

2
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA**

**CONTRARIEDADES Y SATISFACTORES DIARIOS
EN EL PACIENTE CON DOLOR DE CABEZA CRONICO**

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
NORMA AQUIAHUATL GONZALEZ
SILVIA ARACELY TAFOYA RAMOS

**U N A M
F E S
Z A R A G O Z A**



**LO ORGANIZÓ LA
DE MEXICO S.A. DE C.V.**

ASESOR: LIC. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

NOVIEMBRE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

No son las cosas mismas las que nos perturban,
sino la opinión que tenemos de ellas.

EPICTETO

Si algunos objetos externos te causan malestar,
no es el objeto mismo sino tu juicio acerca
de ellos lo que causa dolor.

Depende de ti cambiar tu juicio.

Si es tu conducta la que te preocupa,

¿Quién te impide cambiar?

MARCO AURELIO

A DIOS:

Gracias por todo lo que
me ha dado y por permitirme
llegar a este momento tan especial
en mi vida.

A MIS PADRES:

Porque gracias a su amor, apoyo,
y sus consejos, hoy se ve realizada
una de mis metas. Por todo ello y
más, este triunfo también es suyo.

A J. ALBERTO Y EDITH:

Porque sin ustedes la vida no
tendría color. Gracias por ser lo
que son y darme lo que me han dado.

A JESÚS:

Con todo mi amor,
por el apoyo, cariño,
paciencia, comprensión y amor
que siempre me has demostrado
y por permitirme compartir lo
maravilloso de la vida a tu lado.

A mis Maestros, Amigos, Compañeros
y a todas aquellas personas que aún sin saberlo
me han enseñado grandes lecciones en la vida.

Norma Aquihuatl González

A MIS PADRES:

Por haberme dado la mejor herencia: el estudio,
y por todo el apoyo y cariño que siempre me han brindado.

A PEPE:

Por compartir tantos años
de alegría y cariño. Por ser mi motivo.

A MIS HERMANOS:

Por estar siempre
conmigo y motivarme a ser mejor.

A MI ABUELITO:

Por preocuparse en comprenderme.

A NORMA Y CARMEN:

Por su paciencia y amistad.

GRACIAS

Silvia Aracely Tafoya Ramos

AL PROGRAMA PSICOLOGÍA DE LA SALUD:

Por permitirnos conocer una área de la psicología
que enriqueció nuestra formación.

A MARIO:

Por enseñarnos a trabajar con empeño
y por todo el apoyo prestado para la realización
de este trabajo.

A BERTHA Y CARLOS:

Por ser maestros y amigos.

A todos nuestros compañeros del
Programa Psicología de la Salud,
por todas las experiencias compartidas.

ÍNDICE

CONTRARIEDADES Y SATISFACTORES DIARIOS EN EL PACIENTE CON DOLOR DE CABEZA CRÓNICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
EL ESTRÉS	5
DEFINICIÓN DE ESTRÉS	5
Modelo de estrés basado en la respuesta	5
Modelo de estrés basado en el estímulo	7
Modelo interactivo de estrés	9
LA RELACIÓN ESTRÉS-ENFERMEDAD	18
Vías estrés-enfermedad	18
Modelo de desórdenes de activación	21
MEDICIÓN DEL ESTRÉS	22
Mediciones fisiológicas	22
Eventos vitales	23
Afrontamiento	25
Contrariedades y satisfactores diarios	27

DOLOR DE CABEZA CRÓNICO	30
EL CONCEPTO DE DOLOR	30
El dolor como trastorno crónico	34
DOLOR DE CABEZA	37
Datos epidemiológicos	37
Clasificación del dolor de cabeza crónico	40
Modelo psicobiológico del dolor de cabeza	44
Estrés y dolor de cabeza	47
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	53
HIPÓTESIS	53
OBJETIVOS	54
MÉTODO	55
RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	73
REFERENCIAS	76
ANEXOS	85

CONTRARIEDADES Y SATISFACTORES DIARIOS EN EL PACIENTE CON DOLOR DE CABEZA CRÓNICO

**Aquihuatl-González, Norma y
Tafoya-Ramos Silvia Aracely**

**Asesor: Lic. Mario Rojas Russell
Facultad de Estudios Superiores - Zaragoza, UNAM**

RESUMEN

Se obtuvieron los registros diarios del dolor de cabeza y de las contrariedades y satisfactores de 15 pacientes con dolor de cabeza crónico y se compararon con los registros de 13 sujetos libres de dolor. Se intentó conocer: 1) Si los sujetos con dolor percibirían mayor estrés (contrariedades y satisfactores) que los sujetos sin dolor (grupo control); y 2) De qué manera las contrariedades y los satisfactores diarios se relacionaban con los episodios de dolor de cabeza. Los resultados mostraron que el grupo con dolor tiende a percibir un mayor número de contrariedades pero no de satisfactores que el grupo control; y que el grupo con dolor, percibía más contrariedades y satisfactores en los días en que había "crisis de dolor". Posteriormente, al realizar una correlación entre estresores y los parámetros del dolor, se encontró que tanto las contrariedades como los satisfactores correlacionaban en sentido positivo con las crisis de dolor. Esta investigación concluye que los estresores son un factor importante en el mantenimiento y exacerbación del dolor de cabeza.

INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza está ampliamente reconocido como un fenómeno común el cual representa un considerable empleo de los servicios de salud y la causa de reducida eficiencia y ausentismo en el trabajo. Los reportes sugieren que aproximadamente un 80% de los dolores tensionales están relacionados con la presencia de estrés (Friedman, 1979), Blanchard y Andrasik (1985) mencionan que los estresores físicos y psicológicos poseen efectos acumulativos que conducen a procesos psicofisiológicos que terminan por conducir a la cefalea, además, otras investigaciones (Holm, Holroyd, y Penzien, 1986) indican que los sufridores de dolor de cabeza crónico experimentan mayor número de estresores diarios que los sujetos libres de dolor, por lo que al dolor de cabeza se le reconoce como un trastorno relacionado con una *respuesta inadecuada al estrés*.

No obstante, aun no hay evidencia convincente para una relación causal (Demit y Friedman, 1987), esto es en gran medida por las dificultades metodológicas de muchos estudios, que han tendido a mostrar relaciones entre el estrés emocional general (por ejemplo manifestadas en ciertos rasgos de personalidad) y los dolores de cabeza; sin embargo, pocos estudios han buscado la relación entre estresores diarios y el dolor de cabeza. La mayoría de los estudios han tendido a centrarse sobre la metodología de los eventos vitales lo cual muestra una baja relación entre estos y el dolor de cabeza. Sin embargo, Holm et al. (1986) encontraron que los estresores diarios crónicos están más relacionados con la cefalea tensional que los eventos vitales.

Para el sufridor de dolor crónico, el estrés se convierte en un proceso activo y dinámico que influye y a su vez está influenciado, por el desarrollo del dolor de cabeza y aunque puede exacerbar su condición, no es una simple relación causa-efecto entre la ocurrencia de éste y la crisis del dolor. Bakal (1982) menciona que los sufridores de dolor de cabeza a menudo se quejan de que la mayoría del estrés que ellos experimentan es frecuentemente el resultado más que la causa de sus crisis de dolor, considerando entonces al dolor, como el resultado de complejas transacciones entre variables ambientales, psicológicas, fisiológicas, genéticas y bioquímicas, Bakal hace énfasis en la palabra transacción, con la cual nos indica un especial tipo de interjuego existente entre los diversos componentes que participan en el desarrollo de este trastorno, poniendo especial atención en el hecho de que no es lo que le ocurre al individuo en el pasado, ya sea genéticamente o psicológicamente, sino lo que está pasando ahora, durante y a través de sus episodios de dolor.

De esta forma, el estrés se presenta como un factor importante en la génesis y mantenimiento del dolor de cabeza crónico así como de enfermedades tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la úlcera péptica, la artritis reumatoide, etc. (Everly, 1990), en donde se destaca la percepción que el sujeto tiene de su ambiente, por lo que se requiere entonces de un paradigma de estrés que considere la actividad cognitiva del sujeto al evaluar el significado de las situaciones.

El estrés ha sido definido por diversos modelos, la mayoría de los cuales enfatizan sólo un aspecto de la relación sujeto-ambiente (ya sea como un estímulo o como una respuesta), por

lo que, en el presente trabajo, se considerará el propuesto por Lazarus (1966), en el cual el estrés es el proceso transaccional entre persona y ambiente en donde las demandas del medio exceden los recursos físicos y cognitivos de la persona. Este modelo enfatiza cómo la persona evalúa lo que está experimentando y usa esta información para afrontar el curso de los eventos. Estos autores proponen un sistema de medición del estrés basado en los acontecimientos diarios - conocidos como contrariedades y satisfactores -, sugiriendo que éstos resultan una mejor medida para predecir síntomas de enfermedad, que los eventos vitales (Kanner, Coyne, Shaefer, y Lazarus, 1981). Partiendo del hecho de que el estrés es un proceso, en la presente investigación se toman en cuenta sólo a los estresores para medir el impacto del estrés mediante la escala de contrariedades y satisfactores diarios.

