | 19 |
| | 3.1 | Generalidades sobre ansiedad, depresión y hostilidad. | 20 |
| | 3.2 | Aspectos emocionales en la cefalea tensional. | 24 |
| CAPITULO | 4 | TRABAJO DE INVESTIGACION | 31 |
| | 4.1 | Planteamiento del problema | 31 |
| | 4.2 | Hipótesis | 32 |
| | 4.3 | Método | 33 |
| | 4.3.1 | Sujetos | 33 |
| | 4.3.2 | Instrumentos | 35 |
| | 4.3.3 | Procedimientos | 44 |
| | 4.3.4 | Análisis estadístico | 45 |
| | 4.4 | Resultados | 46 |

| | | | |
|--------------|-----|--------------------------|----|
| CAPITULO | 5 | DISCUSION Y CONCLUSIONES | 74 |
| | 5.1 | Recomendaciones | 78 |
| BIBLIOGRAFIA | | | 80 |
| APENDICE | I | | 86 |
| APENDICE | II | | 95 |

RESUMEN

En este estudio se investigó la relación de algunos aspectos emocionales en la patogénesis de la cefalea tensional. Para este fin se compararon las puntuaciones obtenidas por 30 pacientes con cefalea tensional y 30 sujetos normales, en las escalas de ansiedad de Hamilton, depresión de Beck y hostilidad de Buss-Durhkee.

El criterio de inclusión de la muestra fué: para el grupo con cefalea; presencia de cefalea tensional, examen neurológico normal, ausencia de enfermedad orgánica y sin ningún tipo de medicación ansiolítica o antidepressiva. Para el grupo normal, ausencia de cefalea.

Los resultados obtenidos fueron: la prueba t de Student mostró que la diferencia entre las medias de los puntajes totales, entre ambos grupos para cada una de las escalas estudiadas, es significativa. De tal forma que, el grupo con cefalea alcanza puntajes hasta cuatro veces mayores, en relación al grupo normal.

El análisis de varianza reveló que existe diferencia entre los grupos normal y con cefalea para los puntajes totales de ansiedad, depresión y hostilidad respectivamente, que es independiente de: sexo, edad y escolaridad. Las puntuaciones más altas correspondieron siempre al grupo con cefalea.

En conclusión, las diferencias encontradas apoyan las hipótesis sobre la influencia que ejercen la ansiedad, la depresión y la hostilidad en la producción de cefalea tensional.

I N T R O D U C C I O N

Dadas las características de la vida moderna, la cefalea funcional es un problema de frecuencia creciente - que ocupa un lugar cada vez más importante en la clínica neurológica. En algunos textos de neurología se ha propuesto que el dolor de cabeza "tensional" es producido por la contracción sostenida de los músculos esqueléticos y que, de alguna forma el origen de ésta puede ser psicológico. Es decir, tendría sus raíces en la lucha por el diario vivir, el stress, la frustración, la ansiedad, etc.

Wolff (1948) afirma que es poco frecuente que las cefaleas intensas y sobre todo las crónicas tengan su origen en un padecimiento orgánico. Por lo tanto se puede inferir que casi siempre la cefalea crónica representa una incapacidad relativa del individuo para manejar las incertidumbres de la vida: un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o de la conducta, que una enfermedad estructural del sistema nervioso. (Dalesio, 1984)

Con este principio se han realizado múltiples estudios que han tenido como propósito el determinar la existencia de un perfil psicológico característico del paciente con cefalea. Los hallazgos obtenidos no alcanzaron la validez estadística necesaria por lo que, los datos sólo se han interpretado cualitativamente.

Collett y cols. 1986, Sterbach y cols. 1980, y Fasschier y cols. 1985, han concluido que los pacientes con cefalea

crónica tienden a experimentar más tensión en sus vidas a causa de sus características de personalidad y por lo mismo, presentan alteración en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), correspondientes a la triada neurótica con relación a los sujetos normales.

Chemor y Forzante 1983, y Khouri-Haddad 1985, afirman que las características de personalidad encontradas revelan personas emocionalmente tensas, agresivas, ansiosas, frustradas y con manifestaciones de hostilidad reprimida.

Además, Drummond(1985) ha mencionado a la depresión - como factor acompañante de los ataques dolorosos. Así mismo, este autor ha reconocido la asociación entre el stress provocado por los problemas cotidianos y la aparición del dolor de cabeza tensional.

De todos estos conceptos surge la hipótesis sobre la importancia que puedan tener los factores emocionales tales como ansiedad, depresión y hostilidad en la patogénesis - de la cefalea tensional.

Por otra parte, la cefalea tensional es uno de los síndromes más frecuentes que aquejan al hombre actual. Aproximadamente el 80% de la población general padece dolor de cabeza, en los Estados Unidos se reportan por año 42 millones de dolores de cabeza. (DiSerio y cols.1985) Más aún, por su frecuencia e intensidad la cefalea tensional se convierte en un problema incapacitante que consecuentemente repercute en las áreas: laboral, social y personal del que la padece. Laboralmente, el rendimiento y la disposición hacia el trabajo disminuyen de forma conside

rable e incluso el ausentismo es frecuente. En el área social, las relaciones interpersonales se ven afectadas porque el que sufre cefalea no tiene el mismo ánimo para socializarse, la participación y asistencia a eventos recreativos también se reduce. En el ámbito familiar, cuando existe en casa un miembro que padece cefalea el ritmo y el movimiento familiar se alteran alrededor de él, tratando de evitar que el dolor se vea favorecido. En el área personal, se ha visto que el dolor de cabeza tiene connotaciones importantes tanto para la integridad yoica como para la autoestima del sujeto afectado.

Todo lo anteriormente expuesto justifica el interés -- por encontrar las causas que motiven el origen de este padecimiento ya que, si se logra identificar el estado emocional que facilitó el dolor tensional, el tratamiento podrá tener una base racional y un alcance integral. Es decir que, el tratamiento se avocaría a dos niveles: fisiológico, en donde el neurólogo elegirá el fármaco apropiado de acuerdo a la manifestación clínica del dolor y, psicológico para ayudar al paciente en el reconocimiento y resolución de su problemática. Para ello sería conveniente que en las clínicas dedicadas al tratamiento de las cefaleas se tuviera la participación activa del psicólogo.

El objetivo de este trabajo fué el de establecer la relación existente entre los aspectos emocionales tales como: ansiedad, depresión, hostilidad y la cefalea tensional. Para este fin, se compararon los puntajes obtenidos por dos grupos de sujetos (con cefalea y normal): en las escalas de ansiedad(Hamilton), depresión(Beck) y hostilidad (Buss-Durkhee); pretendiendo contribuir al esclarecimiento de la etiología de la cefalea tensional.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES HISTORICOS

" Desde que el animal humano funciona como un ser pensante ha centrado su atención en buscar el alivio y la explicación para sus dolencias".(Wolff,citado en Dalessio 1984)

En la era antes de Cristo, frecuentemente se confundían las alusiones referentes al dolor de cabeza y de la cara. Esto no sorprende puesto que los conceptos concernientes a la función del cerebro en sí, eran poco desarrollados.

Para el final del siglo I A.C., una forma de dolor de cabeza ahora reconocible como migraña fué reportada por Areteo de Capadonia. El reconoció un dolor de cabeza uni lateral y paroxístico asociado a náusea, el cual ocurría a intervalos regulares y lo nombró "heterocrania". De Ca padonia limitó sus escritos clínicos sólo a la descripción de este dolor, sin especular sobre su etiología.

Galeno en 1376, se interesó en la etiología del dolor de cabeza y desarrolló una teoría sobre la patogénesis - de la migraña basada en la hipótesis humoral y los efectos de la bilis negra en el cráneo. Creía que el dolor - de cabeza era generado por los disturbios en varias partes del cuerpo, las cuales mandaban sustancias dañinas - al cerebro. Galeno propuso que este tipo de dolor de cabeza constituya una entidad clínica y, la clasificó como "hemisrania".

En el siglo XVII Charles Lepois publicó un ensayo au-

tobiográfico de la migraña, en donde la describió como de naturaleza frontoparietal y que frecuentemente terminaba en vómito. Lepois propuso que estos dolores de cabeza es taban relacionados con las alteraciones en el clima, especialmente con la aparición de viento y tormenta.(Dale-ssio,1984)

Hacia la mitad del siglo XIX, el concepto de cefalea se habia desarrollado, partiendo de la base de que la "cefalalgia" era reconocida como una manifestación de tumor, meningitis,etc. y la "hemicrania" era considerada separadamente como distingible de la cefalalgia por sus presentaciones estereotipadas.(Edmeads,1984)

En este mismo siglo, dos condiciones en las que la cefalea podría ocurrir fueron propuestas: en la hipocondriasis, que fué reportada como "imaginación y reflejo en las relaciones sensoriales de la cabeza" y podía producir "sensación de hiperestesia en los nervios, dolores de cráneo y cara... carga y tensión, vértigo y opresión"; y en la histeria que fué reportada como un conjunto de síntomas que podían ser "neuralgia de la superficie cutanea de la cabeza y de la cara".(Dalessio,1984)

Gowers en 1888, tratando de ampliar la descripción de presión en la cabeza y otras sensaciones cefálicas escribió:"un síndrome de sensación de opresión, algunas veces como si una carga pesada estuviera sobre la cabeza... esto debe ser llamado dolor de cabeza, pero también puede ser sentido atrás de la cabeza, ménos comunmente en la --frente...una sensación como si hubiera una banda alrededor de la cabeza".

Osler en 1890, afirmó que en la histeria una de las --quejas más frecuentes era el "dolor de cabeza, usualmente sobre la sutura sagital y ménos usualmente en la occipi--

tal y que en la neurastenia era sensación de pesantez, -- carga y bochorno. Este autor mencionó brevemente a la "cefalodonia", como un tipo de reumatismo muscular que podía afectar a los músculos de la cabeza produciendo dolor. En 1927, cambió el concepto de reumatismo muscular por el de fibrositis con la siguiente anotación: "la afección de los músculos de la cabeza y del cuello debe ser asociada con cefalea, la muy citada cefalea que produce endurecimiento muscular. (Edmeads, 1984)

Cyriax (1938), inyectó líquido hipertónico en los músculos de la nuca y reprodujo el dolor de cabeza occipital. Consideró esto como una evidencia de que la cefalea "reumática" que ocurre naturalmente, tiene implicación muscular. (Dalessio, 1984)

En esta breve revisión histórica destacan varios puntos importantes: por una parte, en el que tempranamente se reconoció una real diferencia desde el punto de vista etiológico y fenomenológico, entre la migraña y la cefalea, hecho que favoreció los avances en la terapéutica sobre todo en lo que a la migraña se refiere. Por otra, en donde surge el inicio del concepto de la implicación muscular en la cefalea que, posteriormente da origen a la definición actual de cefalea por contractura muscular. Quizá el punto más relevante es el que desde la mitad del siglo XIX las causas psicológicas como factores relacionados con la producción del dolor de cabeza, comienzan a ser ya reconocidas.

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo la historia del dolor de cabeza es más antigua que la medicina misma. Sin embargo, a pesar de que, desde tiempos remotos, se reconoció la diferencia entre la migraña y la cefalea, la etiología de ésta última no ha sido hasta el momento esclarecida.

C E F A L E A S

De las diferentes clases que existen de dolor de cabeza, el tensional es el más común. Se estima que una tercera parte de este tipo de cefaleas son: leves, transitorias y poco frecuentes, pero la intensidad y duración de las otras dos terceras partes suelen convertirlas en molestas cefaleas crónicas que, en ocasiones son capaces de incapacitar al individuo de la misma manera que una migraña.

La cefalea tensional como síndrome se establece cuando el dolor de cabeza es el síntoma principal y el dolor es crónico y recurrente, se describe como atontador no pulsátil y persistente, comunmente se presenta como la sensación de una bande opresiva alrededor de la cabeza. (DiSerio y cols.1985)

Por el hecho de constituir un cuadro nosológico específico y sin una etiología clara, se le conoce también como cefalea funcional. Para establecer el diagnóstico preciso es necesario diferenciar si el dolor de cabeza se presenta como un síntoma acompañante de algún trastorno neurológico tal como tumor cerebral, hemorragia cerebral, meningitis, encefalitis, etc. (cefalea orgánica), o, si dicho síntoma se expone como una entidad nosológica por si misma.

En el caso de ser un síntoma acompañante de un trastorno grave, la impotencia de un diagnóstico preciso es definitiva ya que el hecho de que no sea identificado y determinado a tiempo representa una amenaza para la vida del pa

ciente. Si la cefalea se presenta como una entidad en sí, se deben utilizar las reglas de diagnóstico internacionales para las cefaleas, dictadas por el Comité Ad-Hoc del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera de los E.U.A., en 1962, y considerar la forma de presentación, la historia del padecimiento, los síntomas acompañantes y las características demográficas y epidemiológicas.

Por su frecuencia, los dos tipos de cefalea más importantes son: la cefalea tensional y la cefalea vascular de tipo migrañoso, en ambas se ha mostrado a través de diferentes estudios que existen factores psicológicos hasta el momento no bien determinados, que han sido considerados tanto como causa como consecuencia de la cefalea. (Chemor y Forzante, 1983)

Borgeat y cols. (1984) proponen que los factores emocionales son de máxima significancia en la etiología de la cefalea tensional, ya que, la expresión psicofisiológica o somatización de la ansiedad hace que se incremente la tensión de los músculos esqueléticos. Dicha tensión produce la sensación de tirantez o presión en forma de banda alrededor de la cabeza, o, calambres en las regiones parietales y occipitales.

Según Blaszczyński (1984) para el que sufre de dolor de cabeza la experiencia crónica de cefalea es por sí misma - un stressor que mantiene y ayuda a perpetuar la cefalea. Ambos el dolor crónico y el stress producido por la cefalea hacen un total psicobiológico y psicológico mayor del que el paciente puede enfrentar. El padecer una cefalea crónica vuelve al paciente más susceptible o más vulnerable para nuevas cefaleas.

2.1 Clasificación de las cefaleas

El Comité Ad-Hoc del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera de los E.U.A. en 1962, realizó una clasificación para las cefaleas, de acuerdo al mecanismo de dolor y a los cuadros clínicos y experimentales obtenidos.

La vasta mayoría de los estudios de investigación y --tratamiento de las cefaleas, con perspectivas psicológicas y biomédicas han utilizado el esquema de clasificación propuesto por dicho comité.

La clasificación se compone de 15 grupos, los que a --continuación se enlistan, una traducción completa de la --misma se presenta en el Apéndice I.

- 1.- Cefalea de tipo Migrañoso.
- 2.- Cefalea por Contracción Muscular o Tensional.
- 3.- Cefalea Mixta: vascular y contracción muscular.
- 4.- Cefalea de reacción vasomotora nasal.
- 5.- Cefalea de los estados delirantes, conversivos o hipocondriacos.
- 6.- Cefalea Vascular no migrañosa.
- 7.- Cefalea por tracción.
- 8.- Cefalea por inflamación craneal manifiesta.
- 9.- Cefalea debida a enfermedad en las estructuras oculares.
- 10.- Cefalea debida a enfermedad en las estructuras aurales.
- 11.- Cefalea debida a enfermedad en las estructuras nasales y sinusales.

- 12.- Cefalea debida a enfermedad de las estructuras dentarias.
- 13.- Cefalea debida a enfermedad de otras estructuras craneales y cervicales.
- 14.- Neuritis craneales.
- 15.- Neuralgias craneales.

Para los fines de esta investigación se utilizó la definición numero 2 que corresponde a la cefalea por Contracción muscular o Tensional, la cual es decrita como; Dolor o sensación de opresión, presión o constricción ampliamente variable en intensidad, frecuencia y duración, en ocasiones muy prolongada, y comunmente suboccipital. Está asociada a la contracción sostenida de los músculos esqueléticos en ausencia de cambios estructurales permanentes; y usualmente como parte de la reacción del individuo al --stress de la vida. Los términos insatisfactorios y ambiguos: cefalea "nerviosa", "psicogénica" y "tensional", se refieren principalmente a este grupo.

2.2 Fenomenología

La cefalea como síntoma participa en varios síndromes neurológicos de ahí es el que sea tarea del clínico en contacto con cefaleas, el hacer una diferenciación práctica entre aquellos dolores de cabeza de origen funcional de los que puedan tener un origen diferente.

La cefalea funcional más frecuente es la denominada tensional o por contractura muscular. En este tipo de cefalea

se reconoce la participación activa del stress y para su identificación es indispensable la negatividad esencial de la exploración neurológica. Para su estudio son importantes la cronocidad y constancia de la cefalea, su exacerbación con problemas emocionales y la ausencia de otro tipo de síntomas. (Zermeño y Otero, 1974)

Wang Xing Chun (1985) en un estudio con 402 pacientes encontró que los síntomas más comunes en la cefalea tensional son: dolor sordo (en el 85% de los casos), pesantez en la cabeza (83%), cansancio (81%), compresión en la cabeza (65%), irritabilidad (56%), hipomnesia (53%), aturdimiento de la cabeza (51%), nocturia y somnolencia no relacionada con el tiempo de insomnio nocturno.

La cefalea tensional puede involucrar todas las regiones de la cabeza: occipital, parietal, temporal, frontal o combinaciones de éstas produciendo un patrón de dolor generalizado. El examen físico puede mostrar rigidez en el cuello y sensación de presión que limita su movilidad en todos sentidos. Independientemente de estos signos el examen neurológico debe ser negativo o normal. (DiSerio y cols. 1985)

El dolor de cabeza tensional ocurre en periodos de tiempo variables, pudiendo ser transitorio y poco frecuente, o durar semanas, meses o años. En su forma más severa el dolor es crónico y continuo, llegando a ser intratable e incapacitante. (Borgeat y cols. 1985, DiSerio y cols. 1985)

2.3 Epidemiología

La incidencia de la cefalea tensional en la práctica neurológica es casi la misma que la de la migraña. A -

semejanza de ésta, la cefalea tensional es más común en mujeres que en hombres. A diferencia de la migraña pocas veces comienza en la niñez o adolescencia siendo más probable que ocurra en la edad media coincidiendo con las épocas difíciles de la vida. (Wolff, 1963)

Khouri-Haddad (1984) llevó a cabo una investigación de cefalea con 229 casos. De ese total, 66 fueron hombres (28.8%) y 163 mujeres (71.2%). La edad tuvo un rango de 17 a 81 años, con una media de 38.7 años.

Passchier y cols. (1984) reportaron 32 casos de cefalea tensional de los cuales el 69% eran mujeres y el 31% hombres. La media de edad fué de 28.9 años. En la escolaridad se encontró el 7% con educación elemental, el 25% con educación media y sólo el 3% con educación profesional.

En nuestro país, la cefalea es un problema muy común que ha sido poco estudiado desde el punto de vista epidemiológico. Zermeño y Otero (1974) realizaron un estudio estadístico en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con 100 casos de cefalea encontrando los siguientes resultados: de los 100, el 63% correspondió al sexo femenino y el 37% al masculino, siendo la proporción de mujeres/hombres de 2:1. La edad se distribuyó entre los 19 y los 59 años. En cuanto a la escolaridad, el 4% tenía educación profesional, el 9% tenía estudios de preparatoria o equivalente, el 27% habían concluido la secundaria y el 16% no tenía escolaridad.

En conclusión tienden a padecer más cefalea crónica aquellos individuos con índices de escolaridad más bien bajos, particularmente entre la 3a. y 4a. década de la vida, con una clara preponderancia en las mujeres.

2.4 Patogénesis Muscular

Para resumir el estado actual de la investigación referente a la contracción muscular en relación con la --sensación de dolor de cabeza, comenzaremos por definir tono no muscular desde el punto de vista neurológico: tono es la tensión muscular en estado de relajación, o bien, la resistencia del músculo a la movilización pasiva cuando no hay control voluntario. Depende tanto de las cualidades físicas inherentes al tejido muscular (viscosidad, elasticidad, ductibilidad, etc), y sobre todo a un grado de tensión o contracción continua neurogénica refleja (por descargas de impulso nervioso).

El aumento del tono, o hipertonicidad generalmente es provocado por lesiones centrales a nivel piramidal o extrapiramidal, pero también puede ser causada por contracción voluntaria o inconsciente (como respuesta a excitación, alarma o fatiga), contracción refleja, enfermedad muscular, etc. (DeJong, 1979)

La cefalea tensional ha sido considerada como causada por la contracción sostenida de los músculos esqueléticos especialmente de la cabeza, el cuello y los hombros.

En algunos estudios se encontró actividad electromiográfica (EMG) frontal elevada durante el descanso, lo que dió la idea para registrar estos músculos durante periodos de stress. La hipótesis era la de que los pacientes con cefalea tensional podrían tener un alto nivel de reg puestas al stress en los músculos frontales y temporales. Resultados negativos fueron pauta para nuevas investigaciones donde se dió énfasis a un factor vascular (vasoconstricción anormal). En estudios más recientes la vasoconstricción como respuesta al stress en los pacientes

con cefalea tensional no difiere de los sujetos normales.

Bakal y Kaganov(1977) registraron los grados de con-tracción del músculo frontal, en sujetos con dolor de cabeza y en sujetos control; no encontraron diferencias --significativas entre ambos grupos. Sutton y Belar(1982) sugirieron que no existe una relación directa entre el -dolor de cabeza y los niveles de tensión muscular. Myers y McCall(1983) encontraron que el grado de tensión muscular no es mayor en pacientes con dolor tensional que en otros sujetos. Otros investigadores sugieren que la tensión muscular juega un papel significativo en la etiología, pero no en todos los sujetos. Haynes y cols(1981) -señalaron que la fuente de variación entre los diversos estudios se debe al sitio muscular monitoreado y a la la calización del dolor.(citado en Haber y cols.1985)

Borgeat y cols.(1984) valoraron la relación entre la -hiperactividad de los músculos del cuello y la cabeza y -el dolor subjetivo en tensionales y en sujetos normales, comparando los autoreportes de dolor consecuentes a la --a la contracción muscular voluntaria. Sus hallazgos revelan que con cantidades similares de actividad muscular, -los pacientes con cefalea reportan más dolor que los control. Estos autores sugieren que un simple mecanismo de -incremento en la tensión muscular no es suficiente para -explicar la producción de cefalea, pero que de algún modo la contracción muscular aparece involucrada. Una posibidad podría ser que los sujetos con cefalea acumulen más -metabolitos de contracción muscular en sus músculos de la cabeza debido a una reducción en la perfusión sanguínea.

Passchier y cols.(1984) realizaron un estudio con 50 - sujetos (migrañosos, tensionales y normales), midiendo -- las diferentes respuestas fisiológicas al stress, controlando las variables sexo, edad y dolor. No hubieron diferencias significativas en las mediciones vasculares de la electromiografía frontal en ninguno de los sujetos. En -- los sujetos con cefalea tensional hubo una asociación entre la frecuencia cardiaca y dolor real, y la intensidad del dolor se correlacionó positivamente con un incremento en el volumen de sangre de la arteria temporal, aunque la relación precisa en el tiempo entre estas medidas no fué revelada. Pero estos resultados apoyan indirectamente a - otras investigaciones que encuentran que más que vasoconstricción, es vasodilatación lo que se asocia con la cefalea tensional. No encontraron relaciones significativas - entre la intensidad del dolor y la electromiografía frontal, lo cual es consistente con el resultado negativo de estudios previos.

Finalmente se probó que controlar la variable sexo es tan importante como lo son otras medidas fisiológicas, ya que existen diferencias significativas entre las mujeres y -- hombres del grupo de cefalea tensional.

Los estudios electromiográficos de DiSerio y cols.(19-85) apoyan que el dolor tensional se acompaña de espasmos musculares en la cabeza y el cuello. El stress emocional y la depresión pueden producir o aumentar el espasmo del músculo esquelético y esto se acompaña de vasoconstricción local, isquemia y producción de mediadores químicos de dolor. Se crea un círculo vicioso en el que el precipitante es la contracción muscular sostenida que contribuye al estímulo doloroso y esto a su vez causa stress emocional. - Algunos investigadores especulan que el aumento de la contracción muscular de la nuca coincide con la vasoconstricción

cción y por lo tanto con la isquemia local y que estas pueden ser repuestas concomitantes a ciertas tensiones - de la vida. Cuando estas respuestas actúan juntas en un individuo, pueden inducir síntomas de dolor tipo tensional.

Ramirez(1985) ha postulado una hipótesis alternativa del incremento de la tensión muscular en el dolor de cabeza por contracción muscular, afirmando que existe la posibilidad de que el incremento de la tensión muscular sea un efecto del dolor más que una causa. La actividad muscular anormal puede ser una respuesta fisiológica al dolor sufrido por el paciente. Además, eventualmente con tribuye al dolor y se mantiene la tensión muscular a ni veles patológicos. Si esta hipótesis es correcta entonces el autor propone como una posibilidad que el dolor por contracción muscular le permita al paciente "legitimamente" evadir algún stressor, o una situación psicológicamente amenazante. Al presentarse los primeros signos de dolor, enfoca su atención en él y efectivamente, por un rato escapa de la necesidad de lidiar con el stressor. Por tanto, está provisto de un medio para obtener la liberación de la fuente de tensión. El entrenamiento en relajación y la retroalimentación, al menos inicialmente, pueden darle al paciente el mismo tipo de liberación.

En resumen, no hay relación entre el grado de contracción de la musculatura extracraneal como es definido por la electromiografía, en grupos de sujetos con cefalea y en sujetos control, aún cuando la electromiografía de reposo de los primeros tiende a ser más "activa". Durante la contracción sostenida ocurren cambios en el tono vascular (constricción o dilatación) en relación a la de-

manda metabólica impuesta. Cualquiera de estos fenómenos puede ser uno o ambos precipitante o efecto del dolor; - pero es vidente que están involucrados en la experiencia de dolor de cabeza.

CAPITULO 3

A S P E C T O S E M O C I O N A L E S

La cefalea funcional es un síndrome que puede ocurrir en una gran variedad de contextos, casi siempre multifactoriales. En particular, la tensional es una variedad de cefalea en la cual se reconoce que los factores emocionales tienen una participación significativa. Por lo mismo, se han descrito diversos tipos de alteraciones emocionales y características de personalidad que puedan estar en relación con el dolor de cabeza tensional.

Wolff(1963) ha postulado que las cefaleas crónicas son la representación de la incapacidad del individuo para enfrentarse al stress y por lo tanto el síndrome es el reflejo de una alteración en el pensamiento o en la conducta del que la padece.

Según Blumental(1968) existen muchos pacientes con cefalea en quienes físicamente los mecanismos periféricos que producen dolor no pueden ser demostrados. Entonces, este tipo de cefalea puede ser parte de un trastorno psiquiátrico, en el cual el dolor de cabeza es una expresión simbólica de conflictos emocionales tales como ansiedad, frustración, hostilidad, etc. (citado en Dalessio, 1984)

Khouri- Haddad(1984) afirma que los que sufren cefalea son individuos que tienden al perfeccionismo y a la eficiencia, son inflexibles, ambiciosos, insatisfechos, resentidos, ansiosos y tensos. Son reservados y represivos con dificultades por hostilidad reprimida y ambivalencia

no resuelta.

3.1 Generalidades sobre ansiedad, depresión y hostilidad.

Segun Fenichel(1966), los pacientes que sufren "jaquecas" deben ser clasificados como " caracteres neuróticos", de pronunciada inestabilidad emocional. Este autor afirma que los que sufren cefalea son fácilmente víctimas del temor y la depresión; están siempre dispuestos a aceptar reconvenções y dan la impresión de estar constantemente en lucha contra una hostilidad inconsciente.

Zermeño y Otero(1974) proponen que en la cefalea tensional o por contracción muscular se reconoce un origen - resultante del stress y que este tipo de cefalea se acompaña en la mayoría de los casos de depresión con algunos rasgos de ansiedad.

Varios autores han concluido que los pacientes con cefalea tensional son personas dependientes que manifiestan en forma pasiva la agresividad y la hostilidad; y presentan altos niveles de ansiedad y depresión.(Błaszczynski - 1984, Chemor y Forzante 1983, Henry 1987)

Todo lo anterior pone de manifiesto la existencia de una relación entre la cefalea tensional y la ansiedad, la depresión y la hostilidad; de aquí el interés de este trabajo por clarificar esta asociación. A continuación se exponen las características principales y las manifestaciones conductuales asociadas a los estados emocionales antes mencionados.

Ansiedad.-

La ansiedad es un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento, que se manifiesta por ciertas clases de conducta y se acompaña de cambios fisiológicos característicos.

La ansiedad es una respuesta natural a amenazas dirigidas contra el cuerpo, contra posesiones, modo de vida, seres queridos, etc. La ansiedad se considera normal durante un esfuerzo extremo, o en una situación de vida inestable y que requiera de una adaptación continua, este tipo de ansiedad empuja al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Como contraste la ansiedad excesiva no sólo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto deteriorante sobre su funcionamiento.

La ansiedad patológica es una respuesta inadecuada a un estímulo dado ya sea en virtud de su intensidad o de su duración. La experiencia de ansiedad es descrita en forma diferente, pero su característica esencial es la anticipación desagradable de alguna clase de desventura, peligro o perdición. Es un sentimiento de temor difuso, desagradable, muchas veces vago y de origen conflictivo. Generalmente la persona es consciente de este sentimiento desagradable, pero no conoce la causa de su ansiedad. El sentimiento desagradable tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y el sentir que se está nervioso o asustado.

La actitud general del paciente refleja desamparo y temor. El paciente es incapaz de relajarse, se queja constantemente de un desasosiego que le impide mantener cualquier actividad incluso agradable. Son frecuentes los sentimientos de muerte inminente o de desintegración mental.

La gente ansiosa por lo general tiene sensaciones desagradables en su cuerpo. Puede haber dolor en cualquier parte del cuerpo, pero habitualmente se describe en forma de cefalea, dolor epigástrico, o dolor de espalda. Pueden producirse vértigos o mareos como consecuencia de la hiperventilación. Los trastornos de sueño suelen ser comunes. Otros signos y síntomas incluyen sensaciones raras en la cabeza, fatigabilidad y sudoración sobre todo de las palmas. (Freedman y cols. 1975, Solomon y Patch, 1972)

Depresión.-

La depresión describe un tono afectivo de tristeza y abatimiento acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Existen diferentes clases de depresión, algunas se caracterizan por culpa, otras por aflicción, algunas por ansiedad, algunas principalmente por síntomas físicos, y otras solamente por síntomas mentales.

En los síndromes depresivos el elemento clave es la pérdida. Esta puede ser obvia, reciente, real, como en la aflicción normal; o puede haber ocurrido en el pasado y nunca haber sido de algo concreto sino más bien intangible tal como la autoestima.

La gama de las reacciones depresivas abarca de una tristeza ligera por una desilusión concreta pasando por reacciones moderadas y de larga duración hasta la depresión intensa. La depresión ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés en los asuntos habituales de la vida, se pierde la espontaneidad, todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. La fatiga es excesiva.

En la depresión patológica la manifestación predominante es la tristeza y el desamparo. El paciente se encuentra francamente abatido o se siente físicamente enfermo, o ambos. Su estado de ánimo se caracteriza por una disminución de energías, una reducción en la autoestima, una pérdida del interés hacia las aficiones, sentimientos de soledad o de vacío y una gran necesidad de apoyo emocional.

El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo.

De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más frecuente. La anorexia y la pérdida de peso son también frecuentes.

Se presentan otros males en la depresión, en especial, dolor de origen poco claro, síntomas gastrointestinales e irregularidades menstruales. Se describe como un síntoma clásico la pérdida del interés sexual. (Freedman y cols. - 1975, Solomon y Patch 1972)

Hostilidad.-

La hostilidad es una actitud que se caracteriza por desagrado y molestia, desarrollando actividad perjudicial para el bienestar del individuo o grupo hacia el cual se dirige esta actitud. La censura y los abusos físicos o verbales son habitualmente expresiones de hostilidad.

Existe una estrecha relación entre la ira y la hostilidad, ambas con frecuencia se expresan a través de la agresión. La agresión es constructiva cuando resuelve conflictos y adecuada como defensa contra un ataque real. Es patológica cuando no es realista, es destructiva, no resuel

ve problemas y es la consecuencia de un problema emocional no resuelto.

La interrupción de un deseo, la frustración de una conducta encaminada a un fin puede provocar ira. El sujeto internamente hace una valoración de la causa de la interrupción. La mayoría de las veces la valoración de la causa se centra en la fuente presente inmediata de la frustración e incluye un deseo de herir, física o psicológicamente a la persona causante de la interrupción. Esta representación mental del daño hecho a la persona frustrante define a la hostilidad.

La hostilidad puede ser abierta y dirigida atacando directamente a la persona que causo el malestar o puede ser indirecta y encubierta manifestando desacuerdo, molestia, o rabia de forma difusa.