Kanner et al. (1981) definen a las *contrariedades* ("hassles") como las molestias, frustraciones o demandas displacenteras que en algún grado caracterizan las transacciones diarias con el ambiente. Sin duda, ninguna persona puede estar libre de contrariedades, el impacto de éstas sobre la salud mental o física depende de factores como la frecuencia, el aumento de éstas en algún periodo determinado (como en una crisis) y la importancia que el individuo les otorgue. Por otro lado, existe su contraparte, los *satisfactores* ("uplifts"), que son las experiencias positivas tales como la alegría derivada de las manifestaciones de amor, la satisfacción de un buen descanso por la noche, etc. Estos autores inicialmente planteaban que solamente un estrés negativo (como el de las contrariedades) podía ocasionar cambios neurohumorales que resultaban en "enfermedades de adaptación", y que las experiencias positivas servían como amortiguadores emocionales contra los trastornos ocasionado por el estrés, sin

embargo encontraron que ambos son predictores de síntomas. De cualquier forma, el medir únicamente a las contrariedades, sin su contraparte de satisfactores, podría producir una concepción distorsionada de la relación estrés-enfermedad (Kanner et al., 1981).

Es poca la investigación que se ha hecho respecto a la participación tanto de las contrariedades como de los satisfactores en relación a la enfermedad (Kanner et al., 1981; Monroe, 1983; Weinberger, Hiner y Tierney, 1987), por lo que se hace necesario el estudio de tales acontecimientos. El evaluar el impacto de los acontecimientos negativos (contrariedades) y positivos (satisfactores) sobre el dolor de cabeza, permitirá implementar programas preventivos de impacto del estrés, y conocer, además, si los satisfactores son realmente amortiguadores del estrés.

El presente estudio pretende conocer en qué medida habrá diferencias en la cantidad de contrariedades y satisfactores experimentados entre pacientes cefaléicos y sujetos sin dolor, además de evaluar cuál es la participación de éstos en la exacerbación del dolor de cabeza crónico, destacando el papel que tiene el propio sujeto. Para ello se presentan los diferentes planteamientos existentes en torno al estrés; asimismo se plantea un modelo del dolor de cabeza, su epidemiología, las características básicas del dolor, y se presentan los principales estudios hasta ahora realizados sobre la participación del estrés en el dolor de cabeza. Finalmente se especifican los aspectos metodológicos que rigieron la presente investigación y los resultados encontrados en la misma.

EL ESTRÉS

DEFINICIÓN DE ESTRÉS

El estrés se ha conceptualizado en tres formas (Coyne y Holroyd, 1982; Stotland, 1987). La primera está centrada en el ambiente, describiendo al estrés como un estímulo. La segunda ve al estrés como una respuesta, centrándose en las reacciones de las personas a los estresores. La tercera describe al estrés como un proceso que incluye a los estresores y las respuestas, reconociendo una importante dimensión -la relación entre la persona y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). En este apartado se pretende definir al estrés examinando cada una de las diferentes aproximaciones.

Modelo de estrés basada en la respuesta

Las definiciones que consideran al estrés como una respuesta, son las que han prevalecido en la biología y en la medicina. Estas hacen referencia al estado de estrés, es decir, a las reacciones del individuo ante los eventos. Esta aproximación busca definir al estrés en términos de sus manifestaciones, sin considerar la naturaleza de las demandas ambientales (Figura 1).

Aunque existen investigaciones que se basan en este modelo (Cannon, 1935; Wolf y Wolf, 1943), el trabajo de Hans Selye en los 1930's y 1940's fue el que marcó el inicio de la

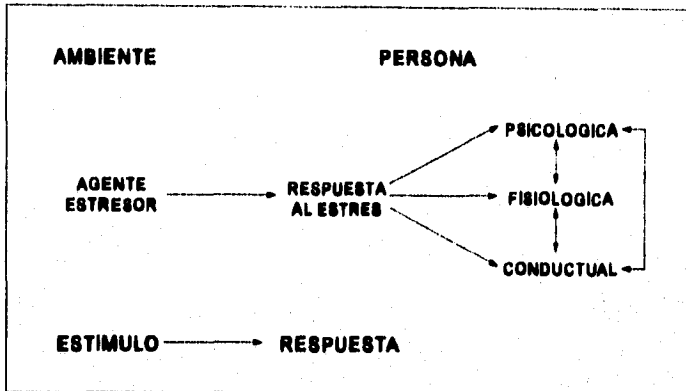


Figura 1. Modelo de estrés basado en la respuesta (Sutherland y Cooper, 1990).

aproximación basada en la respuesta en el estudio del estrés. Selye (1936) introdujo la noción de enfermedad en relación con el estrés en términos del Síndrome General de Adaptación (SGA) sugiriendo que "el estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda sobre éste..." (Selye, 1956). De acuerdo a Selye, la aparente especificidad de la enfermedad de adaptación estaba condicionada por factores tales como el sexo, la edad, la genética, el aprendizaje, la dieta, etc. Estimó que la respuesta al estrés era invariable debido a la naturaleza del estresor y que seguía un patrón universal.

El SGA está constituido por tres fases. La primera es la *Reacción o Estado de Alarma*, que se refiere a la respuesta psicofisiológica inmediata; es decir ante un estímulo nocivo inespecífico el organismo realiza esfuerzos fisiológicos adaptativos iniciales; aquí los mecanismos fisiológicos se activan formando la reacción de emergencia conocida como "lucha o huida" (Cannon, 1935).

La segunda es la fase de *Resistencia* a un estresor continuo en donde la respuesta de adaptación y/o el retorno al equilibrio reemplaza a la reacción de alarma. Si la reacción de alarma se presenta de manera intensa o frecuente sobre un período extendido de tiempo el organismo agota sus recursos fisiológicos presentándose la tercera fase llamada de *Agotamiento o Fatiga* en donde dicho equilibrio se rompe entrando en un estado de enfermedad o incluso de muerte.

El SGA tuvo una influencia e impacto significativos para la comprensión del estrés, sin embargo en la actualidad, se muestra muy simplista para la explicación del mismo. Este modelo no considere la diferencia entre los tipos de estresores que producen la respuesta (Mason, 1971); no toma en cuenta la respuesta psicológica del organismo o que éste pueda ser nuevamente un estímulo para otra respuesta diferente (Sutherland y Cooper, 1990).

Modelo de estrés basado en el estímulo

Esta aproximación tuvo sus inicios en la medicina hipocrática, en la cual se consideraba que la salud y la enfermedad estaban condicionadas por el medio ambiente externo. La racionalización de esta aproximación es que algunas fuerzas externas inciden sobre el organismo de una manera disruptiva. Este modelo también se deriva de la ingeniería, la analogía está en que el estrés se define como una fuerza ejercida, que resulta en una carga o demanda que ocasiona distorsión (p.e. las sustancias inorgánicas y orgánicas se toleran a ciertos niveles, pero si éstas se exceden temporal o permanentemente provocan daños). Entre los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente a los acontecimientos con los que tropieza el sujeto,

incluyendo tanto a eventos dentro del organismo (p.e. el hambre y la sed), como acontecimientos externos (p.e. muerte de un familiar, el divorcio, etc.). En este modelo el individuo es bombardeado constantemente por fuentes potenciales de estrés ambiental considerando que, incluso, un evento menor o inocuo, puede alterar la delicada balanza entre la salud y la enfermedad (Figura 2).

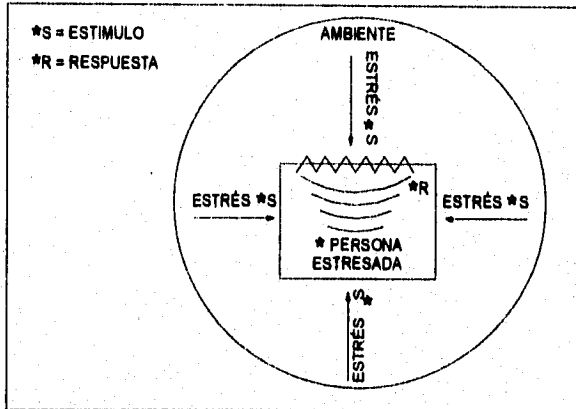


Figura 2. Modelo de estrés basado en el estímulo (Sutherland y Cooper, 1980).