La persona hostil es desconfiada y precavida, muestra un sentimiento de enojo hacia el mundo en general. (Freedman y cols.1975, Solomon y Patch 1972, Talbot y cols.1975)

3.2 Aspectos Emocionales en la cefalea tensional

" Desde que el animal humano se enorgullece de usar la cabeza, es irónico y quizá no carente de sentido que - su cabeza sea la fuente de tantas molestias "... A pesar de que el dolor siempre significa "algo malo", en el caso de la cefalea este significado cambia a "algo anda mal" o existe ritmo equivocado, constituyendo más bien una repri-menda biológica que una amenaza. Desde este punto de vista, la mayor parte de las molestias y dolores de cabeza - provienen de cambios corporales fácilmente reversibles, y son componentes de resentimientos e insatisfacciones. (- Wolff,1963)

A partir de una serie de consideraciones en donde se da importancia radical a los factores psicológicos como precipitantes o predisponentes de la cefalea tensional, se han realizado numerosas investigaciones que han tratado de aislar las características de personalidad asociadas a los pacientes con dolor de cabeza.

Sternbach y cols.(1980) administraron el Inventario -- Multifásico de la Personalidad (MMPI), a un grupo de sujetos con dolor crónico (más de seis meses de duración) y a un grupo de sujetos con dolor agudo (ménos de seis meses de duración) y encontraron que los pacientes con dolor -- crónico muestran cambios psicológicos distintos consecuentes a la experiencia de dolor. En la triada neurótica (- histeria, depresión e hipocondriasis) este grupo obtuvo - calificaciones clínicamente significativas, mientras que las calificaciones del grupo con dolor agudo cayeron dentro de límites normales.

Harrison concluyó que los pacientes con dolor crónico tendían a presentar altos niveles de hipocondriasis, depresión e histeria (en el MMPI), en relación a sujetos normales. Pero dichas características de personalidad no han sido evaluadas antes del inicio del dolor, por lo tanto pueden ser resultado de vivir con dolor recurrente y no características de personalidad que predispongan al dolor de cabeza. Luego, las características identificadas pueden ser más bien una consecuencia que una predisposición. (Harrison, 1975)

En la misma línea, otro estudio realizado con 25 pacientes que sufrían dolor de cabeza tensional, Collett y cols.(1986) demostraron que todos los examinados tenían elevación en las escalas de la triada neurótica (MMPI), pero además simultáneamente se elevaban las escalas corres-

pondientes a paranoia y psicastenia. La interpretación de la elevación de la escala de paranoia debe tener connotaciones clínicas importantes ya que, debe tomarse en cuenta el efecto del dolor sobre la conducta y la personalidad. Es decir, si se sabe que en estos pacientes existe una sobresensibilidad, hostilidad y rigidez, la experiencia de dolor puede amplificar estos sentimientos, los cuales podrían estar reflejados en esta escala. Por lo que, los investigadores sugieren cautela en la interpretación, y aun más, procurar evitar el examen durante periodos de dolor.

Chemor y Forzante(1983) realizaron un estudio con 100 sujetos para determinar y comparar el perfil psicológico de los pacientes con diversos tipos de cefaleas y a pesar de que los datos arrojados por el MMPI no alcanzaron toda la validez estadística como para poder apoyar un perfil característico, si se denotaron diferencias cuantitativas importantes entre los pacientes con distintos tipos de cefaleas.

Clínicamente se encontraron los siguientes datos: existe mayor preocupación somática en la cefalea mixta que en la tensional, en ambas se observa expresión indirecta de hostilidad. Se denotaron más deprimidos los pacientes con cefalea tensional que los que padecen cefalea de tipo mixto. En la cefalea tensional y vascular se aprecian rasgos histeroides leves tales como: la inmadurez y el egocentrismo. Aquellos con cefalea mixta se caracterizan por ser flexibles y presentar una sensibilidad normal mientras que, los vasculares y tensionales se observan desconfiados, hipersensibles y resentidos. Tanto los pacientes con cefalea mixta como los que tienen cefalea tensional son personas que se preocupan por situaciones y prob. insignifican

tes, los tensionales utilizan mayormente la racionalización. Las personas que padecen cefalea vascular o tensional se relacionan pobremente y tienden a realizar impulsos inaceptables a través de la fantasía.

La conclusión de estas autoras es que las características generales de personalidad encontradas en los pacientes con cefalea, muestran que son personas emocionalmente tensas, agresivas y ansiosas. Tienen pobre represión de hostilidad, necesidad de dependencia no resuelta, con algunos conflictos psicosexuales. Otros signos y síntomas evidentes en estos pacientes son las ganancias secundarias y en forma importante la depresión. Y que, específicamente en los pacientes con cefalea tensional los rasgos más sobresalientes son: preocupación somática, depresión clínicamente significativa, expresión indirecta de hostilidad y pobres relaciones interpersonales.

Blaszczynski(1984), en un estudio con 60 sujetos encontró que los pacientes con dolor de cabeza son más hostiles que quienes no la padecen. Comparando los sujetos con migraña con los sujetos con dolor tensional encontró que, ambos tienen calificaciones muy similares en cuanto al componente conductual y la hostilidad, pero los tensionales manifiestan mayor cantidad de actitudes hostiles. - La hostilidad puede ser consciente pero es muy frecuente que se reprima; es común también que estos sentimientos se dirijan hacia el ser amado.

Jones y cols.(1986) afirman que la represión de la hostilidad en los que sufren cefalea tensional, les da problemas de asertividad ya que, estos sujetos frecuentemente la confunden con agresión. Los pacientes con cefalea tensional, racionalizan su falta de asertividad argumentando que tienen miedo a lastimar los sentimientos de otros, miedo a

la culpa, miedo a la pérdida del control.

Otros estudios con pacientes con dolor de cabeza indican que a muchos de ellos no les fue permitido expresar emociones de enojo o violencia cuando eran niños y que el amor y la aprobación la podían ganar si suprimían estos sentimientos. Alexander(1950), señaló la importancia de la -- falta de habilidad para expresar enojo u hostilidad como -- característica psicológica básica en el paciente con cefalea. Así mismo, este autor postuló tres condiciones necesarias para el desarrollo de algún desorden psicossomático específico: 1.- un debilitamiento orgánico heredado(predispocisión o vulnerabilidad fisiológica) para sobrerresponder al stress, de ciertos órganos y/o sistemas; 2.- un tipo o característica específica de personalidad y; 3.- una forma específica de conflicto, interpersonal o intrapsíquico.(- Gatchel y cols.1985)

En un estudio con 600 pacientes afectados por dolor de cabeza, Drummond(1985) demostró la asociación entre factores psicológicos (problemas sociales, en la casa, en el trabajo e historia de episodios depresivos), y el dolor de cabeza tensional.

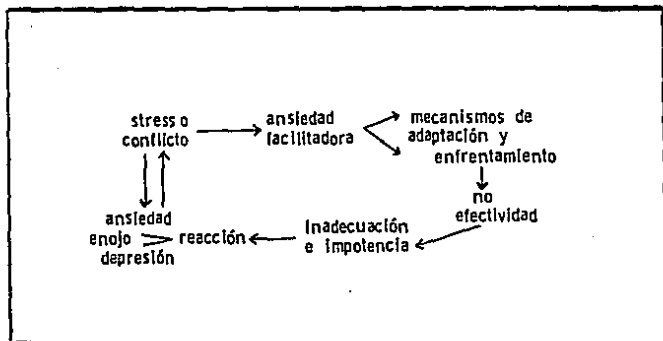
Así mismo, en numerosos estudios se ha mencionado la de presión como factor precipitante de los ataques de cefalea, ya que, las quejas somáticas son frecuentes en pacientes deprimidos. Diamond observa que el 84% de 423 pacientes con varios tipos de depresión tenían dolor de cabeza como uno de sus síntomas principales. Bradley reportó en un estudio de 35 casos de cefalea que el dolor mejoraba con tratamiento antidepressivo. Letsuo en un estudio con 473 pacientes encontró que el 50% sufría depresión, el 15% histeria y el 7% neurosis de ansiedad.(citado en Chemor y Forzante,1983)

Henry(1987) a partir de diversas observaciones afirma que hay una correlación muy estrecha entre la severidad, la frecuencia, la antigüedad de los dolores de cabeza y los scores de depresión y ansiedad.

Nattero y cols.(1986), apoyan la hipótesis del rol que pueden jugar los factores emocionales en el subsecuente - desarrollo de cefalea tensional. Para esto, registraron en 228 pacientes con cefalea la presencia de eventos psicosociales indeseables anteriores al inicio del dolor. Sus resultados fueron positivos encontrando alta frecuencia de eventos stressantes (muerte de un miembro de la familia, divorcio, problemas económicos, etc.) precedentes a la cefalea. Ellos concluyeron que en la patogénesis de la cefalea tensional intervienen dos factores: 1) una tendencia personal para este síndrome y 2) la aparición ilícita de eventos stressantes en la vida de estos pacientes.

Khoury-Haddad(1984) estudio 229 casos de cefalea y en todos ellos le fue posible identificar la presencia de algún stress o conflicto antes del inicio del dolor. Casi siempre lo que ocurría era algún cambio importante en la vida del paciente, los cambios se daban principalmente en cuatro áreas: familia, trabajo, ambiente social y "self". Este autor postula que cuando nos enfrentamos a situaciones de stress o conflicto, se da lugar a la ansiedad saludable o facilitadora, esta surge por medio de los mecanismos de adaptación y enfrentamiento. Si la persona no puede enfrentarse con efectividad al conflicto, emergen sentimientos de inadecuación e impotencia y entonces, puede reaccionar con hostilidad, ansiedad o depresión. El tipo de reacción estara determinado por la predisposición y -- las características básicas de personalidad de cada individuo. Cuando los sentimientos de enojo ansiedad o depresión se pueden expresar directamente, el individuo no de-

sarrolla dolor de cabeza, pero en el caso contrario si los reprime niega el afecto y lo transforma en síntomas corporales (somatización). Si la situación psicológica de enojo, ansiedad o depresión se expresa en parte y se reprime en parte, aparecen síntomas mixtos como dolor de cabeza y combinaciones como ansiedad y depresión.



Esquema 1 - Dinámica de la cefalea tensional de acuerdo a Khouri-Haddad, 1984.

Resumiendo, la búsqueda del perfil psicológico característico del paciente con cefalea ha sido infructuosa. Sin embargo, varios autores proponen algunas características de personalidad particulares en este tipo de pacientes. Se habla principalmente de: personas rígidas, ansiosas, con problemas en la expresión de hostilidad y en el manejo de la agresión y, con historia de episodios depresivos.

También se ha postulado la participación activa del strés y la inhabilidad de estos pacientes para enfrentarlo.

TRABAJO DE INVESTIGACION

4.1 Planteamiento del problema

La cefalea tensional es un problema actual que cada vez adquiere mayor relevancia en la clínica neurológica - ya que, por su frecuencia e intensidad se convierte en un padecimiento incapacitante de muy difícil terapéutica.

En la búsqueda por dar solución a este problema, diferentes estudios han tratado de encontrar las causas pre--disponentes a la aparición del dolor tensional. En un principio se propuso la existencia de una personalidad característica del paciente con cefalea, pero esta idea pronto se desechó ya que, los resultados fueron poco válidos estadísticamente, encontrándose que los que sufren cefalea sólo - comparten algunos rasgos de personalidad.

En la revisión bibliográfica se encontró que la ansiedad y la depresión como manifestaciones emocionales acompañantes en la cefalea tensional, son ampliamente reconocidas (Chemor y Forzante 1983, DiSerio y cols.1985, Drummond 1985, Fenichel 1966, Zermeno y Otero 1974). Así mismo, se ha mencionado a las actitudes hostiles como características de este tipo de pacientes (Blaszczynski 1985, - Collet y cols.1985)

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue el --realizar una investigación que proporcionara datos acerca de la relación que existe entre cefalea tensional y los - estados emocionales de: ansiedad, depresión y hostilidad.

4.2 Hipótesis

Para el objetivo propuesto se plantearon las siguientes hipótesis:

- Existe una diferencia significativa en la presencia de ansiedad, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

- Existe una diferencia significativa en la presencia de depresión, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

- Existe una diferencia significativa en la presencia de hostilidad, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

- Existe una diferencia significativa en la presencia conjunta de ansiedad y depresión, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

- Sexo, edad y escolaridad producen efecto significativo en la cefalea tensional.

4.3 Método

4.3.1 Sujetos

El estudio fue realizado en el Instituto de Neurología y Neurocirugía (I.N.N.N.), con pacientes de la consulta externa, asignados a la Clínica de Cefaleas.

La muestra quedó constituida por un total de 60 sujetos (49 mujeres y 11 hombres), que se distribuyeron en dos grupos:

* El grupo con cefalea, formado por 30 pacientes que cumplieron con el siguiente criterio de inclusión:

- diagnóstico previo de cefalea tensional o por contractura muscular, realizado por un neurólogo de la institución (I.N.N.N.) de acuerdo con los criterios de diagnóstico internacional para las cefaleas, propuesto por el Comité Ad-Hoc. (ver Apéndice I)
- ausencia de enfermedad orgánica.
- exploración neurológica normal o negativa.
- sin ningún tipo de medicación ansiolítica o antidepressiva.
- escolaridad mínima primaria.

* El grupo normal, formado por 30 sujetos que carecían por completo de antecedentes de cefalea tensional, y que tenían como escolaridad mínima la primaria.

Una vez que se estableció que los sujetos cumplían con los requisitos de inclusión de la muestra, para ambos grupos se procedió al registro demográfico que fué: el sexo, la edad y la escolaridad, resultanto de la siguiente forma:

sexo.-

49 mujeres que correspondió al 81% de la muestra,
11 hombres que fué el 19%

edad.-

se dió un rango de 17 a 57 años, la media de edad fue igual a 31.117

La distribución por sexo y el rango de edad no fueron previamente establecidos sino que se dieron conforme a una frecuencia real en la población de pacientes que se presenta a la consulta externa en el I.N.N.N.

escolaridad.-

A los sujetos participantes en la investigación se les pidió como escolaridad mínima la educación primaria, ya que para la administración de las pruebas psicométricas era necesario que los participantes tuvieran buena comprensión de la lectura.

A partir de la primaria se aceptaron diferentes status profesionales. El total de sujetos que integraron la muestra, se distribuyó de la siguiente forma:

23% con educación primaria,
17% secundaria o equivalente,
33% preparatoria o equivalente y
27% educación profesional.

4.3.2 Instrumentos

Para determinar la participación de aspectos emocionales en la etiología de la cefalea tensional, a todos los sujetos de la muestra se les aplicó: la escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario para la Depresión de Beck y el Inventario de Culpa-Hostilidad de Buss y -- Durkhee.

Se incluye copia de los protocolos en el Apéndice II.

Escala de Ansiedad de Hamilton.-

Es una escala compuesta por 14 ítems, ideada por Hamilton(1959) y destinada a utilizarse con pacientes en los que se ha diagnosticado estados neuróticos de angustia.

Cada síntoma fué definido en una breve frase, éstas se agrupan por categorías que resultan en los 14 ítems. Para la evaluación de los mismos, el autor propone una escala de 5 puntos (0 = no se presentó, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave y 4 = muy grave). La escala hace énfasis en el estado subjetivo del paciente.

Para evaluar la confiabilidad de la escala fué aplicada a 35 pacientes, que fueron evaluados por dos médicos. La medida de confiabilidad se basó en la suma de los puntajes crudos de cada paciente, después se calcularon correlaciones producto-momento entre cada par de médicos. La media de estas correlaciones, usando la transformación z es igual a 0.89. Como el coeficiente de confiabilidad no dio información sobre el sesgo de los calificadores hacia puntajes altos o bajos, se calcularon pruebas t entre pares de calificadores, siendo la media igual a 0.61.

Se examinaron después las relaciones entre las variables, calculando entre ellas correlaciones producto-momento y -

para la matriz resultante se utilizó el método de sumación simple. Se extrajo un factor general y un factor bipolar. La varianza del factor general constituye el 27%, del bipolar 18%, dando un total de varianza de 45%.

La matriz de correlaciones puede ser resuelta sea en un factor general de ansiedad y en un factor bipolar de síntomas psíquicos vs. síntomas somáticos; alternativamente, o en dos grupos de factores ortogonales de "ansiedad psíquica" y "ansiedad somática".

A continuación se detallan los reactivos:

1.- Humor ansioso

Preocupación

previsión de lo peor

aprensión (previsión temerosa)

irritabilidad

2.- Tensión

Sensaciones de tensión

propensión a la fatiga

incapacidad para relajarse

respuesta sobresaltada

tendencia al llanto

temblor

sensación de inquietud

3.- Miedo

A la oscuridad

a los extraños

a quedar solo

a los animales

al tránsito

al gentío

4.- Insomnio

Dificultad para conciliar el sueño
sueño entrecortado
sueño insatisfactorio
fatiga al despertar
ensueños
pesadillas
terrores nocturnos

5.- Intelectual

Dificultad para concentrarse
Mala memoria

6.- Estado de ánimo decaído (deprimido)

Pérdida de interés
ausencia de placer en las aficiones
decaimiento
despertar prematuro
variación diurna

7.- Somático muscular (general)

Dolores y malestares musculares
rigidez muscular
espasmos musculares
sacudimientos mioclónicos
crujir de dientes
voz inconsistente

8.- Somático sensorial

Tinnitus
visión borrosa
rubores ardientes y fríos
sensación de debilidad
sensación de agujas

9.- Síntomas cardiovasculares

Taquicardia
palpitaciones
dolor en el pecho
palpitación de los vasos
sensación de desvanecimiento
suspiros
disnea

10.- Síntomas respiratorios

Opresión o constricción en el pecho
sensación de sofocación
suspiros

11.- Síntomas gastrointestinales

Dificultad en la deglución
gases
dolor abdominal
ardor en el estómago
plenitud abdominal
nauseas
vómito
borgorigmo
vientre suelto
pérdida de peso
estreñimiento

12.- Síntomas genitourinarios

Micción frecuente
micción apremiante
amenorrea
menorrea
aparición de frigidez
eyaculación precoz

pérdida de la libido
impotencia

13.- Síntomas autonómicos

Boca seca
rubores
palidez
tendencia a la sudoración
vahidos
cefalea tensional
erizamiento del pelo

14.- Comportamiento durante la entrevista

Impaciencia
inquietud o andar de un lado a otro
temblor de manos
ceño fruncido
rostro tirante
suspiros o respiración rápida
palidez facial
deglusión de la saliva

Inventario para la Depresión de Beck.-

Este instrumento
fué realizado por Beck(1959) en base a sus observaciones
sistemáticas de las actitudes y síntomas característicos
de los pacientes deprimidos.

Los items fueron elegidos tomando en consideración su -
relación con la conducta manifiesta de la depresión y no
tratando de reflejar la etiología o las manifestaciones
subyacentes de la misma.

El instrumento se compone de 21 categorías síntoma-acti

tud. Cada categoría describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en series de 4 o 5 autoafirmaciones progresivamente graduadas de 0 a 3. Las afirmaciones fueron clasificadas para reflejar el grado y severidad del síntoma desde neutral hasta máxima severidad.

Las categorías síntoma-actitud son las siguientes:

- 1.- Tristeza
- 2.- Pesimismo
- 3.- Sentimiento de fracaso
- 4.- Descontento
- 5.- Culpa
- 6.- Expectativa de castigo
- 7.- Aversión por sí mismo
- 8.- Autoacusaciones
- 9.- Ideas suicidas
- 10.- Llanto
- 11.- Irritabilidad
- 12.- Retraimiento social
- 13.- Indecisión
- 14.- Cambio en la imagen corporal
- 15.- Retardo en el trabajo
- 16.- Insomnio
- 17.- Agotamiento
- 18.- Anorexia
- 19.- Pérdida de peso
- 20.- Preocupación somática
- 21.- Pérdida de la libido

Para investigar la confiabilidad y validez del instrumento, este fue administrado a una muestra de 226 pacientes.

Confiabilidad.-

Se emplearon dos métodos para evaluar la consistencia inter

na del instrumento. Primero, se analizaron los protocolos de los 226 casos y el puntaje de cada una de las 21 categorías se comparó con el puntaje total del inventario. Por medio de un análisis de varianza por rangos, se encontró que todas las categorías mostraron una relación significativa con el puntaje total del inventario. La significancia fue superior a un nivel de 0.001

La segunda evaluación de consistencia interna fue la determinación de la confiabilidad. La r de Pearson dió un índice de confiabilidad de 0.86

Validez.-

Las medias y las desviaciones standar para cada una de las categorías de profundidad de depresión fueron las esperadas; esto es, que con cada incremento en la magnitud de la depresión, existe un puntaje total progresivamente mayor. El análisis de varianza por rangos se empleó como medio para evaluar la significancia estadística de estas diferencias, resultando una $P < .001$

Inventario de Culpa-hostilidad de Buss y Durkhee.-

Es un inventario constituido por 75 puntos, que fue creado por Buss y Durkhee(1957), para evaluar los diversos aspectos de la hostilidad y sus distintas formas de expresión. En principio, los autores definieron las subclases de hostilidad que típicamente aparecen en situaciones cotidianas, de la siguiente forma:

Agresión o ataque.-

Violencia física contra otros. Esto incluye el enredarse en peleas con otros, pero no la destrucción de objetos.

Hostilidad indirecta.-

Agresión tanto encubierta como indirecta. La conducta encubierta, tal como la murmuración malévola o las bromas pesadas, es indirecta en el sentido de que no ataca directamente a las personas sino que lo hace por medios tortuosos. La agresión indirecta, tal como los estallidos de mal genio o dar portazos constituye una descarga de afecto negativo que no va dirigida contra alguien en particular; es una reacción de rabia difusa, que no tiene dirección.

Irritabilidad.-

Propensión a estallar con afecto negativo a la menor provocación. Esto incluye mal humor inmediato, el mostrarse gruñón, la exasperación y la rudeza.

Negativismo.-

Comportamiento de oposición generalmente dirigido contra la autoridad. Esto implica el negarse a cooperar, que puede ir desde un incumplimiento pasivo hasta la rebelión abierta contra las reglas o convencionalismos sociales.

Resentimiento.-

Envidia, celos, odio a los demás. Esto se refiere al sentimiento de enojo ante el mundo en general, por un mal trato real o imaginario.

Desconfianza.-

Proyección de hostilidad hacia los demás. Esto varía desde mostrarse falto de confianza y precavido respecto a las personas, hasta la creencia de que los demás lo están difamando o que planean de algún modo dañarlo.

Hostilidad verbal.-

Afecto negativo expresado tanto en el estilo, como en el -

contenido de lo que se dice. El estilo incluye: discutir apasionadamente, gritar y desgafitarse; el contenido incluye amenazas maldiciones y el mostrarse exageradamente censurador.

Debido a la relación existente entre la hostilidad y la culpa, los autores decidieron incluirla tomando como definición de la misma: sentimiento de ser malo, de haber obrado mal o sufrir reclamos de consciencia.

Posteriormente, Buss y Durkhee agruparon las distintas subclases de hostilidad en un conjunto de puntos, para la selección de los mismos emplearon dos criterios: frecuencia y consistencia interna. Frecuencia se refirió a la -- presencia en la población, de un comportamiento o conducta determinado y se estableció a partir de la proporción de la muestra que respondió en el sentido de hostilidad. La consistencia interna se midió por la correlación de un punto con la calificación de la escala a la que pertenecía, se utilizó un coeficiente de correlación biserial. El criterio para la selección de los puntos fué una correlación de, cuando menos .40 para la muestra, tanto de hombre como de mujeres.

La forma definitiva del inventario se administró a 85 hombres y 88 mujeres, se calificaron las ocho escalas y se calcularon correlaciones producto-momento para unos y otros. Se empleó el método centroide de Thurstone con el fin de extraer dos factores. Los dos factores obtenidos dividieron la hostilidad en un componente "emocional" (resentimiento y desconfianza), y en un componente "motor" (agresión, h.indirecta, irritabilidad y h.verbal).

Según los autores, con lo anterior queda demostrada la pertinencia del instrumento ya que, no tuvieron oportuni-

dad de realizar una segunda investigación con una muestra de sujetos mayor que aportaría datos mas feacientes sobre su validez.

4.3.3 Procedimiento

Los pacientes fueron entrevistados en el consultorio asignado a la Clínica de Cefaleas de I.N.N.N, en donde una vez que el neurólogo diagnosticó la cefalea tensional refirió al paciente con el investigador para que se procediera a la sesión de pruebas.

La sesión psicométrica se llevó a cabo en el departamento de psicología de dicho instituto, y fué realizada en todos los casos por el investigador.

Cada sesión consistió de dos partes: en la primera el investigador hizo saber a cada uno de los integrantes de la muestra que su participación seria voluntaria ya que, se trataba de un trabajo de investigación; después el investigador recopiló los datos generales de cada paciente es decir, sexo, edad y escolaridad y para terminar administró la Escala de ansiedad de Hamilton, cuyas instrucciones de aplicación fueron las siguientes: "ahora le voy a leer una serie de síntomas, cada vez que usted identifique algún síntoma como suyo por favor dígamelo.-- También me dice como fué el síntoma si leve, moderado, grave, muy grave o sí, simplemente no se presentó.

En la segunda parte de la sesión, el investigador explicó las instrucciones para la autoaplicación de los otros dos inventarios, las cuales se dieron como sigue: para el Inventario para la depresión de Beck, " este es un cuestionario en donde hay varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea todas las afirmaciones de cada grupo, luego escoja una, la que mejor describa la forma como se sien

te ahora; en estos instantes. Haga un círculo alrededor - del número correspondiente a la afirmación que eligió. No pase por alto ninguna de las afirmaciones antes de decir.

Para el Inventario de culpa-hostilidad de Buss-Durkhee las instrucciones fueron: " sírvase leer los enunciados - que se muestran a continuación. Si usted considera que la afirmación en ellos expresada es CIERTA, ponga una cruz - en el espacio correspondiente en la columna de cierto. Si por el contrario usted considera que es FALSA, ponga una cruz en el espacio correspondiente en la columna de falso.

De cualquier forma, las instrucciones de aplicación es taban escritas en la parte superior de la hoja inicial de cada protocolo.

El tiempo total de sesión por cada paciente fue de 120 minutos aproximadamente.

Una vez que se reunió el total de sujetos propuesto -- (60), se procedió a la calificación de los protocolos obteniendo en cada uno de ellos el puntaje bruto.

4.3.4 Análisis Estadístico

Se utilizó la prueba t de Student para la evaluación de las hipótesis que proponen la existencia de una - diferencia significativa en la presencia de ansiedad, de depresión o de hostilidad respectivamente, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

Análisis de varianza de 2×2 fueron utilizados para - observar el efecto de sexo, de edad y de escolaridad en - la cefalea tensional.

4.4 Resultados

Para facilitar la manipulación y su interpretación, a los datos demográficos se les asignaron categorías arbitrarias, que fueron las siguientes:

| | | | |
|-------------|--------------|---|--------------------|
| edad | <30 = ED1 | y | >30 = ED2 |
| escolaridad | - primaria | y | secundaria = ESC1 |
| | preparatoria | y | profesional = ESC2 |

Con la prueba t de Student que se utilizó para comparar los puntajes obtenidos por los dos grupos en las escalas estudiadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Para la escala de ansiedad se encontró que todos y cada uno de los reactivos que la componen, resultaron significativamente más altos para el grupo con cefalea que para el grupo normal. Estas diferencias se hacen más patentes cuando se agrupan los reactivos y forman las subescalas de ansiedad psíquica y ansiedad somática.

Para el puntaje de ansiedad total, la diferencia alcanzó una proporción de 4:1 entre ambos grupos. (ver tabla 1)

2) Para la escala de depresión se encontró que la media correspondiente al puntaje total de depresión también alcanzó una diferencia de 4:1, entre el grupo con cefalea y el grupo normal.

En el análisis de los items se vio que en todos, la puntuación más alta corresponde siempre al grupo con cefalea. Las diferencias se aprecian más en los items de: tristeza, descontento, culpa, cambio en la imagen corporal, agotamiento y preocupación somática. (ver tabla 2)

T A B L A 1

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

| <u>ANSIEDAD</u> | <u>t₅₅</u> | <u>P</u> | <u>CON CEFALEA</u> | <u>NORMAL</u> |
|---------------------------|-----------------------|----------|--------------------|---------------|
| Humor ansioso | 7.77 | <.001 | 2.66 ± .20 | .76 ± .14 |
| Tensión | 6.23 | <.001 | 2.46 ± .21 | .73 ± .17 |
| Miedo | 2.38 | .013 | 1.30 ± .24 | .50 ± .19 |
| Insomnio | 5.85 | <.001 | 2.53 ± .21 | .80 ± .20 |
| Intelectual | 5.31 | <.001 | 2.13 ± .26 | .53 ± .15 |
| Edo.ánimo decaído | 6.12 | <.001 | 2.33 ± .22 | .60 ± .17 |
| Comportamiento entrevista | 3.01 | .004 | 1.00 ± .15 | .33 ± .15 |
| Somático muscular | 5.12 | <.001 | 1.73 ± .20 | .46 ± .14 |
| Somático sensorial | 3.84 | <.001 | 1.50 ± .20 | .46 ± .17 |
| Síntomas cardiovasculares | 6.45 | <.001 | 2.16 ± .20 | .56 ± .14 |
| Síntomas respiratorios | 5.16 | <.001 | 1.56 ± .22 | .26 ± .10 |

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

| <u>ANSIEDAD</u> | t ₅₅ | P | CON CEFALEA | NORMAL |
|-----------------------------|-----------------|-------|--------------|-------------|
| Síntomas gastrointestinales | 5.75 | <.001 | 2.23 ± .19 | .73 ± .17 |
| Síntomas genitourinarios | 3.81 | <.001 | 1.46 ± .25 | .36 ± .14 |
| Síntomas autonómicos | 8.28 | <.001 | 3.06 ± .23 | .56 ± .19 |
| Ansiedad Psíquica | 7.98 | <.001 | 14.43 ± .99 | 4.26 ± .79 |
| Ansiedad Somática | 8.51 | <.001 | 13.73 ± .94 | 3.43 ± .75 |
| Ansiedad TOTAL | 8.84 | <.001 | 28.16 ± 1.80 | 7.73 ± 1.44 |

T A B L A 2

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA PARA LA DEPRESION DE BECK

| <u>DEPRESION</u> | t ₅₅ | P | CON CEFALEA | NORMAL |
|------------------------|-----------------|-------|-------------|-----------|
| Tristeza | 5.20 | <.001 | 1.36 ± .20 | .20 ± .10 |
| Pesimismo | 2.40 | .020 | 1.03 ± .19 | .43 ± .15 |
| Sentimiento de fracaso | 3.07 | .003 | 1.16 ± .20 | .36 ± .15 |
| Descontento | 4.62 | <.001 | 1.06 ± .17 | .20 ± .07 |
| Culpa | 3.80 | <.001 | 1.00 ± .22 | .10 ± .07 |
| Expectativa de castigo | 3.83 | <.001 | .66 ± .11 | .16 ± .06 |
| Aversión por si mismo | 2.73 | .008 | .76 ± .14 | .26 ± .10 |
| Autoacusaciones | 3.72 | <.001 | 1.06 ± .15 | .36 ± .11 |
| Ideas suicidas | 3.62 | <.001 | .63 ± .16 | .03 ± .03 |
| Llanto | 3.58 | <.001 | .93 ± .19 | .13 ± .10 |

T A B L A 2

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA PARA LA DEPRESION DE BECK

| <u>DEPRESION</u> | <u>t₅₅</u> | <u>P</u> | <u>CON CEFALEA</u> | <u>NORMAL</u> |
|---------------------------|-----------------------|----------|--------------------|---------------|
| Irritabilidad | 2.98 | <.001 | 1.00 ± .11 | .43 ± .14 |
| Retraimiento social | 3.01 | .004 | .73 ± .19 | .10 ± .07 |
| Indecisión | 4.51 | <.001 | 1.30 ± .16 | .36 ± .13 |
| Cambio en la imagen corp. | 4.03 | <.001 | 1.20 ± .18 | .26 ± .13 |
| Retardo en el trabajo | 5.31 | <.001 | .90 ± .12 | .13 ± .07 |
| Insomnio | 4.00 | <.001 | 1.33 ± .18 | .43 ± .13 |
| Agotamiento | 4.68 | <.001 | 1.20 ± .18 | .26 ± .08 |
| Anorexia | 2.00 | .051 | .46 ± .12 | .16 ± .08 |
| Pérdida de peso | 2.33 | .023 | .73 ± .14 | .30 ± .11 |
| Preocupación somática | 6.41 | .023 | 1.63 ± .15 | .30 ± .12 |

T A B L A 2

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA PARA LA DEFRESION DE BECK

| <u>DEFRESION</u> | t ₅₅ | P | CON CEFALEA | NORMAL |
|----------------------|-----------------|-------|--------------|-------------|
| Pérdida de la libido | 2.85 | <.006 | .86 ± .20 | .23 ± .09 |
| Depresión TOTAL | 7.21 | <.001 | 21.10 ± 1.90 | 5.20 ± 1.10 |

3) Para la escala de culpa-hostilidad las diferencias entre el grupo con cefalea y el grupo normal son patentes, sin embargo, son más discretas en relación a las otras dos escalas.