Este modelo toma en cuenta las diferencias entre la magnitud de los eventos y los cambios que generan. Entre las investigaciones basadas en esta perspectiva destaca la de Holmes y Rahe (1967) quienes reconocen que ciertos eventos requieren mayores cambios y adaptaciones del individuo que otros. A partir de este trabajo -como se verá en el apartado de medición-, se derivará el estudio de los eventos diarios.

Modelo interactivo de estrés

Este modelo enfatiza el papel mediador del organismo entre los estímulos medio ambientales y las respuestas que estos producen (Figura 3). Al considerar a la persona, implica una serie de características del individuo que median su relación con el medio ambiente y que son el origen de las diferencias individuales. En esta perspectiva se habla de una transacción de manera recíproca entre el individuo y el entorno en donde los factores cognoscitivos se interrelacionan con las características del medio y pueden afectar y transformar activamente las

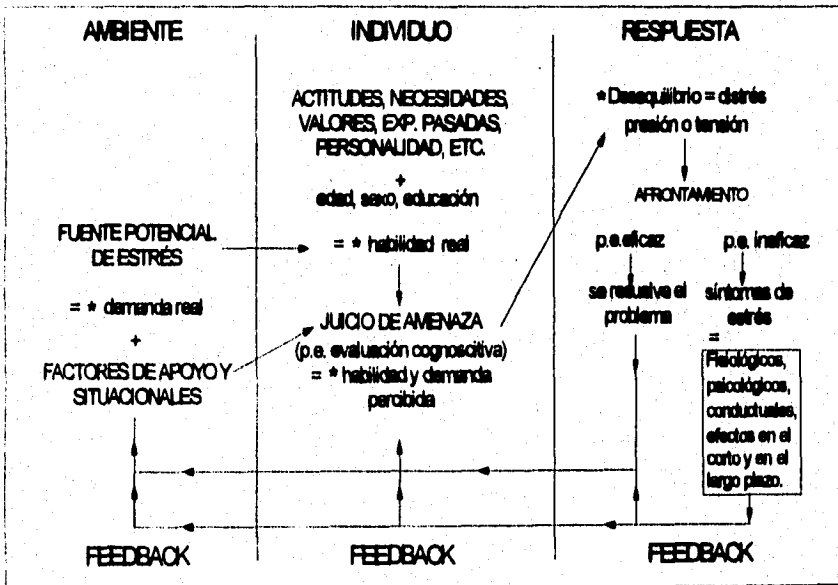


Figura 3. Modelo de estrés como un proceso interactivo (Sutherland y Cooper, 1990).

condiciones de la demanda del medio ambiente. El énfasis se centra en la relación de constante intercambio entre los mecanismos adaptativos de la persona y las propiedades de los estímulos en el medio ambiente.

Esta aproximación incorpora a los dos modelos anteriores, considerando. 1) la fuente de estrés, 2) los mediadoras de la respuesta de estrés; y 3) las manifestaciones de estrés. Dentro de los conceptos propuestos por esta modelo, se destacan:

Evaluación Cognoscitiva

El estrés es una experiencia subjetiva contingente a la percepción de la situación, por lo que es una parte fundamental dentro de este modelo. Para los fines de esta investigación, se hablará con más detalle de este concepto en el apartado siguiente.

Experiencia

La manera en que una situación o evento son percibidos depende de la familiaridad de la situación, la exposición previa, el aprendizaje y el entrenamiento (p.e., la habilidad existente).

Demanda

Es la exigencia que ejerce el medio sobre la persona, ya sea real o percibida. Las necesidades, deseos, y el nivel de activación inmediata influyen en la manera en que las demandas se perciben.

Influencia Interpersonal

Una fuente potencial de estrés no se percibe en un vacío social. La presencia o ausencia de otros puede tener efectos negativos y positivos, ya que las personas pueden ser fuente de distracción, irritación o activación indeseable. Sin embargo, también pueden proporcionar redes de apoyo, ayuda para incrementar la autoestima, proveer confirmación de valores y un sentido de identidad personal.

Estado de Estrés

Se refiere a un desequilibrio entre la percepción de la exigencia y la habilidad para enfrentarla. Los procesos que siguen son los de afrontamiento y las consecuencias se darán de acuerdo a la estrategia empleada, así, en el modelo interaccionista, es importante la retroalimentación en todos los niveles. El afrontamiento eficaz restaura el desequilibrio, y en caso de ser ineficaz resulta en la manifestación de síntomas de estrés, estas manifestaciones pueden producirse a corto o a largo plazo (Figura 3). Sin embargo, las consecuencias a corto plazo pueden también, en un período prolongado causar enfermedad (p.e. la conducta de fumar puede causar cáncer).

Con base en lo anterior, el estrés se define como "el proceso transaccional entre persona y ambiente en donde las demandas del medio exceden los recursos físicos y cognitivos de la persona, es decir, éste ya no es únicamente un estímulo ambiental, una característica de la persona o una respuesta, sino la interrelación entre dichas variables" (Lazarus, 1966).

Evaluación Cognoscitiva

Para entender las diferencias en las respuestas de los sujetos ante situaciones similares, se deben tomar en cuenta los procesos cognoscitivos que median el encuentro con el estímulo y su reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación.

La transacción para llegar a un estado de estrés generalmente involucra un proceso de evaluación al que Richard Lazarus y colaboradores llamaron *evaluación cognoscitiva* (Lazarus y Folkman, 1986). Ellos la definen como "el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo" (pág.), esto es, el proceso mental por el cual la persona considera si: 1) la demanda amenaza su bienestar y 2) cuenta con los recursos necesarios para enfrentarla. Estos dos factores constituyen dos tipos de evaluación -la evaluación primaria y secundaria.

Evaluación Primaria

Se refiere a la evaluación de las consecuencias del evento sobre el individuo. Aquí se pueden distinguir tres clases de evaluación: 1) irrelevante, 2) benigna-positiva y 3) estresante. Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría de irrelevante, el individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho en otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso, no se pierde ni se gana nada en la interacción.

Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se

valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar de la persona o si parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras, sin embargo las evaluaciones totalmente benigno-positivas, sin cierto grado de aprehensión, son raras, dado que las valoraciones suelen ser complejas y mixtas siempre en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolle la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que representan daño/pérdida, amenaza o desafío:

a) Se considere *daño o pérdida* cuando el individuo ha recibido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien cualquier pérdida. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes.

b) La *amenaza* se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido, pero que se prevén. Se distingue del daño/pérdida por que permite el afrontamiento anticipativo.

c) El *desafío* es la oportunidad para crecer, aprender, o aquello que implica sacar provecho al utilizar más de los recursos que habitualmente se emplean para enfrentar la demanda. El desafío, como opuesto a la amenaza, tiene importantes implicaciones en el proceso de adaptación. Por ejemplo, las personas para las que los acontecimientos significan un reto, disponen seguramente de ventajas en moral, calidad de funcionamiento y salud del organismo, sobre aquellas otras que se sienten fácilmente amenazadas. Las primeras tienen, con mayor probabilidad, buen estado de ánimo dadas las emociones positivas que el desafío lleva consigo:

igualmente, la calidad de su funcionamiento puede ser mejor al sentirse más confiadas, emocionalmente menos abrumadas y más capaces de desarrollar recursos adecuados que aquéllas inhibidas o bloqueadas.

Evaluación Secundaria

La evaluación secundaria se refiere a la evaluación de los recursos de que dispone el individuo para afrontar la situación. La actividad evaluativa secundaria es característica de cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de que se pueda hacer algo, de lo que se realice o pueda realizarse y de lo que está en juego.

Las evaluaciones secundarias (referentes a las estrategias de afrontamiento) y las primarias (a lo que hay en juego), interactúan entre sí determinando la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional.

El estrés (estado de estrés) que se experimenta, a menudo depende del resultado de la evaluación que se haga en la interacción con el ambiente. Cuando se juzga un nivel adecuado entre demandas y recursos, se experimenta poco o nulo estrés, pero cuando la evaluación indica cierta discrepancia, sobre todo si se evalúa la demanda mayor que los recursos, se puede experimentar demasiado estrés.

Factores que influyen en la evaluación

La evaluación de los eventos como estresantes depende de dos tipos de factores - aquellos relacionados a la persona y aquellos relacionados a la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

Los factores personales que influyen en la evaluación comprenden los intelectuales, los motivacionales y las características de personalidad. Como un ejemplo de los factores intelectuales está la auto-estima: personas con una elevada autoestima probablemente creerán que poseen los recursos necesarios para enfrentarse a cualquier demanda, tendiendo a valorar los eventos más como desafíos que como amenazas (Cohen y Lazarus, 1983). En cuanto a la motivación se considera que "entre más amenazada se vea una meta importante, mayor será el estrés percibido por la persona" (Paterson y Neufeld, 1987). Otro ejemplo, que involucra al sistema de creencias de la persona, es lo que Albert Ellis llamó Ideas Irracionales (Serafino, 1990): si una persona considera que para tener una vida satisfactoria y confortable debe encontrar las condiciones apropiadas para ello y éstas deben ser fáciles y gratificantes, entonces, la persona con esta creencia probablemente valorará cualquier inconveniencia como amenazante o dañina. De aquí que en esta investigación se sugiera que la condición de dolor de cabeza crónico sea un factor importante en la evaluación de los eventos como estresantes.