En todas las subescalas del inventario se encuentran diferencias entre los dos grupos, destacando las correspondientes a: irritabilidad, negativismo, resentimiento y --desconfianza.(ver tabla 3)

En el análisis de varianza que se realizó para evaluar los efectos de sexo y grupo en el total de depresión, se encontró que hay diferencia entre los grupos para el puntaje total de depresión, que es independiente al sexo. Es decir, que las medias de puntuación del grupo con cefalea fueron más altas, tanto para hombres como para mujeres.

Así mismo, hay una diferencia entre los sexos que es independiente al grupo al que pertenecen, siendo las mujeres quienes alcanzan un puntaje mayor. No se encontraron interacciones entre sexo y grupo.

Para los reactivos de depresión, en todos se encontró diferencia en cuanto a grupo. Las diferencias para sexo se encuentran en los reactivos correspondientes a: tristeza, descontento y cambio en la imagen corporal.(ver tabla 4)

En el análisis de varianza realizado para evaluar los efectos de sexo y grupo en el total de ansiedad, resultó que el grupo con cefalea tiene calificaciones de ansiedad más altas en relación al grupo normal, siendo esta diferencia independiente al sexo.

Para ansiedad psíquica y ansiedad somática sólo se encuentran diferencias en cuanto a grupo.

No se encuentran interacciones entre sexo y grupo (ver tabla 5)

T A B L A 3

DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE CALIFICACION EN LA ESCALA DE CULPA-HOSTILIDAD DE BUSS-DURKHEE

| <u>HOSTILIDAD</u> | t ₅₅ | P | CON CEFALEA | NORMAL |
|-------------------|-----------------|-------|--------------|--------------|
| Agresión | 2.85 | .006 | 3.66 ± .35 | 2.36 ± .28 |
| Indirecta | 3.65 | <.001 | 4.90 ± .32 | 3.36 ± .26 |
| Irritabilidad | 4.75 | <.001 | 5.93 ± .48 | 2.93 ± .40 |
| Negativismo | 2.66 | <.001 | 2.66 ± .20 | 1.30 ± .20 |
| Resentimiento | 5.42 | <.001 | 4.10 ± .34 | 1.66 ± .28 |
| Desconfianza | 4.49 | <.001 | 5.40 ± .39 | 2.90 ± .39 |
| Verbal | 4.30 | <.001 | 7.90 ± .43 | 5.36 ± .39 |
| Culpa | 4.23 | <.001 | 5.16 ± .46 | 2.53 ± .41 |
| Hostilidad TOTAL | 6.08 | <.001 | 39.16 ± 2.22 | 22.33 ± 1.64 |

T A B L A 4

EFECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|---------------------------|-------|-------|-------|--------------------|-----------|---------------|-----------|
| | | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Tristeza | SEXO | 9.11 | .004 | 1.62 ± .21 | .33 ± .21 | .24 ± .11 | .00 |
| | GRUPO | 33.62 | <.001 | | | | |
| Pesimismo | GRUPO | 6.10 | .017 | 1.12 ± .22 | .66 ± .33 | .52 ± .18 | .00 |
| Sentimiento de fracaso | GRUPO | 9.92 | .003 | 1.33 ± .22 | .50 ± .50 | .36 ± .17 | .40 ± .40 |
| Descontento | SEXO | 4.31 | .042 | 1.20 ± .19 | .50 ± .22 | .24 ± .08 | .00 |
| | GRUPO | 23.33 | <.001 | | | | |
| Culpa | GRUPO | 14.19 | <.001 | 1.04 ± .25 | .83 ± .49 | .12 ± .08 | .00 |
| Expectativa de castigo | GRUPO | 14.89 | <.001 | .70 ± .12 | .50 ± .22 | .20 ± .08 | .00 |
| Aversión por si mismo. | GRUPO | 7.20 | .010 | .79 ± .15 | .66 ± .42 | .24 ± .11 | .40 ± .24 |
| Autoacusaciones | GRUPO | 14.20 | <.001 | 1.16 ± .16 | .66 ± .33 | .32 ± .11 | .60 ± .40 |

T A B L A 4

EFECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|---------------------------|-------|-------|-------|--------------------|------------|---------------|-----------|
| | | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Ideas suicidas | GRUPO | 4.69 | <.001 | .79 ± .19 | .00 | .04 ± .04 | .00 |
| Llanto | GRUPO | 10.22 | <.001 | 1.04 ± .21 | .50 ± .50 | .16 ± .12 | .00 |
| Irritabilidad | GRUPO | 8.98 | .004 | 1.04 ± .12 | .83 ± .30 | .48 ± .17 | .20 ± .20 |
| Retraimiento social | GRUPO | 9.74 | .003 | .87 ± .23 | .16 ± .16 | .12 ± .08 | .00 |
| Indecisión | GRUPO | 20.53 | <.001 | 1.37 ± .16 | 1.00 ± .44 | .28 ± .12 | .80 ± .49 |
| Cambio en la imagen corp. | GRUPO | 18.49 | <.001 | 1.41 ± .19 | .33 ± .33 | .24 ± .14 | .40 ± .40 |
| | SEXO | 3.13 | .002 | | | | |
| Retardo en el trabajo | GRUPO | 28.48 | <.001 | .95 ± .12 | .66 ± .33 | .16 ± .09 | .00 |
| Insomnio | GRUPO | 15.93 | <.001 | 1.41 ± .19 | 1.00 ± .51 | .40 ± .14 | .60 ± .40 |
| Agotamiento | GRUPO | 23.10 | <.001 | 1.33 ± .20 | .66 ± .33 | .28 ± .09 | .20 ± .20 |

T A B L A 4

EFECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|-----------------------------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Anorexia GRUPO | 4.28 | .043 | .54 ± .14 | .16 ± .16 | .20 ± .10 | .00 |
| Pérdida de peso GRUPO | 5.72 | .020 | .83 ± .16 | .33 ± .21 | .32 ± .13 | .20 ± .20 |
| Preocupación somática GRUPO | 41.00 | <.001 | 1.62 ± .18 | 1.66 ± .21 | .44 ± .14 | .00 |
| Pérdida de la libido GRUPO | 9.03 | .004 | 1.04 ± .23 | .16 ± .16 | .24 ± .10 | .20 ± .20 |
| Depresión TOTAL. | 60.15 | <.001 | 23.33 ± 1.99 | 12.16 ± 3.55 | 5.44 ± 1.25 | 4.00 ± 2.30 |

Nota.- Los grados de libertad $gl = 1,56$ en todos los casos.

T A B L A 5

EFEECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE ANSIEDAD.

| <u>ANSIEDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | | |
|-------------------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|--------------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | |
| Ansiedad Psiquica | GRUPO | 67.19 | <.001 | 15.20 ± 1.07 | 11.33 ± 2.23 | 3.72 ± .84 | 7.00 ± .89 |
| Ansiedad Somatica | GRUPO | 69.92 | <.001 | 13.79 ± 1.10 | 13.50 ± 1.83 | 3.40 ± .85 | 3.60 ± 1.74 |
| Ansiedad TOTAL. | GRUPO | 77.72 | <.001 | 29.00 ± 2.06 | 24.83 ± 3.59 | 7.16 ± 1.60 | 10.60 ± 3.37 |

Nota.- Los grados de libertad gl= 1,56 en todos los casos.

En el análisis de varianza que se efectuó para evaluar los efectos de sexo y grupo en el total de hostilidad, se encontró que, sólo existen diferencias en cuanto a grupo, las diferencias para sexo no fueron significativas.

En las subescalas de hostilidad se encontraron diferencias para grupo en cada una de ellas; diferencias para sexo se encontraron en, la subescala correspondientes a irritabilidad, siendo el sexo femenino quien alcanzó el puntaje mayor.

No se encontraron interacciones entre sexo y grupo.(ver tabla 6)

En el análisis de varianza que se llevó a cabo para evaluar los efectos de las variables edad y grupo sobre el total de depresión, se vió que no hay diferencia para edad, las diferencias sólo son para grupo.

Para cada uno de los reactivos que forman la escala de depresión se encuentran diferencias sólo en lo referente a grupo.

No hay interacciones entre edad y grupo.(ver tabla 7)

En el análisis de varianza que fué realizado para evaluar los efectos de la edad y grupo en el total de ansiedad, se encontró que, para el puntaje total de ansiedad existe sólo diferencia significativa para grupo.

En las subescalas resultó que, la ansiedad somática tiene diferencia para grupo, la ansiedad psíquica tiene diferencias para edad (a mayor edad, más probabilidad de experimentar ansiedad psíquica) y, para grupo.

No se encontraron interacciones entre edad y grupo.(ver tabla 8)

T A B L A 6

EFECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE CULPA-HOSTILIDAD.

| <u>HOSTILIDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|---------------------|-------|-------|--------------------|-------------|---------------|-------------|
| | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Agresión GRUPO | 8.29 | .006 | 3.29 ± .34 | 5.16 ± .98 | 2.44 ± .32 | .00 |
| Indirecta GRUPO | 13.13 | <.001 | 4.95 ± .37 | 4.66 ± .66 | 3.44 ± .30 | 3.00 ± .54 |
| Irritabilidad GRUPO | 24.77 | <.001 | 6.41 ± .51 | 4.00 ± 1.03 | 3.08 ± .47 | 2.20 ± .58 |
| SEXO | 4.59 | .036 | | | | |
| Negativismo GRUPO | 22.53 | <.001 | 2.75 ± .23 | 2.33 ± .33 | 1.28 ± .21 | 1.40 ± .67 |
| Desconfianza GRUPO | 22.41 | <.001 | 5.79 ± .42 | 3.83 ± .79 | 3.12 ± .44 | 1.80 ± .58 |
| Resentimiento GRUPO | 29.02 | <.001 | 4.25 ± .41 | 3.50 ± .42 | 1.64 ± .33 | 1.80 ± .37 |
| Verbal GRUPO | 18.15 | <.001 | 7.58 ± .45 | 9.16 ± 1.13 | 5.36 ± .42 | 5.40 ± 1.20 |

T A B L A 6

EPECTO DE LAS VARIABLES SEXO Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE CULPA-HOSTILIDAD.

| <u>HOSTILIDAD</u> | | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|-------------------|-------|-------|-------|--------------------|-------------|---------------|-------------|
| | GRUPO | | | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| Culpa | GRUPO | 17.50 | <.001 | 4.87 ± .54 | 6.33 ± .61 | 2.32 ± .47 | 3.60 ± .60 |
| Hostilidad | | | | | | | |
| TOTAL. | GRUPO | 36.67 | <.001 | 40.04 ±2.29 | 35.66 ±6.62 | 22.64 ±1.78 | 20.80 ±1.74 |

Nota.- Los grados de libertad $gl = 1,56$ en todos los casos.

T A B L A 7

EFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|------------------------------|-------|-------|--------------------|------------|---------------|-----------|
| | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 |
| Tristeza GRUPO | 26.15 | <.001 | 1.25 ± .26 | 1.50 ± .31 | .17 ± .12 | .23 ± .16 |
| Pesimismo GRUPO | 5.86 | .019 | .93 ± .24 | 1.14 ± .31 | .05 ± .05 | .92 ± .30 |
| Sentimiento de fracaso GRUPO | 9.08 | .004 | 1.00 ± .27 | 1.35 ± .32 | .23 ± .16 | .53 ± .29 |
| Descontento GRUPO | 21.12 | <.001 | .87 ± .22 | 1.28 ± .22 | .11 ± .08 | .30 ± .13 |
| Culpa GRUPO | 13.98 | <.001 | 1.00 ± .30 | .00 | .11 ± .11 | .07 ± .11 |
| Expectativa de castigo GRUPO | 14.22 | <.001 | .68 ± .17 | .64 ± .13 | .17 ± .09 | .15 ± .10 |
| Aversión por si mismo GRUPO | 7.12 | .010 | .68 ± .19 | .85 ± .23 | .23 ± .18 | .30 ± .17 |
| Autoacusación GRUPO | 14.64 | <.001 | 1.31 ± .14 | .78 ± .23 | .29 ± .11 | .46 ± .21 |
| Ideas suicidas GRUPO | 12.80 | <.001 | .50 ± .22 | .78 ± .23 | .05 ± .05 | .00 |

T A B L A 7

EFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|------------------------|-------|-------|-------|--------------------|------------|---------------|-----------|
| | | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 |
| Llanto | GRUPO | 12.75 | <.001 | 1.00 ± .28 | .85 ± .27 | .23 ± .18 | .00 |
| Irritabilidad | GRUPO | 8.59 | .005 | .87 ± .12 | 1.14 ± .20 | .41 ± .19 | .46 ± .24 |
| Retraimiento social | GRUPO | 8.99 | .004 | .81 ± .29 | .64 ± .26 | .17 ± .12 | .00 |
| Indecision | GRUPO | 19.61 | <.001 | 1.31 ± .25 | 1.28 ± .22 | .35 ± .17 | .38 ± .21 |
| Cambio en imagen corp. | GRUPO | 15.79 | <.001 | 1.25 ± .28 | 1.14 ± .25 | .29 ± .20 | .23 ± .16 |
| Retardo en el trabajo | GRUPO | 27.54 | <.001 | .94 ± .17 | .85 ± .17 | .17 ± .12 | .07 ± .07 |
| Insomnio | GRUPO | 15.67 | <.001 | 1.25 ± .23 | 1.42 ± .29 | .52 ± .12 | .30 ± .17 |
| Agotamiento | GRUPO | 21.55 | <.001 | 1.06 ± .23 | 1.35 ± .28 | .18 ± .08 | .46 ± .14 |

T A B L A 7

EFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | F | P | <u>CON CEPALIA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|-----------------------|-------------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|
| | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 |
| Anorexia | GRUPO 4.10 | .047 | .56 ± .18 | .35 ± .16 | .23 ± .13 | .17 ± .07 |
| Pérdida de peso | GRUPO 5.16 | .027 | .62 ± .18 | .85 ± .23 | .23 ± .10 | .38 ± .24 |
| Preocupación somática | GRUPO 40.70 | <.001 | 1.75 ± .19 | 1.50 ± .25 | .41 ± .17 | .30 ± .17 |
| Pérdida de la libido | GRUPO 7.87 | <.001 | .68 ± .25 | 1.07 ± .32 | .17 ± .09 | .30 ± .17 |
| Depresión TOTAL. | GRUPO 50.15 | <.001 | 20.43 ± 2.74 | 21.85 ± 2.71 | 4.82 ± 1.59 | 5.69 ± 1.52 |

Nota.- Los grados de libertad $gl = 1,56$ en todos los casos.

T A B L A 8

EFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE ANSIEDAD.

| <u>ANSIEDAD</u> | | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|-------------------|-------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|
| | | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 |
| Ansiedad Psíquica | GRUPO | 66.45 | <.001 | 16.57 ± 1.33 | 12.56 ± 1.32 | 4.84 ± 1.26 | 3.82 ± 1.03 |
| | EDAD | 4.12 | .047 | | | | |
| Ansiedad Somática | GRUPO | 70.74 | <.001 | 12.93 ± 1.49 | 14.64 ± 1.09 | 3.17 ± .69 | 3.79 ± 1.52 |
| Ansiedad TOTAL. | GRUPO | 78.99 | <.001 | 25.50 ± 2.60 | 31.21 ± 2.20 | 7.00 ± 1.56 | 8.69 ± 2.69 |

Nota.- Los grados de libertad $g_1 = 1.56$ en todos los casos

En el análisis de varianza que se realizó para evaluar los efectos de las variables edad y grupo en el total de hostilidad, se encontró que para el puntaje total sólo hay diferencia en cuanto a grupo.

En las subescalas de hostilidad en cada una de ellas se encontró diferencia para grupo. La subescala correspondiente a negativismo presentó diferencia para edad, alcanzando los jóvenes los puntajes más altos.

No se encontraron interacciones entre edad y grupo. (ver tabla 9)

En el análisis de varianza que fué realizado para evaluar los efectos de las variables escolaridad y grupo - en el total de depresión, se encontró que para el puntaje total de depresión sólo hay diferencias en cuanto a grupo.

En el desglose de items se encontró que todos tienen diferencia en cuanto a grupo excepto el que corresponde a pesimismo, que revela diferencias en cuanto a escolaridad.

No se encontraron interacciones entre escolaridad y grupo. (ver tabla 10)

En el análisis de varianza que se llevó a cabo para evaluar los efectos de las variables escolaridad y grupo en el total de ansiedad, se encontró que para el puntaje de ansiedad total sólo hay diferencias para escolaridad. No se encontraron diferencias para escolaridad.

En las subescalas de ansiedad (somática y psíquica), sólo hay diferencias para grupo.

No se encontraron interacciones entre escolaridad y grupo. (ver tabla 11)

En el análisis de varianza que se efectuó para evaluar los efectos de la escolaridad y grupo en el total de

T A B L A 9

EFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE CULPA- HOSTILIDAD.

| <u>HOSTILIDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|---------------------|-------|-------|--------------------|------------|---------------|------------|
| | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 |
| Agresión GRUPO | 7.77 | .007 | 3.50 ± .44 | 3.85 ± .50 | 2.35 ± .36 | 2.38 ± .47 |
| Indirecta GRUPO | 13.01 | <.001 | 5.06 ± .43 | 4.71 ± .48 | 3.17 ± .37 | 3.61 ± .36 |
| Irritabilidad GRUPO | 22.71 | <.001 | 6.50 ± .71 | 5.28 ± .61 | 2.88 ± .61 | 3.00 ± .51 |
| Negativismo GRUPO | 25.05 | <.001 | 3.06 ± .24 | 2.21 ± .28 | 1.47 ± .32 | 1.07 ± .21 |
| EDAD | 4.99 | .029 | | | | |
| Desconfianza GRUPO | 19.42 | <.001 | 4.50 ± .54 | 3.64 ± .40 | 1.35 ± .28 | 2.07 ± .53 |
| Resentimiento GRUPO | 29.98 | <.001 | 5.31 ± .61 | 5.50 ± .51 | 2.94 ± .37 | 2.84 ± .77 |
| Verbal GRUPO | 18.15 | <.001 | 8.12 ± .54 | 7.64 ± .70 | 5.47 ± .52 | 5.23 ± .62 |
| Culpa GRUPO | 17.41 | <.001 | 5.31 ± .61 | 5.00 ± .72 | 2.17 ± .53 | 3.00 ± .66 |

T A B L A 9

EFFECTO DE LAS VARIABLES EDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE CULPA-HOSTILIDAD.

| <u>HOSTILIDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | | |
|-------------------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| | | | ED1 | ED2 | ED1 | ED2 | |
| Hostilidad | | | | | | | |
| TOTAL. | GRUPO | 37.11 | <.001 | 41.56 ± 2.67 | 36.42 + 3.62 | 21.64 ± 2.22 | 23.23 ± 2.52 |

Nota.- Los grados de libertad gl = 1,56 en todos los casos

T A B L A 10

EFECTO DE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| DEPRESION | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|------------------------------|-------|-------|--------------------|------------|---------------|-----------|
| | | | ESC1 | ESC2 | ESC1 | ESC2 |
| Tristeza GRUPO | 18.36 | <.001 | 1.44 ± .44 | 1.25 ± .35 | .50 ± .34 | .12 ± .29 |
| Pesimismo ESC | 4.35 | .041 | 1.16 ± .21 | .83 ± .36 | 1.16 ± .40 | .25 ± .06 |
| Sentimiento de fracaso GRUPO | 5.98 | .018 | 1.27 ± .28 | 1.00 ± .30 | .50 ± .50 | .33 ± .15 |
| Descontento GRUPO | 19.14 | <.001 | 1.00 ± .19 | 1.06 ± .32 | .16 ± .16 | .28 ± .08 |
| Culpa GRUPO | 8.55 | .005 | 1.22 ± .31 | .66 ± .28 | .16 ± .16 | .16 ± .08 |
| Expectativa de castigo GRUPO | 7.96 | .007 | .77 ± .15 | .50 ± .15 | .33 ± .21 | .12 ± .06 |
| Aversión por sí mismo GRUPO | 8.20 | .006 | .66 ± .18 | .91 ± .26 | .16 ± .16 | .29 ± .12 |
| Autoacusación. GRUPO | 11.55 | <.001 | 1.05 ± .20 | 1.08 ± .22 | .33 ± .38 | .37 ± .11 |
| Ideas suicidas GRUPO | 9.09 | .004 | .72 ± .22 | .50 ± .23 | .00 | .04 ± .04 |
| Llanto GRUPO | 7.09 | .003 | 1.05 ± .27 | .75 ± .27 | .00 | .16 ± .13 |

T A B L A 10

EFECTO DE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|---------------------------|-------------|-------|--------------------|------------|---------------|-----------|
| | | | ESC1 | ESC2 | ESC1 | ESC2 |
| Irritabilidad | GRUPO 7.84 | .007 | 1.05 ± .18 | .91 ± .08 | .16 ± .16 | .50 ± .18 |
| Retraimiento social | GRUPO 12.22 | <.001 | .50 ± .20 | 1.08 ± .37 | .00 | .12 ± .09 |
| Indecisión | GRUPO 14.03 | <.001 | 1.44 ± .20 | 1.08 ± .26 | .33 ± .33 | .37 ± .14 |
| Cambio en la imagen corp. | GRUPO 15.95 | <.001 | 1.00 ± .24 | 1.50 ± .28 | .50 ± .34 | .20 ± .14 |
| Retardo en el trabajo. | GRUPO 27.80 | <.001 | .77 ± .17 | 1.08 ± .14 | .16 ± .16 | .12 ± .09 |
| Insomnio | GRUPO 13.50 | <.001 | 1.27 ± .25 | 1.41 ± .26 | .50 ± .34 | .41 ± .14 |
| Agotamiento | GRUPO 18.24 | <.001 | 1.11 ± .22 | 1.33 ± .31 | .50 ± .22 | .20 ± .08 |
| Anorexia | GRUPO 4.34 | .042 | .38 ± .14 | .58 ± .22 | .16 ± .16 | .16 ± .09 |
| Pérdida de peso. | GRUPO 5.18 | .027 | .77 ± .19 | .67 ± .22 | .00 | .37 ± .14 |

T A B L A 10

EFECTO DE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE DEPRESION.

| <u>DEPRESION</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | | |
|-----------------------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | ESC1 | ESC2 | ESC1 | ESC2 | |
| Preocupación somática | GRUPO | 41.22 | <.001 | 1.55 ± .20 | 1.75 ± .25 | .00 | .45 ± .14 |
| Pérdida de la libido | GRUPO | 5.29 | .025 | .94 ± .24 | .75 ± .35 | .33 ± .21 | .20 ± .10 |
| Depresión TOTAL. | GRUPO | 41.32 | <.001 | 21.22 ± 2.51 | 20.51 ± 3.05 | 5.33 ± 1.92 | 5.16 ± 1.31 |

Nota.- Grados de libertad $\chi^2_1 = 1,56$ en todos los casos.

T A B L A 11

EFFECTO DE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE ANSIEDAD.

| <u>ANSIEDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALEA</u> | | <u>NORMAL</u> | | |
|-------------------|-------|-------|--------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | ESC1 | ESC2 | ESC1 | ESC2 | |
| Ansiedad Somática | GRUPO | 63.25 | <.001 | 13.77 ± 1.25 | 13.66 ± 1.81 | 1.66 ± .42 | 3.87 ± .92 |
| Ansiedad Psíquica | GRUPO | 52.07 | <.001 | 14.94 ± 1.37 | 13.66 ± 1.43 | 2.83 ± .83 | 4.62 ± .96 |
| Ansiedad TOTAL | GRUPO | 65.52 | <.001 | 28.72 ± 2.24 | 27.33 ± 3.05 | 4.83 ± 1.22 | 8.45 ± 1.75 |

Nota.- Grados de libertad $gl = 1,56$ en todos los casos

EFECTO DE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD Y GRUPO SOBRE LA ESCALA DE CULPA-HOSTILIDAD.

| <u>HOSTILIDAD</u> | F | P | <u>CON CEFALIA</u> | | <u>NORMAL</u> | |
|-------------------|-------------|-------|--------------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | ESC1 | ESC2 | ESC1 | ESC2 |
| Agresión | GRUPO 6.80 | .012 | 3.88 ± .52 | 3.33 ± .33 | 1.66 ± .49 | 2.54 ± .33 |
| Indirecta | GRUPO 12.46 | <.001 | 4.72 ± .43 | 5.16 ± .50 | 3.33 ± .66 | 3.37 ± .29 |
| Irritabilidad | GRUPO 25.39 | <.001 | 5.11 ± .59 | 7.16 ± .70 | 3.50 ± .84 | 2.79 ± .46 |
| Negativismo | GRUPO 22.38 | <.001 | 2.55 ± .23 | 2.83 ± .36 | 1.00 ± .25 | 1.37 ± .24 |
| Desconfianza | GRUPO 14.03 | <.001 | 5.38 ± .51 | 5.41 ± .64 | 4.00 ± 1.57 | 2.62 ± .35 |
| Resentimiento | GRUPO 18.16 | <.001 | 4.27 ± .41 | 3.83 ± .61 | 3.30 ± .88 | 1.25 ± .21 |
| | ESCOL 5.31 | .025 | | | | |
| Verbal | GRUPO 24.56 | <.001 | 7.27 ± .54 | 8.83 ± .66 | 4.33 ± .49 | 5.62 ± .46 |
| | ESCOL 5.11 | .028 | | | | |
| Culpa | GRUPO 11.85 | <.001 | 5.44 ± .52 | 4.75 ± .86 | 3.00 ± 1.31 | 2.41 ± .42 |
| Hostilidad | | | | | | |
| TOTAL. | GRUPO 32.28 | <.001 | 37.66 ± 3.09 | 41.41 ± 3.11 | 24.16 ± 4.65 | 21.87 ± 1.74 |

hostilidad, se observó que para hostilidad total sólo existe diferencia en cuanto a grupo. No hay diferencias en lo referente a escolaridad.

En las subescalas de hostilidad en todas se encontró diferencia para grupo. Se encontró diferencia para escolaridad en las subescalas correspondientes a: resentimiento y verbal.

No se encontraron interacciones entre escolaridad y grupo. (ver tabla 12)

D I S C U S I O N Y C O N C L U S I O N E S

Las características y los rasgos de personalidad de los que sufren cefalea, han sido ampliamente investigados sin embargo, la evidencia estadística no ha apoyado la noción de una personalidad característica en este tipo de pacientes.

Los hallazgos de este estudio sugieren que los aspectos emocionales tienen una participación activa en la etiología de la cefalea tensional. El análisis estadístico de los datos, a través de la prueba t de Student, reveló que los pacientes con cefalea tensional obtienen calificaciones significativamente más altas ($p < .001$), en las escalas de ansiedad de Hamilton, depresión de Beck y hostilidad de Buss y Durkhee.

Específicamente se encontró que:

En la escala de ansiedad, la diferencia entre las medias de puntuación total es hasta cuatro veces mayor para el grupo con cefalea, en relación al grupo normal. Es decir, que los tensionales padecen más ansiedad y si se trata de identificar que elementos prevalecen en la manifestación ansiosa, los datos revelan diferencia mayor para ansiedad psíquica.

En la escala de depresión, las diferencias entre las medias de puntuación total, son igualmente sorprendentes al canzando una proporción de 4:1, entre los dos grupos. Indicando que, los pacientes con cefalea tensional tienen -

altos índices de depresión.

En el análisis de los reactivos de la prueba se observó que en todos existe diferencia entre ambos grupos, siendo ésta mayor en los referentes a: tristeza, descontento, cambio en la imagen corporal, agotamiento y preocupación somática. El énfasis en estos reactivos podría deberse a que son unos de los síntomas que más frecuentemente se presentan en la depresión y por lo mismo son más fácilmente identificados. (Roth y cols., 1972, citado en Breier 1975)

En la escala de hostilidad, la diferencia entre las medias de puntuación total no es tan marcada como en las otras dos escalas estudiadas sin embargo, es estadísticamente significativa ($p < .001$). Una explicación a este hecho podría ser que, el vivir en una ciudad apremiante y stressante provoca en el individuo reacciones hostiles, siendo más susceptibles a esto los tensionales por sus características de personalidad. (Holm y cols., 1986, Passchier y cols., 1985)

Por otro lado, en gran parte de los integrantes del grupo tensional se encuentran elevadas tanto la escala de ansiedad como la escala de depresión hecho que apoya nuestra hipótesis referente a la diferencia en la presencia conjunta de ansiedad y depresión, entre el grupo normal y el grupo con cefalea tensional.

De acuerdo a Breier y cols. (1985), es bien sabido que los síntomas de depresión y ansiedad coexistan, por lo tanto, para el éxito en su tratamiento es necesario el diagnóstico descriptivo de los signos y síntomas para apoyar la prevalencia de un trastorno sobre el otro. Menciona el talante depresivo, despertar prematuro e ideación suicida, como discriminadores sólidos en la identificación de los pacientes con depresión. La presencia de ataques de pánico, agorafobia y características compulsivas, discriminan mejor a los pacientes con trastornos de ansiedad.

En los distintos análisis de varianza realizados para observar el efecto de las variables sexo, edad y escolaridad sobre los totales de ansiedad, depresión y hostilidad se encontró que de manera consistente siempre existe diferencia significativa ($p < .001$) para grupo. Esta diferencia es independiente de la edad, el sexo o la escolaridad, de tal forma que, las diferencias para estas variables se encuentran sólo de manera aislada, entonces:

Se encontró diferencia para sexo:

En la escala de depresión existe diferencia para sexo, - siendo las mujeres quienes revelan un puntaje total mayor. En los reactivos correspondientes a: tristeza, descontento, cambio en la imagen corporal, fué también el sexo femenino quien dió el puntaje más alto.

En la escala de hostilidad hay diferencia para sexo en - la subescala correspondiente a irritabilidad, siendo las mujeres quienes predominan. Quizá por el hecho de que otras formas de expresión de la hostilidad como lo son la agresión, verbal etc., van más de acuerdo con el rol masculino. (Buss y Durkhee, 1957)

Se encontró diferencia para edad:

En la escala de ansiedad, la ansiedad psíquica además de la diferencia para grupo presentó diferencia para edad, siendo ésta para los mayores de 30 años.

En la escala de hostilidad, el negativismo se hizo más - patente en los jóvenes (< de 30), independientemente del - grupo al que pertenecían. Esto se vuelve más claro si se - piensa que el oposicionismo, la rebelión a las autoridades, etc., son conductas que más frecuentemente se presentan en la juventud. (Talbot y cols., 1975)

Se encontró diferencia para escolaridad:

En la escala de depresión en el reactivo de pesimismo, se encuentra diferencia para escolaridad.

En la escala de hostilidad se encontró diferencia para escolaridad en las subescalas correspondientes a: resentimiento y hostilidad verbal.

Por otra parte, como limitaciones de este estudio se encuentra el reducido número de sujetos que integró la muestra, sin embargo, esto puede tener cierta justificación debido a que el criterio de inclusión fué muy rígido. El tamaño de la muestra puede entonces influir para demostrar la importancia de las variables sexo, edad, etc., propuesta por Passchier y cols.1984. Ahora bien, si los datos demográficos se interpretan de forma cualitativa se ve el predominio del sexo femenino y la recurrencia en la edad de aparición (a partir de la 3a. década), datos coincidentes con los encontrados en estudios anteriores. (Arena y cols.1985, Borgeat 1985, Khouri-Haddad 1984, Zermeño y Otero 1974)

Considerando todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que el dolor de cabeza tensional es una forma de dolor particular, en el cual se conjuntan varios factores psicológicos; por una parte, se reconoce la presencia subyacente de ansiedad, depresión y hostilidad respectivamente y, por otra, la participación activa del stress (Zermeño y Otero 1974). Ambos juegan un papel determinante en el origen, desarrollo y mantenimiento de la cefalea tensional.

A este respecto, Holm y cols.(1986) proponen dos tipos de cefalea tensional: el primero, cefalea tensional como respuesta o producida por un cambio drástico en la vida del paciente que provoca: ansiedad, depresión etc. El segundo, cefalea recurrente, de origen también tensional provocada o como consecuencia de lidiar con el stress cotidiano.