Por otro lado, la situación contiene en sí misma varios factores que la convierten en estresante. Los eventos que involucran *fuertes demandas* y que son *inminentes*, tienden a ser vistos como estresantes (Paterson y Neufeld, 1987). Otro factor es la *temporalidad*, esto es, los cambios en el estilo de vida, son eventos que marcan el paso de una condición o fase a otra y éstos producen cambios sustanciales y nuevas demandas en la vida. Sin embargo, es el momento de un cambio en el estilo de vida lo que puede afectar el estrés percibido, ya que las personas tienden a tener ciertas expectativas y a elaborar sus estrategias de afrontamiento referentes al tiempo en el cual deben ocurrir ciertos eventos como el matrimonio, la jubilación,

etc., cualquier cambio en el tiempo estimado se vuelve estresante.

La *ambigüedad* o carencia de claridad en la situación puede tener un efecto sobre la percepción del estrés. Cuando la información necesaria para la evaluación es poco clara o insuficiente no es posible sentir confianza sobre cómo actuar por lo que tiende a hacerse presente en mayor medida la influencia de los factores personales, ya que la comprensión de la situación está más en función de los individuos que de los estímulos objetivos (Lazarus y Folkman, 1986).

Otro factor que influya sobre la percepción de estrés es la *deseabilidad* de la situación. Algunos eventos son típicamente indeseables para una persona en muchos o todos los aspectos como perder la casa en un incendio, por ejemplo, pero otros eventos pueden ser deseables, tales como ganarse una casa en un concurso. En general, los eventos indeseables se perciben probablemente como más estresantes que aquellos que son deseables, sin embargo ambos eventos pueden producir fuertes demandas que exceden los recursos del individuo (Sarafino, 1990).

Otro aspecto que afecta la evaluación de la situación es su *controlabilidad*, esto es, si la persona tiene la habilidad real o percibida para modificar o terminar con la situación estresante. Las personas tienden a evaluar los eventos incontrolables como más estresantes que los que pueden controlar, aun cuando no hagan nada para cambiar a estos últimos. Existen por lo menos dos tipos de control: el conductual y el cognitivo. En el caso del control conductual, se puede afectar el impacto del evento realizando alguna acción. Por ejemplo, una persona que experimenta un fuerte dolor de cabeza, si tiene la habilidad para reducir el dolor, será menos

probable que se sienta estresada que si no cuenta con esta habilidad. En el caso del control cognitivo, se puede afectar el impacto del evento utilizando una estrategia mental, tal como distraer la atención del estresor o desarrollar un plan para sobreponerse del problema (Sarafino, 1990).

Los factores personales y situacionales son siempre interdependientes y su importancia en el estrés deriva de los procesos cognitivos que los soportan. Por lo tanto, los eventos no son en sí mismos estresantes, sino que su valor como tales depende de la interrelación con el sujeto.

LA RELACIÓN ESTRÉS-ENFERMEDAD

El rubro "estrés" ha estado por mucho tiempo asociado con acciones que perturban al organismo aumentando su vulnerabilidad y de manera general propiciando una mayor susceptibilidad a la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986; Maas, Vingerhoets y Van Heck, 1987; Taylor, 1986). El estrés puede tener afectos psicofisiológicos directos los cuales afectan la salud. Esto sugiere que los estímulos psicosociales causan cambios en el funcionamiento corporal, teniendo como resultado diversas manifestaciones patológicas. Valdés y De Flores (1985), mencionan que el estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que éste es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento (psicológicas y/o conductuales); por lo tanto estrés no es sinónimo de activación, ya que lo que sitúa en riesgo al organismo es su incapacidad para mantener parámetros óptimos que alcancen un máximo rendimiento psíquico y conductual.

Vías estrés-enfermedad

Holroyd y Lazarus (1982) destacan la importancia de las estrategias de afrontamiento en la aparición de la enfermedad, basándose en la idea de que los problemas de salud son un producto del afrontamiento más que un simple resultado de la presencia o ausencia de estrés. De aquí que como un intento por delinear la relación entre el estrés y la enfermedad, estos autores proponen 3 vías.

En la primera, el afrontamiento afecta las respuestas de salud, influyendo la frecuencia, la intensidad y los *patrones neuroendocrinos de la respuesta al estrés*. Esto puede ocurrir de tres maneras: 1) cuando el afrontamiento se centra en el problema, los recursos están dirigidos a controlar el estresor para reducir o eliminar su poder estresante; 2) cuando el afrontamiento está centrado en la emoción se busca controlar la respuesta emocional asociada con el estresor; y 3) estilos particulares de afrontamiento o tipos de actividad de afrontamiento pueden afectar la salud por estar asociados con patrones de movilización fisiológica que modifican la vulnerabilidad preexistente en los sujetos.

Una segunda vía a través de la cual el afrontamiento puede repercutir sobre la salud es cuando aparecen *conductas de enfermedad* (p.e. reportar síntomas y/o buscar tratamiento) o *síntomas fisiológicos* que son utilizados como formas de afrontamiento, es decir, cuando un sujeto se enfrenta a una situación altamente demandante y para la que no cuenta con los recursos necesarios para resolverla eficientemente, su forma de responder a ella será por ejemplo, argumentando que se siente mal, evitando así tal afrontamiento.

En tercer lugar, el afrontamiento puede contribuir al desorden porque éste involucra *cambios en las conductas de salud* que exponen a los individuos a agentes perjudiciales, tales como el alcohol, el tabaco, o drogas. Cuando un individuo percibe que carece de los recursos para resolver situaciones que le son molestas, éste las abordará o evitará, por ejemplo aumentando su ingesta de bebidas alcohólicas o el consumo de cigarrillos, tratando de esta manera de mitigar el malestar presente.

Las vías anteriores explican los diversos mecanismos a través de los cuales el estrés conduce a la enfermedad, considerando que, el modo en cómo la persona responde a las situaciones cotidianas y los recursos con los que cuente, contribuirán en su estado de salud (Figura 4). Si bien es cierto que el estrés es de carácter adaptativo, cuando los niveles de éste son muy prolongados pueden conducir a la enfermedad. Sin embargo la cuestión es ¿porqué en algunas personas el estrés dispara o desencadena una enfermedad ó síntoma y en otras no?. Quizá la respuesta sea la existencia de los ya mencionados factores que median la relación estrés-enfermedad, entre los cuales se incluyen los rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento y el apoyo social (Maes et al., 1987), además de otros factores, como los biológicos, culturales, etc., que junto con el estrés contribuyen a la aparición de la enfermedad.

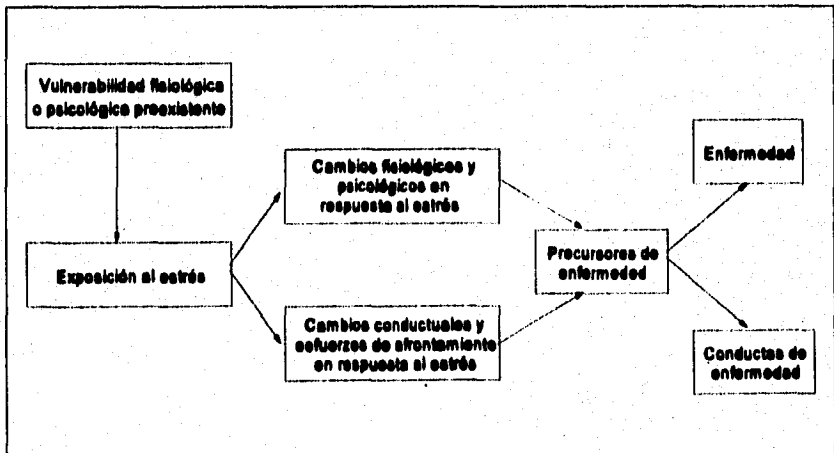


Figura 4. Relación estrés-enfermedad (Taylor, 1986).

Modelo de desórdenes de activación

Basados en la integración del trabajo de Selye (1956), Gellhorn, Gray, Post y Ballenger (Everly, 1990), proponen que la ansiedad y varias enfermedades relacionadas con el estrés deben ser vistas bajo una nueva taxonomía, con base en que todos estos trastornos poseen un denominador común que sirve como un criterio de clasificación. Proponen que este criterio común es una "activación patógena", por lo que tales desórdenes puedan ser referidos como "desórdenes de activación".