5.1 Recomendaciones

La identificación de factores psicológicos en la experiencia de dolor tensional tiene connotaciones importantes ya que entonces, el tratamiento tendrá un alcance integral. Es decir, por una parte a nivel fisiológico en donde el neurólogo utilizará diferentes fármacos de acuerdo a la manifestación física y emocional del dolor. Las drogas usadas con mayor frecuencia son: los analgésicos y antiinflamatorios, la ergotamina, agentes vasoactivos como el propanolol, bloqueadores de calcio, los ansiolíticos y los antidepresivos. (Khouri-Haddad 1984, Wang Xing Chun 1985, Zermeño y Otero 1974)

Sin embargo, el tratamiento farmacológico no es la solución total al síndrome ya que, el dolor de cabeza puede aliviarse con drogas pero éstas no resuelven el conflicto subyacente que motivo el dolor. (Khouri-Haddad 1984). Esto es comprensible partiendo de la base de que la cefalea tensional es un síntoma psicossomático, que lo que es en realidad, es la expresión de un equivalente afectivo que no puede manifestarse a través de la conducta, por lo que encuentra su expresión en una alteración funcional. (Edmeads 1984, Fenichel 1966, Freedman y cols. 1975)

De aquí, que la otra parte del tratamiento debe ser a nivel psicológico donde se debe trabajar con el paciente sobre varios aspectos: en primer lugar, ayudarlo a la identificación del stress o conflicto que lo llevó a presentar el síndrome tensional, ayudarlo al reconocimiento de su inhabilidad para enfrentarlo (Blaszczynski 1984, Holm y cols. 1986) y dirigirlo a la búsqueda de formas más adaptativas de enfrentamiento. En segundo lugar, ayudarlo al restablecimiento de la autoestima ya que, se ha visto que los padecientes de cefalea tensional experimentan pensamientos disfuncionales, -

afectos negativos y sentimientos de minimización. (Khouri-Haddad 1984, Blaszczyński 1984, Holm 1986, Nattero y cols. 1986)

En suma, es necesario algún tipo de intervención terapéutica; se han encontrado buenos resultados con orientación cognoscitiva, entrenamiento asertivo y con terapia de grupo. (Blanchard y Andrasik 1985, Blaszczyński 1984, Nattero y cols. 1986). Algunos autores recomiendan también el tratamiento físico como parte del tratamiento integral, esto incluye: relajación muscular, biorretroalimentación y el ejercicio en general tipo aeróbico y/o masaje. (Blanchard y Andrasik 1985, Borgeat 1985)

Con este tipo de tratamiento multifacético se puede presumiblemente pensar que un problema tan invalidante como lo es la cefalea tensional, pueda llegar a ser controlado.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

Ad-Hoc, Committee on Classification of headache: "Classification of Headache". Journal of American Med.Asoc.179: 127-128,1962.

Arena JG, Andrasik F y Blanchard EB. "The role of the personality in the etiology of chronic headache". Headache 25: 296-301,1985.

Ahles TA, Sikora TL, Sturgis ET y Schaefer CA. "The effect of postural variation on the electromyographic evaluation - of tension headache and nonheadache control participants". Headache 26: 353-355,1986.

Attanasio V, Andrasik F y Blanchard EB. "Cognitive Therapy and relaxation training in muscle contraction headache: efficacy and cost-effectiveness". Headache 27: 254-260,1987.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbaugh J. "An inventory for measuring depression". Archives of General Psychiatry 4: 53-63,1961.

Blanchard EB, Andrasik F. Management of chronic headaches. A psychological approach. Pergamon Press, New York,1985.

Blaszczynski AP. "Personality factors in classical migraine and tension headache". Headache 24: 238-244,1984.

Borgeat F, Elie R y Larouche LM. "Pain response to voluntary muscle tension increases and biofeedback in tension head

ache". Headache 25: 387-391,1985.

Borgeat F, Hade B, Elie R y Larouche IM. "Effects of voluntary muscle tension headache". Headache 24: 109-202,1984.

Breier A, Charney D y Heninger GR. "The diagnostic validity and anxiety disorders and their relationship to depressive illness". American Journal of Psychiatry 24: 787-797, 1985.

Buss AH, Durkhee A. "An inventory for assessing different kinds of hostility". Journal of Consulting Psychology 21: 53-63,1957.

Collet L, Cottraux J y Juenet C. "Tension headaches: relation between MMPI paranoia score and pain and between MMPI hypochondriasis score and frontalis EMG". Headache 26: 365-368,1986.

Chemor MY, Forzante TA. "El perfil psicológico en pacientes con cefalea". Tesis profesional. Universidad Anáhuac, 1983.

Dalessio DJ. Cefaleas de Wolff. Mexico, Editorial El Manual Moderno,1984.

DiSerio FJ, Friedman AP, Parno J y Singer JM. "Proquazone for tension headache - A multicenter trial". Headache 25: 127-133,1985.

De Jong RN. The Neurologic Examination Fourth Edition, Harper and Row, Publishers, Maryland 1979.

Drummond PD, Lance JW. "Clinical diagnosis and computer analysis of headache symptoms". Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 47: 128-133, 1984.

Drummond PD. "Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache". Headache 25: 16-22, 1985.

Edmeads JG. Tension headache. Modern Management of Headache. Course No.103. Boston, Massachusetts, 1984.

Penichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. New York Editorial Paidós, S.A., 1966.

Fogelholm M y Murros K. "Maprotiline in chronic tension headache: A double-blind cross-over study". Headache 25: 273-275, 1985.

Freedman AM, Kaplan HI y Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría 7a. reimpresión. Salvat Editores, S.A., Mallorca, España, 1975.

Gatchel RJ, Deckel WA, Weinberg N y Smith JE. "The utility of the Millon behavioral health inventory in the study of chronic headaches" Headache 25: 49-54, 1985.

Hamilton M. "The assessment of anxiety states by rating". British Journal of Medical Psychology 32: 50-55, 1959.

Haber JD, Kuczmierczyk AR y Adams HE. "Tension headaches: Muscle overactivity or psychogenic pain". Headache 25: 23-29, 1985.

Harrison RH. "Psychological testing in headaches: a review". Headache 13: 177-185,1975.

Henry JL. Migraines et cephalées de tension. Sandoz Editions, Bordeaux,1987.

Holm JE, Holroyd KA, Hursey KG y Penzien DB. "The role of the stress in recurrent tension headache". Headache 26: 160-167,1986.

Jay GW, Grove RN y Grove SK. "Differentiation of chronic headache from non-headache pain patients using the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)". Headache 27: 124-129, 1987.

Jahanshahi M, Hunter M y Philips C. "The headache scale: an examination of its reliability and validity". Headache 26: 76-82,1986.

Jones C y Stewart P. " Locus of control, assertiveness, and anxiety as personality variables in stress-related headaches" Headache 26: 369-374,1986.

Khoury-Haddad ES. "Psychiatric consultation in headache unit". Headache 24: 322-328,1984.

Nattero G, DeLorenzo C, Biale L, Torrie E y Ancona M. "Idiopathic headaches: relationship to life events". Headache 26: 503-508,1986.

Passchier J, Helm-Hyckema H y Orlebeke JF. "Personality and headache type: a controlled study". Headache 24: 140-146, 1984.

Passchier J, Helm-Hyekema H y Orlebeke JF. "Psychophysiological characteristics of migraine and tension headache patients, differential effects of sex and pain state". Headache 24: 131-139,1984.

Penzien DB, Holroyd KA, Holm JE y Hursey KG. "Psychometric characteristics of the Bakal headache assessment questionnaire". Headache 25: 55-58,1985.

Ramirez JJ. "A critical analysis of the traditional tension headache model". Headache 25: 337-339,1985.

Simons A, Solbach P, Sargent S y Malone L. "A wellness program in the treatment of headache". Headache 26: 343-352, 1986.

Solomon P, Patch V. Manual de Psiquiatría. México, Editorial El Manual Moderno S.A.,1972.

Sternbach RA, Dalessio DJ, Kunsel M, Bowman GE. "MMPI patterns in common headache disorders". Headache 20: 311-315, 1980.

Talbot N, Kagan J y Eisenberg L. Conducta infantil en pediatría. Mallorca, España. Salvat Editores, S.A.,1975.

Torgersen S. "Developmental Differentiation of anxiety and affective neuroses". Acta Psychiatrica Scand. 71: 304-310, 1985.

Wang Xing Chun "An approach to the nature of tension headache". Headache 25: 188-189,1985.

Wolf G. Headache: another pain. 2a. edición. New York. University Press, 1963.

Zermeño PF y Otero SE. "Estudio estadístico de 100 casos de cefalea". Rev. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. 8: 45-53, 1974.

A P E N D I C E I

CLASIFICACION DE LA CEFALEA

Preparada por el Comité Ad-Hoc para la clasificación de la Cefalea, del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera (1962)

La clasificación ha sido publicada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Ceguera, Institutos Nacionales de Salud, Bethesda, Md; a manera de un folder. También ha sido reproducida en: J.Amer.Med.Ass.179(1952) 717-718; Arch.Neurol.6(1962) 173-176; Neurology 12(1962) 378-380. El Comité estuvo formado por: Arnold P.Friedman (presidente), Knox H.Finley, John R.Graham, E.Charles Kunkle, Adrian M.Ostfeld y Harold G.Wolff.

CLASIFICACION DE LA CEFALEA

1.- Cefalea Vascular del tipo migraña.

Ataques recurrentes de cefalea, de gran variedad en intensidad, frecuencia y duración. Los ataques al comienzo usualmente son unilaterales; se asocian a anorexia y en ocasiones con náusea y vómito; algunos van precedidos o se asocian a trastornos conspicuos en el ánimo, sensitivo o motor; y son frecuentemente familiares. La evidencia apoya el punto de vista de que la distensión y dilatación arterial craneal están implicados importantemente con la fase dolorosa, pero no causan cambios permanentes en el vaso involucrado. Se enlistan abajo algunas variedades particulares de cefalea, algunas compartiendo varias pero no necesariamente todas las características antes mencionadas.

A. Migraña "Clásica" - Cefalea vascular con pródromos claramente definidos, transitorios visuales y otros pródromos sensitivos o motores o ambos.

B. Migraña "Común" - Cefalea vascular sin pródromos definidos y ménos frecuentemente unilateral que en A o en C. Los sinónimos son: migraña atípica o "jaqueca". Llamam la atención ciertas relaciones de este tipo de cefalea con variables como: ambientales, ocupacionales, menstruales u otras que han dado lugar a los términos de cefalea "veraniega", "de los lunes", "de fin de semana", "de relajación", "premenstrual" y "menstrual".

C. Cefalea "en racimos" - Cefalea vascular predominantemente unilateral y en el mismo lado usualmente asociada con: rubor, diaforesis, rinorrea, y epifora. Breves en duración

y usualmente ocurren en grupos, separados por largas remisiones. Idénticas o muy cercanas son: la eritroprosopalgia (Bing), la neuralgia ciliar o migrañosa (Harris), la eritromelalgia de la cabeza o cefalea histaminica (Horton) y la neuralgia del petroso.

D. Migraña "hemiplejica" y "oftalmoplejica" - Cefalea vascular caracterizada por fenómenos sensoriales y motores - que persisten durante y después del dolor de cabeza.

E. Cefalea "de la mitad inferior" - Cefalea posiblemente - de un mecanismo vascular, centrada primariamente en la mitad inferior de la cara. En este grupo pueden haber algunas instancias de "neuralgia facial atípica", neuralgia -- del ganglio esfenopalatino (Sluder) y la neuralgia vidiana (Vail).

2.- Cefalea por Contractura Muscular.-

Dolor o sensación de opresión, peso o constricción que varían ampliamente en intensidad, frecuencia y duración, - en ocasiones muy prolongada, y comunmente suboccipital. Esta asociada a la contracción sostenida de los músculos esqueléticos en ausencia de cambios estructurales permanentes; y usualmente como parte de la reacción del individuo al stress de la vida.

Los términos insatisfactorios y ambiguos: cefalea "nerviosa", "psicogénica" y "tensional", se refieren principalmente a este grupo.

3.- Cefalea Mixta (combinada): vascular y contracción muscular.

Combinación de cefalea vascular del tipo migrañoso y cefalea por contracción muscular que coexisten prominentemente en un ataque.

4.- Cefalea de reacción vasomotora nasal.

Cefalea y malestar nasal (obstrucción nasal, rinorrea, o presión o comezón) recurrentes que resultan de congestión y edema de las membranas mucosas nasales y paranasales y que se ha probado que no son debidas a alérgenos, agentes infecciosos o defectos anatómicos locales obvios. La cefalea es predominantemente anterior en localización y leve a moderada en intensidad. La enfermedad es usualmente parte de las reacciones del individuo a periodos de stress. Esto es llamado frecuentemente "rinitis vasomotora"

5.- Cefalea de los estados delirantes, conversivos o hipocondríacos.

Cefalea de trastornos en los que la condición clínica --prevaliente es una reacción delirante o conversiva y no existe un mecanismo periférico de dolor. Muy cercanas son -- las reacciones hipocondríacas en las que los trastornos periféricos asociados al dolor son mínimos. Estas han sido -- llamadas también cefaleas "psicogénicas".

6.- Cefalea Vascular no migrañosa.

Cefaleas asociadas generalmente con dilatación, generalmente no recurrente, de las arterias craneales:

A. Infecciones sistémicas, usualmente con fiebre.

B. Trastornos miscelaneos - incluyendo estados hipóxicos; envenenamiento con monóxido de carbono; efectos de los nittratos y otros agentes químicos con propiedades vasodilatadoras; reacciones de deprivación de cafeína; insuficiencia circulatoria en el cerebro (en ciertas circunstancias), reacciones postcontusionales; estados post-ictales; reacciones de "cruda"; reacciones a proteínas extrañas; hipoglucemia; hipercapnia; reacciones presoras agudas (elevación abrupta de la presión arterial como en la paraplejia o, el feocromocitoma) y ciertas instancias de hipertensión arterial sistémica (aquellos con cefalea temprano en la mañana).

7.- Cefalea por Tracción.

Cefaleas que resultan de la tracción de estructuras intracraneales, principalmente vasculares, por masas.

- A. Tumores primarios o metastásicos de las meninges, vasos, o cerebro.
- B. Hematomas (epidurales, subdurales o parenquimatosos)
- C. Abscesos (epidurales, subdurales o parenquimatosos)
- D. Cefalea post-punción lumbar (cefalea por fuga de LCR)
- E. Pseudotumor cerebri y varias causas de edema cerebral.

8.- Cefalea por inflamación craneal manifiesta.

Cefaleas debidas a inflamación facilmente reconocible de las estructuras craneales que resultan de inflamación - esteril o infecciosa, usualmente no recurrente.

A. Trastornos intracraneales - meningitis infecciosa, quimica o alérgica, hemorragia subaracnoidea, reacciones por neumoencefalografía, arteritis y flebitis.

B. Trastornos extracraneales - arteritis y celulitis.

9.- Cefalea debida a enfermedad en las estructuras oculares.

Cefalea debida a la diseminación de los efectos nocivos de la estimulación de estructuras oculares (como hipertensión intraocular, contracción excesiva de los músculos extraoculares, traumatismos, neoplasias o inflamación)

10.- Cefalea debida a enfermedad en las estructuras aurales.

Cefalea debida a la diseminación de los efectos de la estimulación nociva de las estructuras aurales (como por trauma neoplasia o inflamación).

11.- Cefalea debida a enfermedad de las estructuras nasales y sinusales.

Cefalea debida a la diseminación de los efectos de la estimulación nociva sobre las estructuras nasales y sinusales (como por trauma, neoplasia, o inflamación, o alergenos)

12.- Cefalea debida a enfermedad de las estructuras dentarias.-

Cefalea debida a la propagación de los efectos de la estimulación nociva de las estructuras dentales (como por trauma, neoplasia o inflamación)

13.- Cefalea debida a enfermedad de otras estructuras craneales y cervicales.-

Cefalea debida a la diseminación del dolor por la estimulación nociva de otras estructuras del cráneo y cuello (periostio, articulaciones, ligamentos, músculos o raíces cervicales)

14.- Neuritis craneales.-

Causadas por trauma, neoplasias o inflamación.

15.- Neuralgias craneales.-

Neuralgias trigeminal (tic douloureux) y glosofaringea. Los dolores son lancinantes (tipo "descarga"), usualmente en rápida sucesión durante varios minutos o más; están limitados a una porción o a todo el dominio del nervio afectado y frecuentemente son "disparadas" por estimulación táctil - unco-cutanea. La neuralgia del trigémino debe distinguirse en particular de la cefalea "en racimos" (1.-, C) con la cual frecuentemente se confunde.