Específicamente, el concepto de *desórdenes de activación* está basado en un cuerpo de evidencias señalando que la principal homogeneización fenomenológica que constituye a los desórdenes de activación es una hipersensibilidad límbica; esto es, un umbral reducido a la estimulación y/o un estado patógeno de activación excesiva dentro del circuito límbico o sus vías eferentes: neurológicas, neuroendocrinas, y/o endocrinas. Esta hipersensibilidad neurológica, es entonces capaz de provocar un desorden somático o psiquiátrico relacionado con el estrés.

El modelo de desórdenes de activación inducidos por estrés, reconoce las influencias de factores ambientales, cognitivo-afectivos, patrones de aprendizajes previos y patrones de excitación psicofisiológica repetitivos (Everly, 1990).

MEDICIÓN DEL ESTRÉS

La investigación y la teoría sobre el estrés han estado orientadas de forma tradicional al descubrimiento de los antecedentes o consecuentes. Este planteamiento sigue dos direcciones principales: la primera y más dominante está motivada por la definición de estrés como estímulo y se centra en el entorno. La suposición de la que se parte es que algunas condiciones ambientales (los estímulos) tienen efectos estresantes sobre el individuo, debido a las importantes demandas adaptativas que conllevan ciertos acontecimientos de la vida. La segunda se refiere a las consecuencias relacionadas con el estrés, y se caracteriza por la medición de cambios en la actividad fisiológica producidos en respuesta a situaciones estresantes. No obstante, como ya se ha descrito, existe un modelo alternativo - el transaccional, el cual intenta superar las deficiencias encontradas en los modelos anteriores.

De esta forma, las mediciones más frecuentemente usadas pueden ser agrupadas en tres aproximaciones principales: 1) medidas fisiológicas, 2) eventos vitales, 3) afrontamiento, y 4) contrariedades diarias.

Mediciones Fisiológicas

El estrés produce cierta activación fisiológica, la cual se refleja en el funcionamiento de muchos sistemas corporales. En esta aproximación se miden cambios en la presión sanguínea, la tasa cardíaca, la respuesta galvánica de la piel, la frecuencia respiratoria, el nivel de

catecolaminas, entre otras. Una limitante en este tipo de mediciones es que en la mayor parte de los casos se realizan dentro de un laboratorio, por lo que sólo se capta la respuesta del sujeto ante situaciones artificiales. Sin embargo, se debe considerar que actualmente existen aparatos portátiles que pueden registrar los cambios provocados en el sujeto ante situaciones reales.

La diversidad de aparatos mecánicos y eléctricos usados para medir el estrés tienen la ventaja de ser directos, altamente confiables y fáciles de cuantificar. Una desventaja es que los aparatos por sí mismos pueden resultar estresantes.

Eventos Vitales

Los eventos vitales se definen como los acontecimientos importantes que ocurren en la vida de la persona y que requieren cierto grado de ajuste psicológico (como el matrimonio, la muerte de un familiar, el divorcio, etc.) (Sarafino, 1990). La escala mayormente utilizada de eventos vitales ha sido la *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) desarrollada por Holmes y Rahe en 1967. Actualmente se utiliza la adaptación española (Valdés y de Flores, 1986), la cual consiste en una lista de 43 situaciones a las cuales se les asigna un valor que refleja su poder estresante, los ítems se contestan de acuerdo a los eventos que hayan ocurrido en los últimos doce meses, y el resultado de esta evaluación indica el posible riesgo a la enfermedad que tiene la persona.

Se ha encontrado una correlación positiva entre eventos vitales y la presencia de

enfermedad, sin embargo esta correlación resulta muy baja (Kanner et al., 1981; Weinberger et al., 1987; Dohrenwend y Dohrenwend, 1981; Monroe, 1983; De Benedittis y Lorenzetti, 1991), por lo que los acontecimientos vitales tienen poco significado práctico en la predicción de cuáles serán las consecuencias del estrés sobre el organismo aun cuando dicha predicción sea la razón principal para utilizar los índices de medición.

En cuanto a las mediciones fisiológicas y de eventos vitales (que responden al modelo tradicional de antecedentes y consecuentes), se han formulado serias reservas, no en el sentido de que las variables del individuo y del entorno no interactúen para determinar la respuesta adaptativa o estresante, sino respecto a la utilización del modelo como base para comprender y predecir los resultados. Lazarus y Folkman (1986) señalan en esta crítica dos puntos importantes. Primero, el modelo tradicional tiende a tratar a las variables como si formaran parte de una relación lineal y unidireccional, como en el caso del paradigma E-R (estímulo-respuesta). Y aun si el sistema conceptual permite la mediación, como en el caso de la relación E-O-R (estímulo-organismo-respuesta), se supone que la dirección es siempre en un sentido - del estímulo ambiental a la respuesta- aun cuando determinadas características del organismo puedan modificar esta última. Se presta escasa o nula atención a la obvia posibilidad de que el individuo afecte también al entorno o que los entornos sean elegidos muchas veces por el propio individuo o bien responda a ellos en forma selectiva.

Segundo, el modelo tradicional tiende a tratar al individuo y al entorno como fenómenos estáticos, como si se tratara de una imagen inmóvil que capta un momento, dejando que prograse la interacción entre el individuo y el entorno. Lazarus y Folkman (1986) señalan que la respuesta

puede tener también efectos sobre el individuo a través de un mecanismo de retroalimentación y de la evaluación cognitiva del entorno. Cuando pasa de una relación lineal (y estática) a una relación interactiva, sólo se pueden designar provisionalmente las variables como antecedentes o consecuentes, causas o efectos, etc.

En contraste con el modelo de antecedentes y consecuentes, unidireccional y estático, el modelo transaccional considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca. Este modelo transaccional forma la base sobre la que descansa la teoría del estrés en que se basa este trabajo.

Afrontamiento

Otra forma de observar las consecuencias del estrés, es a través de la medición de las estrategias de afrontamiento. Folkman y Lazarus (1988) definen al afrontamiento como los "esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas, tanto internas como externas, que son evaluadas como excedentes de los recursos de la persona". En el modelo transaccional de estrés, el afrontamiento implica usar los propios recursos para sobreponerse a las reacciones a corto plazo provocadas por el estresor (Figura 3).

Componentes cognoscitivos

Antonovsky (1979) propone que cada estrategia de afrontamiento tiene tres componentes principales: racionalidad, flexibilidad y visualización. Estos componentes están interrelacionados

y el afrontamiento efectivo requiere que los tres sean usados en gran medida.

a) La *racionalidad* es definida como una exacta y objetiva valoración de la realidad.

b) La *flexibilidad* se refiere a la disponibilidad de considerar una gran variedad de estrategias de afrontamiento para controlar al estresor y escoger la estrategia más apropiada de acuerdo a las limitaciones culturales.

c) La *visualización* es la habilidad para anticipar las consecuencias de las diversas estrategias de afrontamiento. Requiere que se formen hipótesis y se prueben mentalmente. La visualización vuelve al sujeto a la racionalización.

El enfrentarse a un estresor requiere iniciar con una exacta y objetiva valoración del estresor, considerar todas las posibilidades para enfrentarlo, y finalizar con una exacta y objetiva valoración de las consecuencias de las estrategias de afrontamiento para vencer a ese estresor.

El costo del afrontamiento puede contribuir al estrés tanto como los efectos directos del estresor. Muchas conductas de afrontamiento son maladaptativas, por ejemplo fumar, comer en exceso, y el abuso de medicamentos. El afrontamiento puede causar reacciones fisiológicas excesivas que pueden llegar a ser patológicas. El afrontamiento prolongado, aun si es exitoso, puede causar agotamiento físico, psicológico, y de recursos sociales, además puede darse una sobregeneralización; esto es, una tendencia a continuar usando una estrategia de afrontamiento aun cuando sea inapropiada a la situación.

Al evaluar las estrategias de afrontamiento se observan los esfuerzos del sujeto por reducir

y mitigar los efectos aversivos de los eventos estresantes, de esta forma, se intenta probabilar cuál será la interacción entre el sujeto y las demandas ambientales y el estado de estrés que resultará de dicha interacción.

Contrariedades y Satisfactores Diarios

Derivado en parte del procedimiento de medición de los acontecimientos vitales, Lazarus y colaboradoras (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982; Kanner et al., 1981; Lazarus y DeLongis, 1983) desarrollaron un sistema de medición basado en las molestias o contrariedades de la vida diaria. Ellos reconocen que no todo el estrés experimentado se refiere a eventos vitales, sino que de la misma manera los menores eventos poseen un poder estresante debido a que: se experimentan más a menudo que los eventos vitales, también requieren el despliegue de recursos del sujeto, su impacto acumulativo puede medirse y resulten significativos por su proximidad con las respuestas de salud (Kanner et al., 1981). Otros investigadores también reconocen la importancia de este tipo de acontecimientos (McLean, 1979; Cason, 1930; MacPhillamy y Lewinsohn, 1982), ellos destacan, de igual forma, a los "microestresores" como fuentes potenciales de estrés.

Kanner et al., (1981) definen a las *contrariedades* como molestias, frustraciones, demandas estresantes que de algún modo caracterizan las transacciones diarias con el entorno, y a los *satisfactores*, como aquellas experiencias positivas y estimulantes que provocan que la persona se sienta bien, éstos últimos se consideran opuestos a las contrariedades. En su escala,

incluyen la valoración de eventos tales como los hijos, el clima, las obligaciones relacionadas con el trabajo, la salud, etc. (Anexo 4).

Lazarus y Folkman (1986) señalan que un aspecto en cómo las contrariedades diarias afectan a la salud tiene que ver con la efectividad del afrontamiento. Mencionan que muchas contrariedades no sólo reflejan los acontecimientos de la vida, sino también las ineptitudes para afrontarlos. A su vez, las consecuencias adaptativas poco favorables como son la enfermedad, la moral baja y el funcionamiento social inadecuado probablemente influyen en el tipo, frecuencia e intensidad de las contrariedades cotidianas. Por ejemplo, cuando las personas se sienten con un ánimo pesimista, pueden interpretar estas contrariedades como más significativas e importantes que cuando se sienten optimistas. Como podría ser el caso de los sufridores de dolor de cabeza, cuyo trastorno se ha asociado con depresión (Ramos, 1989).

El nivel total de demandas de una persona y su percepción de los recursos para afrontarlas puede determinar en un grado considerable el que las contrariedades sean advertidas, se recuerden o se consideren como abrumadores. Cuando la persona se siente particularmente presionada, los eventos que normalmente podrían ser ignorados o vistos positivamente toman un aspecto negativo, como podría ser el caso de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa quienes quizá por ello se perciban con menores recursos para enfrentar las demandas ambientales además de tener muy probablemente, un cambio en su estado de ánimo. De esta forma, la percepción global puede influir las respuestas específicas en la valoración de los estresores. En esta perspectiva entonces, no es tan importante observar los detalles sobre qué contrariedad (o satisfactor) fué citado por la persona, sino la frecuencia total de contrariedades

y el nivel de estrés subjetivo que éstas representan (Kanner, et al., 1981).

Se ha encontrado que las contrariedades cotidianas son mejores predictores de estrés psicológico y de síntomas físicos que los acontecimientos vitales más importantes (Kanner, et al, 1981; Weinberger, et al, 1987; Monroe, 1983). Sin embargo, en el estudio de Kanner se reporta que los satisfactores, a pesar de tener una correlación positiva con la presencia de síntomas, resultan menores predictores que las contrariedades. No obstante, resulta importante valorar lo que se considera la contraparte de las contrariedades, argumentando que el estrés negativo puede causar cambios neurohumorales que resultan en "enfermedades de adaptación", y las experiencias positivas pueden servir de amortiguadores emocionales (Cousins, 1976).

El estrés, no obstante de los problemas que presenta de definición y medición apoya la relación que hay entre el este y la salud, resultando ser un factor importante dentro de gama de factores de riesgo, en el desarrollo de la enfermedad.

DOLOR DE CABEZA CRÓNICO

Para conceptualizar de forma clara al dolor de cabeza, es necesario primero, conocer la definición de *dolor* y entender las implicaciones que ésta tiene para el sujeto. Para ello, la primera parte de este apartado se refiere al concepto de dolor, sus componentes y los problemas relacionados con él. Posteriormente se describe el dolor de cabeza como un trastorno específico de dolor con sus propias características e implicaciones.

EL CONCEPTO DE DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo definió en 1979 como "una experiencia sensorial y emocional, asociada con una lesión histica presente o potencial o descrita en términos de la misma". Según Chapman (1986), la definición de la IASP contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la concepción, en cuanto a la superación de los modelos simplistas en la explicación del mismo, dentro de las cuales pueden destacarse como especialmente significativas las siguientes:

1. Considera el dolor como algo subjetivo.
2. Invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja.

- 3. Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro.**
- 4. Considera que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado efectivo aversivo.**
- 5. Considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.**

El dolor es la modalidad sensorial de más complejo estudio en cuanto a sensación puesto que, en gran parte predominan reacciones emocionales frente al mismo. Hasta tal punto está implicada la emoción que se dan casos en los que un individuo puede sufrir un grave daño físico, en situaciones de fuerte tensión emocional, no teniendo sensación dolorosa mientras persista esa situación. Asimismo puede existir sensación dolorosa sin que haya reacción ante la misma, diciendo el sujeto que "le duele pero no le molesta" (Latorre, 1992).

Loeser (1980) identificó cuatro dimensiones del problema del dolor: nocicepción, dolor, sufrimiento y comportamiento doloroso, definiéndolas como:

Nocicepción: Daño potencial al tejido por el impacto de energía mecánica o térmica sobre terminaciones nerviosas especializadas, que a su vez activan a las fibras A-Delta y C. Puede ser considerado como un sistema de detección de daño periférico.

Dolor: Experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción. La relación entre la nocicepción no es lineal: pueden existir independientemente, o los cambios de una pueden no corresponder unívocamente con los del otro.

Sufrimiento: Respuesta afectiva negativa generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones, tales como pérdida de un ser querido, estrés, ansiedad, etc.

Conductas de dolor: Todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de la presencia de nocicepción, que comprende el habla, la expresión facial, la postura, buscar atención y asistencia médica, consumir medicamentos o negarse a trabajar.

Conforme progresa la conceptualización del dolor, se consideran restringidas las teorizaciones que no contemplan suficientemente el contexto social y ambiental en que ocurre el dolor, sin embargo, las categorías antes mostradas resultan útiles para delinear los elementos críticos del complejo fenómeno de dolor.

Beecher (1959) llamó *componente reactivo de la experiencia de dolor*, a los factores psicológicos o contextuales involucrados en la experiencia de dolor:

1. El significado atribuido al dolor diferencia sustancialmente cómo se experimenta (p.e. para el soldado una herida le permite seguir vivo y puede volver a casa, por lo tanto está contento, para el civil una herida supone una irrupción de sus actividades y por lo tanto es una calamidad).
2. El dolor está altamente influenciado por el contexto en el que se vive. Se experimenta de forma más intensa cuando se le presta mucha atención, y puede no ser percibido en aquellas condiciones de distracción o de realización de alguna actividad.
3. El dolor tiene un componente sustancialmente cultural, ya que existen evidencias de que las reacciones al dolor son muy distintas de una cultura a otra.

Por otro lado, Domínguez (1996) menciona que el término dolor se utiliza comúnmente en dos modalidades diferentes, sin realizar con frecuencia una distinción entre ellas.

La primera se refiere al sistema de señales, en el cual las terminaciones nerviosas especializadas en la periferia del cuerpo, que resultan activadas por los estímulos pertinentes, envían impulsos nerviosos a la médula espinal o el tallo cerebral y de ahí al cerebro; por ejemplo la nocicepción. La segunda modalidad del uso del término mezcla los sistemas de señales con las acciones emocionales, cognitivas y conductuales, que ocurren subsecuentemente a la estimulación nociceptiva y que se conceptualizan generalmente como emociones, respuestas o reacciones (pág. 10).

Uno de los principales obstáculos en el conocimiento y tratamiento del dolor es la dificultad para describirlo objetivamente. Esto se complica si además se suma la gran cantidad de vocabulario informal que existe para describir el dolor. Así, un dolor puede ser agudo o crónico, penetrante o débil; recurrente o constante; repentino o sordo; punzante o pulsátil, etc.

En el uso clínico sólo se usa la terminología más general. Encontrando en un extremo, al dolor agudo que tiene una duración limitada, se elimina farmacológicamente y suele terminar con la curación de la enfermedad. Además, la administración de fármacos suele reducir la ansiedad asociada a este dolor. Y en el otro extremo, el dolor crónico cuya duración es indefinida o indeterminada y suele ir acompañado de trastornos de tipo emocional en torno al dolor. Por ejemplo, un incremento elevado de la ansiedad, que hace aumentar el dolor. Se dice, además, que el dolor crónico trastorna totalmente la vida de una persona (Latorre, 1992).

El dolor como trastorno crónico

Una enfermedad crónica puede definirse como *aquel trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo* (Baneit, 1992). Se considera que uno de los aspectos más problemáticos de la enfermedad es el dolor y el sufrimiento que éste produce. El conocimiento de la experiencia dolorosa es crítico para entender cómo los pacientes reaccionan ante la enfermedad, cómo interaccionan con sus cuidadores y responden al tratamiento. El dolor daña y puede ser tan insistente que supere cualquiera de las necesidades básicas como el hambre, la sed, el abrigo (refugio) o la seguridad. Como se puede observar, el dolor supone una redistribución de la pirámide de necesidades ya que las personas, bajo los efectos del dolor, tienen dificultades para poder considerar cualquier otro aspecto vital (Taylor, 1986).