N.B.1 Los tipos mencionados del 1 al 5 representan los trastornos clínicos mayores dominados por la cefalea, aquellos que son particularmente comunes y en los que el dolor de cabeza es frecuentemente incapacitante y recurrente.

N.B.2 La llamada cefalea crónica post-traumática puede resultar de cualquiera de varios mecanismos. Tal cefalea puede representar contracción muscular sostenida (2.-), dilatación vascular recurrente (1.-,B) o ménos frecuentemente, herida local de la galea o nugal (13). En algunos pacientes el dolor post-traumático es parte de un trastorno clínico caracterizado por reacciones delirantes, conversivas o hipocondriacas(5).

A P E N D I X I I

Nombre _____ Edad _____ Exp. _____

Escolaridad _____ Fecha _____

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

| | |
|----|---|
| 1 | <u>HUMOR ANSIOSO</u> Preocupado, prevé lo peor, miedo a lo que vendrá, irritabilidad. |
| 2 | <u>TENSION</u> Sensación de tensión, propensión a la fatiga, respuesta sobresaltada, temblor, sensación de desasosiego, incapacidad para relajarse. |
| 3 | <u>MIEDO</u> A la oscuridad, a los extraños, a que lo dejen solo, a los animales, al tránsito, al gentío |
| 4 | <u>INSOMNIO</u> Dificultad en conciliar el sueño, sueño entrecortado, sueño insatisfactorio y fatiga al despertar, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos. |
| 5 | <u>INTELECTUAL</u> Dificultades para concentrarse, mala memoria. |
| 6 | <u>ESTADO DE ANIMO DECAIDO (DEPRIMIDO)</u> Falta de interés, ausencia de placer en las aficiones, decaimiento, despertar prematuro, inestabilidad diurna. |
| 7 | <u>SOMATICO (MUSCULAR)</u> Dolores y malestares, espasmos, rigidez, sacudimientos mioclónicos, crujir de dientes, voz inconsistente, tono muscular elevado. |
| 8 | <u>SOMATICO (SENSORIAL)</u> Tinnitus, visión borrosa, rubores ardientes y frios, sensación de debilidad, sensación de agujas. |
| 9 | <u>SINTOMAS CARDIOVASCULARES</u> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, palpitación en los vasos sanguíneos, sensación de desvanecimiento, suspiros, disnea. |
| 10 | <u>SINTOMAS RESPIRATORIOS</u> Opresión o constricción en el pecho, sensación de sofocación, suspiros, disnea. |

| <u>SINTOMAS GASTROINTESTINALES</u> | | | | | |
|---|---|-----------|----------|------------|----------------|
| 11 | Dificultad en la deglución, gases, dolor abdominal, ardores, plenitud abdominal, náusea, vómito, borborigmo, vientre suelto, pérdida de peso, estreñimiento. | | | | |
| <u>SINTOMAS GENITOURINARIOS</u> | | | | | |
| 12 | Micción frecuente, micción apremiante, amenorrea, menorrea, aparición de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia. | | | | |
| <u>SINTOMAS AUTONOMICOS</u> | | | | | |
| 13 | Boca seca, rubores, palidez, tendencia a sudar, vahidos, caídas tensionales, erizamiento del pelo. | | | | |
| <u>COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</u> | | | | | |
| 14 | Impaciencia, inquietud o andar de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, rostro tirante, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, etc. | | | | |
| <u>CALIFICACION</u> | | | | | |
| | 0 No se presen tó. | 1 Leve | Moderado | 3 Grave | 4 Muy grave |
| 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Total | | | | | |

TOTAL _____

Nombre _____ Edad _____ Exp. _____
Escolaridad _____ Fecha _____

TEST DE BECK PARA LA DEPRESION

Instrucciones:

Este cuestionario está formado por varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea todas las afirmaciones de cada grupo, luego escoja una, la que mejor describa la forma como se siente ahora: en estos instantes. Haga un círculo alrededor del número correspondiente a la afirmación que eligió. No pase por alto ninguna de las afirmaciones antes de decidir.

A) TRISTEZA

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste o melancólico.
- 2A Estoy triste o melancólico y no puedo evitarlo.
- 2B Estoy tan triste o tan infeliz, que me resulta doloroso.
- 3 Estoy tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.

B) PESIMISMO

- 0 No me siento particularmente pesimista o descorazonado por el futuro.
- 1A Me siento desanimado por el futuro.
- 2A Siento que no tengo nada que esperar.
- 2B Siento que nunca me voy a deshacer de mis problemas.
- 3 Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no van a mejorar.

C) SENTIMIENTO DE FRACASO

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 Siento que he fallado mas que la mayoría de las personas.
- 2A Siento que he logrado muy pocas cosas, que valgan la pena o que signifiquen algo.
- 2B Al mirar mi vida pasada todo lo que veo es una cantidad de fracasos.
- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona (padre, marido, esposa)

D) DESCONTENTO

- 0 No estoy particularmente descontento.
- 1A Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1B Ya no disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Ya no obtengo satisfacción por nada nunca.
- 3 Estoy descontento con todo.

E) CULPA

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo.
- 2A Me siento bastante culpable.
- 2B Me siento malo o indigno, prácticamente todo el tiempo.
- 3 Me siento como si fuera muy malo, o no sirviera para nada.

F) EXPECTATIVA DE CASTIGO

- 0 No me siento que estoy siendo castigado.
- 1 Tengo un sentimiento de que algo malo me puede llegar a suceder.
- 2 Siento que estoy siendo castigado, o seré castigado.
- 3A Siento que merezco ser castigado.
- 3B Quiero ser castigado.

G) AVERSION POR SI MISMO

- 0 No me siento desilusionado de mi mismo.
- 1A Estoy desilusionado de mi mismo.
- 1B No me gusta a mi mismo.
- 2 Me siento disgustado conmigo mismo.
- 3 Me odio.

H) AUTOACUSACIONES

- 0 No me siento peor que los demás.
- 1 Me critico por mis debilidades o errores.
- 2 Me culpo por mis fallas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

I) IDEAS SUICIDAS

- 0 No tengo ninguna idea de dañarme a mi mismo.
- 1 He pensado en hacerme daño, pero no lo llevaría a cabo.
- 2A Siento que sería mejor si estuviera muerto.
- 2B Siento que mi familia estaría mejor si estuviera muerto.
- 3A Tengo planes definidos para suicidarme.
- 3B Yo me mataría si pudiera.

J) Llanto

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba.
- 2 Ahora lloro todo el tiempo y no me puedo controlar.
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar aunque deseo hacerlo.

K) IRRITABILIDAD

- 0 No estoy más irritado ahora que de costumbre.
- 1 Me fastidio o me irrito más fácilmente que de costumbre.
- 2 Me siento irritado todo el tiempo.
- 3 Ya no me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

L) RETRAINIMIENTO SOCIAL

- 0 No he perdido el interés en la gente.
- 1 Ahora estoy menos interesado en la gente, que antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por la gente y tengo pocos sentimientos hacia ellos.
- 3 He perdido todo el interés en la gente y no me importa nada de ellos.

M) INDECISION

- 0 Tomo desiciones tan bien como siempre.
- 1 Trato de no tener que tomar decisiones.
- 2 Me resulta muy difícil tomar desiciones.
- 3 Ya nunca puedo tomar una decisión.

N) CAMBIO EN LA IMAGEN CORPORAL

- 0 No siento que me vea peor que antes.
- 1 Estoy preocupado porque me estoy viendo viejo o sin atractivo.
- 2 Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia, que me hacen poco atractivo.
- 3 Siento que me veo feo o repulsivo.

O) RETARDO EN EL TRABAJO

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1A Tengo que esforzarme un poco más para empezar a hacer algo.
- 1B Ya no trabajo tan bien como solía hacerlo.
- 2 A pesar de que esfuerzo, no logro hacer nada.
- 3 Ya no puedo hacer ningún trabajo.

P) INSOMNIO

- 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1 En la mañana, me despierto más cansado que lo usual.
- 2 Me despierto una o dos horas antes que lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- 3 Me despierto muy temprano a diario y no duermo mas de 5 horas.

Q) AGOTAMIENTO

- 0 No me canso más de lo común.
- 1 Me canso más fácilmente que lo usual.
- 2 Me cansa hacer cualquier cosa.
- 3 Me cansa demasiado hacer cualquier cosa.

R) ANOREXIA

- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- 2 Mi apetito es mucho peor que antes.
- 3 Ya no tengo nada de apetito, nunca.

S) PERDIDA DE PESO

- 0 Últimamente, si es que he perdido peso, ha sido poco.
- 1 No he perdido más de 2 kilos y medio.
- 2 No he perdido más de 5 kilos.
- 3 No he perdido más de 7 kilos y medio.

T) PREOCUPACION SOMATICA

- 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo usual
- 1 Estoy preocupado por quejas o dolores, o indigestión, o estreñimiento.
- 2 Estoy tan preocupado por lo que siento o por como me siento, que me es difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3 Estoy completamente absorto con lo que siento.

U) PERDIDA DE LA LIBIDO

- 0 No percibo ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 Perdí por completo el interés en el sexo.

Nombre _____ Edad _____ Exp. _____

Escolaridad _____ Fecha _____

INVENTARIO DE CULPA-HOSTILIDAD DE BUSS Y DURKHEE.

Instrucciones:

Sírvase leer los enunciados que se muestran a continuación. Si usted considera que la afirmación expresada es CIERTA, ponga una cruz en el espacio correspondiente en la columna de Cierto. Si, por el contrario usted considera que es FALSA, ponga una cruz en el espacio correspondiente de la columna de falso.

- | | <u>Cierto</u> | <u>Falso</u> |
|---|---------------|--------------|
| | () | () |
| 1.- Rara vez devuelvo el golpe, incluso cuando alguien me ha golpeado primero. | () | () |
| 2.- A veces difundo habladurías malévolas sobre gente que no me agrada. | () | () |
| 3.- A menos que se me pida con muy buenos modos jamás hago lo que se me pide. | () | () |
| 4.- Pierdo fácilmente los estribos, pero se me pasa rápido. | () | () |
| 5.- No parezco darme cuenta de lo que me sucede | () | () |
| 6.- Se que la gente tiende a hablar mal de mí a mis espaldas. | () | () |
| 7.- Cuando despruebo el comportamiento de mis amigos, siempre se los digo. | () | () |
| 8.- Las pocas veces que he hecho trampa he sufrido insoportables remordimientos. | () | () |
| 9.- Hay veces en que no puedo dominar cierto impulso de perjudicar a otros. | () | () |
| 10.- Jamás me enoje tanto como para que arroje objetos cercanos. | () | () |
| 11.- Hay veces que la gente me molesta sólo porque está a mi alrededor. | () | () |
| 12.- Cuando alguien establece una regla que no me gusta, siento tentación de violarla. | () | () |
| 13.- Siempre parece que son los demás los que salen bien librados. | () | () |
| 14.- Tiendo a ponerme en guardia respecto a las personas que se muestran más amistosas de lo que yo esperaba. | () | () |
| 15.- A menudo me encuentro en desacuerdo con los demás. | () | () |
| 16.- A veces tengo malas ideas que me hacen que me avergüence de mí mismo. | () | () |

| | <u>Cierto</u> | <u>Falso</u> |
|--|---------------|--------------|
| 17.- No puedo pensar en ningún buen motivo por el que jamás haya que golpear a alguien. | () | () |
| 18.- Cuando me enojo hay veces en que me dura el malhumor. | () | () |
| 19.- Cuando alguien se muestra autoritario, hago lo contrario de lo que se me pide. | () | () |
| 20.- Estoy más irritado de lo que los demás piensan. | () | () |
| 21.- No se de nadie a quien haya odiado a primera vista. | () | () |
| 22.- Hay cierto número de personas que, al parecer sienten gran desagrado hacia mí. | () | () |
| 23.- No puedo evitar el discutir apasionadamente cuando alguien no está de acuerdo conmigo. | () | () |
| 24.- Los que rehuyen toda labor han de sentirse muy culpables. | () | () |
| 25.- Si alguien me golpea primero, hago como si nada hubiera pasado. | () | () |
| 26.- Cuando siento un gran coraje hay veces que me voy dando portazos. | () | () |
| 27.- Siempre tengo paciencia para con los demás. | () | () |
| 28.- A veces cuando alguien me enfurece, hago como si ni lo viera. | () | () |
| 29.- Cuando veo retrospectivamente lo que me ha sucedido, no puedo evitar sentirme algo resentido. | () | () |
| 30.- Hay personas que parecen envidiarme. | () | () |
| 31.- Exijo que los demás respeten mis derechos. | () | () |
| 32.- Me siento desdichado por no haber hecho más por mis padres. | () | () |
| 33.- Quien quiera que me insulta, a mí o a mi familia, está buscando pelea. | () | () |
| 34.- Jamás hago bromas pesadas. | () | () |
| 35.- El que se rían de mí me hace hervir la sangre. | () | () |
| 36.- Cuando alguien se torna mandón, me tomo mi tiempo sólo para echárselo en cara. | () | () |
| 37.- Casi todas las semanas veo a alguien que me desagrada. | () | () |

- | | <u>Cierto</u> | <u>Falso</u> |
|--|---------------|--------------|
| 38.- Hay veces en que tengo la sensación de que los demás se ríen de mí. | () | () |
| 39.- Ni siquiera cuando despiertan mi enojo suelto palabrotas. | () | () |
| 40.- Me preocupa que se me perdonen mis pecados. | () | () |
| 41.- La gente que me molesta continuamente está buscándose un buen puñetazo en las narices. | () | () |
| 42.- Cuando no logro lo que quisiera hay veces que me pongo de mal humor. | () | () |
| 43.- Si alguien me molesta soy muy capaz de decirle lo que pienso de él. | () | () |
| 44.- A menudo me siento como barril de pólvora a punto de estallar. | () | () |
| 45.- Aunque no lo dejo ver hay veces en que la vida me corroe. | () | () |
| 46.- Mi lema es " Jamás confíes en extraños ". | () | () |
| 47.- Cuando alguien me grita, yo le grito más fuerte. | () | () |
| 48.- Hago muchas cosas que luego me hacen sentir remordimientos. | () | () |
| 49.- Cuando me sacan realmente de mis casillas soy capaz de abofetear a cualquiera. | () | () |
| 50.- Desde que cumplí diez años jamás he hecho una rabieta. | () | () |
| 51.- Cuando me enfurezco digo cosas horrendas. | () | () |
| 52.- A veces me siento con ánimo de pelear sin motivo alguno. | () | () |
| 53.- Si dejara ver lo que siento, se me tendría por alguien con quien resulta difícil llevarse bien. | () | () |
| 54.- Generalmente pienso en que motivos tendría alguien que haya hecho algo bueno por mí. | () | () |
| 55.- No podría poner a alguien en su lugar, aunque se lo tenga merecido. | () | () |
| 56.- El fracaso me despierta la sensación de remordimiento. | () | () |
| 57.- Me meto en peleas más o menos tan a menudo como cualquier otro. | () | () |

- 58.- Puedo recordar casos en los que me enoje tan () ()
to que agarré lo primero que me quedaba a la
mano y lo rompí.
- 59.- A menudo lanzo amenazas sin que piense lle-- () ()
varlas a cabo.
- 60.- No puedo evitar el mostrarme algo rudo con () ()
las personas que me desagradan.
- 61.- Hay veces en que siento que la vida me ha tra() ()
tado muy mal.
- 62.- Yo solía pensar que la mayoría de la gente de() ()
cía la verdad, pero ahora se que no es así.
- 63.- Por lo general disimulo la pobre opinión que () ()
tengo de los demás.
- 64.- Cuando he hecho algun mal, mi conciencia () ()
me castiga severamente.
- 65.- Si, para defender mis derechos, he de recu-- () ()
rrir a la violencia, no dudo en hacerlo.
- 66.- Si alguien no me trata como es debido, no lo () ()
dejo que me moleste.
- 67.- No tengo enemigos que realmente quieran perju() ()
dicarme.
- 68.- Cuando discuto tiendo a hacerlo a gritos. () ()
- 69.- A menudo tengo la impresión de que no he lle () ()
vado la vida como es debido.
- 70.- He conocido personas que tanto me atosigaron () ()
que acabamos a golpes.
- 71.- No dejo que un montón de cosas sin importan- () ()
cia me irriten.
- 72.- Rara vez tengo la impresión de que alguien () ()
esté intentando enojarme o insultarme.
- 73.- Ultimamente he estado algo gruñón. () ()
- 74.- Prefiero ceder a meterme en discusiones. () ()
- 75.- A veces dejo ver mi enojo golpeando la mesa. () ()