Cuando se pregunta a los pacientes sobre lo que más temen de la enfermedad, frecuentemente contestan que es el dolor. El temor a no poder reducir el dolor y el sufrimiento genera más ansiedad que la perspectiva de una intervención quirúrgica, pérdida de un miembro y hasta la muerte. Como se comentó anteriormente, el componente psicológico del dolor puede ser crítico para la experiencia dolorosa, en la que la ansiedad acerca de un posible dolor, en afecto aumenta esa experiencia.

El dolor crónico conlleva una serie de aspectos para las personas que lo padecen; éstos son entre otros (Penzo, 1989):

1. Las dificultades en la interacción social.

2. Las dificultades en el desarrollo de algunas tareas simples y la disminución de la actividad física.
3. El desarrollo de síntomas neuróticos, incluyendo la preocupación por los síntomas físicos y emocionales.
4. El consumo de gran cantidad de analgésicos, lo que conlleva, además de la posibilidad de dependencia, la incapacidad de concentración y en general una disminución del rendimiento intelectual.

Latorre (1992) menciona, entre otros, la presencia de los siguientes *problemas* relacionados con el dolor:

5. Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
6. Alteraciones del humor y del estado de ánimo.
7. Reducción en el nivel de la actividad funcional.
8. Deficiente repertorio de habilidades en diversas esferas adaptativas, por falta de aplicación.
9. Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor.

10. Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.

11. Ausencia de alternativas conductuales competitivas con la conducta de dolor.

12. Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativas o distracciones.

13. Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y los cuidados del paciente. Falta de autonomía personal.

Da lo anterior se observa, que los problemas enumerados constituyen factores mantenedoras o etiológicos secundarios del cuadro del dolor crónico, por lo que se hace importante la atención de los factores cognoscitivos en el estudio del dolor.

DOLOR DE CABEZA

El dolor de cabeza crónico tradicionalmente se define como aquel que persiste durante un tiempo prolongado, usualmente más de seis meses, se distingue del dolor agudo en que este funciona como un síntoma de un desorden, y el crónico es el desorden mismo (Halpern, 1984).

Palacios y Rojas (1986) definen a la cefalea como todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variables, de etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica, entendidos éstos como la interacción del individuo con su medio ambiente. En el caso de las cefaleas crónicas, son justamente estos últimos factores los que tienen mayor relevancia en su origen y mantenimiento, ya que la participación de variables orgánicas parece ser prácticamente nula.

Por otro lado, el dolor de cabeza es idiopático, cuando no se conoce alguna patología en su origen.

Datos epidemiológicos

Los dolores de cabeza constituyen un importante problema de salud en todo el mundo. Se calcula que tan sólo en Estados Unidos 42 millones de personas lo padecen y aunque en México no hay datos muy precisos, al parecer un 10% de la población padece migraña y, en la mayor parte de los casos reportados de pacientes con dolor de cabeza no hay evidencia alguna de alteraciones orgánicas que puedan ser la causa directa del padecimiento; por lo que se debe tomar

en consideración que los dolores de cabeza no son solamente síntomas de alteraciones orgánicas o psicológicas del tipo "profundo"; sino que se pueden identificar algunos otros componentes (Palacios-Venegas, 1989).

Las investigaciones que se han realizado sobre el dolor de cabeza se justifican por la incidencia y prevalencia que existe a nivel mundial, y por sus implicaciones para el mismo sufridor como son, la disminución del rendimiento laboral, conflictos en las relaciones interpersonales, elevados costos médicos y farmacológicos, etc.

Blanchard y Andrasik (1985) mencionan que la cefalea es un trastorno muy difundido que afecta del 10% - 30% de la población de una forma lo suficientemente grave como para impedir un rendimiento óptimo.

En un estudio realizado en 1970 por Waters, encontró que el 31% de los hombres y el 44% de las mujeres se quejaban de haber padecido como mínimo una cefalea grave durante el año anterior a la encuesta y el 48% de los hombres y 65% de las mujeres presentan una o más cefaleas al mes. Por otro lado Blanchard y Andrasik (1985) mencionan que Levinton encontró que el 67% de las mujeres presentaban una o más cefaleas al mes y que el 15.5 se quejaba de cefaleas que eran "lo suficientemente graves para afectar en sus actividades diarias".

De Lozier y Gagnon (1975) mencionan que del total de consultas anuales, en los Estados Unidos, 12,314,000 había sufrido dolor de cabeza, lo que situaba a este problema dentro de los 14 más importantes cuando se solicita atención médica.

En México, Rojas y Figueroa (1992) encontraron en una muestra de 180 sujetos que acudieron a consulta por dolor de cabeza, que el 70% había solicitado atención en medicina general y el 42% había buscado más de un servicio (p.e., especialistas, psicoterapia, etc.). De esta misma muestra, el 28% de los sujetos consideró la intensidad de su dolor como moderado y el 30% como severo; en cuanto a la forma en que el dolor interfiere con sus actividades diarias el 28% lo consideró como un problema levemente inquietante, el 23% como moderado y el 30% como severo.

En México no existen datos precisos de la prevalencia del dolor de cabeza, sin embargo, se conoce que los desórdenes psicofisiológicos (incluida la cefalea) ocupan uno de los 9 problemas principales de salud mental en el país (De la Fuente, Pucheu y Medina, 1985).

En los hospitales como el General y el 20 de Noviembre se reporta que el 60% de los pacientes acuden por presentar cefalea, (Granados, 1987). En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se llevó a cabo un registro de 2096 pacientes que acudieron a preconsulta de Enero a Junio de 1992, encontrándose que la cefalea es el principal motivo de consulta (Plata, 1993).

El dolor de cabeza constituye un trastorno que la mayoría de las personas padecen en algún momento de su vida, pero para el que no siempre busca tratamiento hasta que éste se ha convertido en un problema severo, ya que el dolor ocasional por lo regular no es visto como un trastorno o problema que afecte a la salud, y algunas veces, cuando se acude a buscar servicio, no se recibe un tratamiento especializado. Actualmente, se hace necesario que se lleven a cabo

estudios epidemiológicos en la población mexicana que den cuenta de datos precisos de la incidencia del dolor de cabeza especialmente de tipo crónico.

Clasificación del dolor de cabeza crónico

Clasificaciones de acuerdo al modelo biomédico

Existen básicamente dos modelos para estudiar el dolor de cabeza crónico, el más utilizado en el área médica es la clasificación propuesta por el Ad Hoc Committee (1962) en donde se establecen 15 categorías de Dolor de cabeza y en las que las cefaleas crónicas se dividen en las siguientes:

- a) Cefalea vascular de tipo migrañoso
- b) Cefalea por contracción muscular o sostenida
- c) Cefalea combinada o mixta

El segundo modelo es el de la "International Headache Society" (IHS) y que surgió con el propósito de establecer criterios más claros para el diagnóstico del dolor de cabeza crónico, que no se apreciaban en la clasificación Ad Hoc, la IHS en 1988 desarrolló la clasificación y los criterios del diagnóstico para la neuralgia craneal, el dolor facial y el dolor de cabeza como:

1. Migraña

1.1 Migraña sin aura

Descripción: Idiopática, cefalea recurrente, se manifiesta en episodios de 4-72 hrs. Es de localización unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa, se agrava por la actividad física rutinaria, náusea, fotofobia y fonofobia.

1.2 Migraña con aura

Descripción: Idiopática, desorden recurrente manifestado con ataques de síntomas neurológicos localizados en el cortex cerebral o del tallo cerebral, por lo general se desarrolla gradualmente de 5-20 mín. y dura menos de 60 mín. El dolor de cabeza, la náusea y o la fotofobia generalmente siguen a los síntomas neurológicos de aura directamente o después de un intervalo libre de dolor de menos de una hora. El dolor de cabeza comúnmente dura de 4-72 hrs. pero puede estar completamente ausente.

2. Cefalea Tipo Tensional

2.1 Cefalea tipo tensional episódica

Descripción: Episodios recurrentes de cefalea que duran desde unos cuantos minutos hasta días. El dolor comúnmente es descrito como presión/tirantez, de intensidad leve o moderada, de localización bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria. hay ausencia de náusea aunque pueden presentarse fotofobia y fonofobia.

2.2 Cefalea Tipo Tensional Crónica

Descripción: Cefalea presente por lo menos 15 días en un mes en por lo menos 6 meses. El dolor comúnmente es descrito como presión/tirantez, de intensidad leve o moderada, de localización bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria. Pueden presentarse náusea, fotofobia y fonofobia.

3. Cefalea Cluster o en Racimos

3.1 Cefalea Cluster

Descripción: Ataques de dolor orbital, unilateral y estrictamente severo, supra orbital y/o temporal, con una duración de 15-180 mín. y ocurre desde muy rara vez hasta 8 veces en un día. Se asocia con uno o más de los siguientes síntomas: inyección conjuntival, frontal, ptosis, edema ocular. Los ataques ocurren en series que duran por semanas o meses (por eso se le llama en racimos) separados por períodos de remisión que generalmente van desde meses a años. Alrededor del 10% de los pacientes tienen síntomas crónicos.

Modelo psicobiológico del dolor de cabeza

Por otra parte, existe un enfoque alternativo el modelo psicobiológico el cual plantea que todas las personas que padecen cefalea crónica constituyen un sólo grupo en el que las diferencias son más bien de carácter cuantitativo que cualitativo, por lo que no existen categorías diferenciadas de cefalea sino que existe una única cefalea la cual varía de intensidad y frecuencia en función del individuo. Este enfoque fue inicialmente propuesto por Ziegler sin embargo su

defensor más destacado es Donald Bakal (1982).

Bakal plantea que los procesos que causan las formas más frecuentes de cefalea crónica son más bien parecidos y el error ha sido aceptar las diferencias observadas en la sintomatología como indicadores de trastornos distintos que exigen a su vez un tipo de tratamiento también distinto.

Un aspecto esencial de este modelo sobre la cefalea crónica radica en que las propias experiencias de la cefalea representan por sí mismas un estrasor para el paciente que actúa favoreciendo la cronicidad del trastorno. Así, el dolor y el malestar crónico implicados en la cefalea, aumentan el estrés psicológico y fisiológico que debe afrontar el paciente. El hecho de haber padecido cefalea crónica hace al paciente más vulnerable y susceptible de padecer nuevas cefaleas.

En resumen, el definir y clasificar enfermedades es siempre una tarea difícil, y el campo de los dolores de cabeza posee problemas particulares, ya que los dolores de cabeza de un paciente puede cambiar sobre el tiempo no sólo cuantitativamente sino también cualitativamente, incluso pueden tener frecuentemente más de una forma de dolor de cabeza. Este problema surge del modelo tradicional de clasificación del dolor de cabeza que no considera el dolor particular de cada persona, se hace necesario, entonces, el planteamiento de una nueva perspectiva que integre los diversos aspectos del funcionamiento humano, integrando en su explicación el proceso psicobiológico, de las dimensiones psicológica, fisiológica, genética, bioquímica y ambiental. El apartado siguiente está destinado a explicar este enfoque.

Modelo psicobiológico del dolor de cabeza

El dolor de cabeza ha sido conceptualizado de manera tradicional a partir de modelos unicausales y unidireccionales, sin embargo en la práctica clínica esta conceptualización resulta con frecuencia insuficiente para explicar cómo se mantiene el dolor a pesar de, por ejemplo, ser eliminadas las supuestas conexiones sensoriales (Fordyce, 1978). Esta cuestión ha propiciado una conceptualización del dolor que ve más allá de la simple conexión sensorial e incluye otras dimensiones que es posible intervengan.

Para el caso del dolor de cabeza crónico se ha propuesto la existencia de una multidimensionalidad de factores que confluyen para su reporte. Bakal (1982) ve al dolor de cabeza como el resultado de complejas transacciones entre variables ambientales, psicológicas, fisiológicas, genéticas y bioquímicas. En su modelo, hace énfasis en la palabra transacción, con la cual nos indica un especial tipo de interjuego existente entre los diversos componentes que participan en el desarrollo del dolor (Figura 5). Pone especial atención en el hecho de que no es lo que le ocurre al individuo en el pasado, ya sea genéticamente o psicológicamente, sino lo que está pasando ahora, durante y a través de sus episodios de dolor.

El componente clave es la predisposición psicobiológica, ésta, aunque parcialmente iniciada por factores genéticos, continúa su labor más allá de variables genéticas *per se*. La predisposición es vista como una entidad dinámica responsable del incremento en la severidad y cronicidad de la condición del paciente con dolor de cabeza. Durante un ataque particular, la predisposición es responsable de la iniciación de cambios bioquímicos involucrados en la

experiencia de dolor. Esta predisposición se hipotetiza que media el ataque de dolor precipitado por eventos conocidos (estrés, ansiedad, depresión, menstruación, etc.) así como también aquellos dolores que parecen ocurrir de manera espontánea. De esta manera, se observa que la mayoría de los ataques se dan ante la presencia de algún estresor específico pero que, muy a menudo ocurren sin la presencia de algún estresor aparente. Esta situación suele constituirse más estresante que el dolor de cabeza en sí mismo.

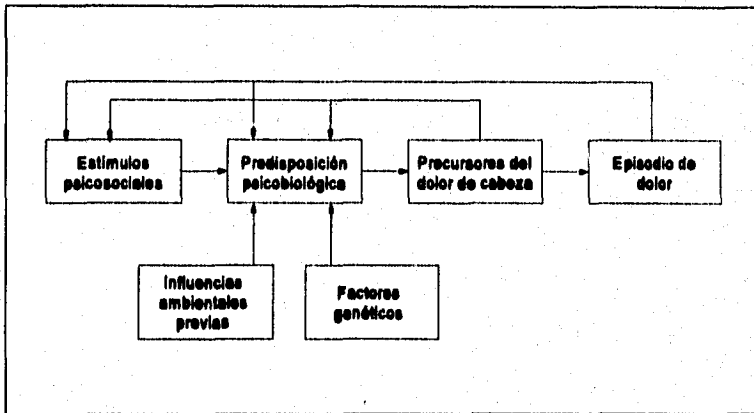


Figura 5. Modelo psicobiológico del dolor de cabeza (Bakal, 1982).

Para Bakal, el generador (no la causa) del dolor de cabeza, se encuentra en el estado psicobiológico del paciente, más que en su genética, medio ambiente o bioquímica, por lo que el término predisposición psicobiológica, está lejos de referirse a una susceptibilidad constitucional y genética inalterable, independientemente de los factores psicológicos, dado que está presente el hecho de que nadie nace con dolor de cabeza. Frecuentemente esta condición se desarrolla a

través del tiempo, lo que significa que para ello contribuyen variables tanto fisiológicas como psicológicas. Así, conforme el desorden incrementa su severidad va adquiriendo autonomía propia con respecto a las eventos ambientales.

Los sufridores no experimentan los mismos síntomas. Por el contrario, cada uno de ellos padece un dolor único, individual, en términos de la configuración particular de síntomas que se experimenten (frecuencia, duración, intensidad y localización). Sin embargo, el hecho de que existan similitudes entre los distintos dolores de cabeza, es un indicio de que éstos podrían ser mejor comprendidos en términos de un continuo de severidad más que con un diagnóstico tradicional. Desde este punto de vista, en todos los dolores de cabeza subyacen los mismos principios psicofisiológicos, la diferencia estriba en que una gama de síntomas se van adicionando o sustituyendo según se va incrementando la severidad del problema.

Se debe reconocer que las condiciones que conducen al desorden no son necesariamente las mismas condiciones que lo mantienen. El dolor de cabeza puede ser una respuesta al estrés psicosocial, pero con repetidos ataques el proceso psicobiológico que controla el desorden puede llegar a ser una función relativamente independiente de tales formas de estrés, el desorden mismo generará estrés en todos los ámbitos en los que el sujeto interactúe. Sin embargo, para esta perspectiva, el estrés no deja de ser un componente importante para el dolor de cabeza:

Más que ser un evento ambiental o psicológico estable, el estrés se convierte en un proceso activo y dinámico que influye y a su vez está influenciado por el desarrollo del dolor de cabeza Aunque (el estrés) puede exacerbar su condición, no es una simple relación causa-efecto entre la ocurrencia de éste y los episodios de dolor. Los sufridores de dolor de cabeza a menudo se quejan de que la mayoría del estrés que ellos

experimentan más frecuentemente el resultado más que la causa de sus crisis de dolor (Bakal, 1982; pág. 54).

El dolor de cabeza es en muchas formas, un desorden de dolor, simplemente porque no está asociado con daño tisular. El sistema neurofisiológico que contribuye al dolor no está dañado, pero reacciona inapropiadamente (Bakal, 1982). De esta forma, es más razonable asumir que el funcionamiento de este sistema está estrechamente relacionado con el del sistema cognitivo y que cambios en un sistema se reflejarán en el otro. Sin embargo, los dolores de cabeza no son controlados por cogniciones *per se*, sino que están en estrecha relación con el estado general del paciente.

En suma, este modelo plantea que los síntomas del paciente están intrínsecamente relacionados con sus reacciones psicológicas a éstos. De acuerdo a la sintomatología específica de cada paciente, el dolor de cabeza crónico será visto como un desorden progresivo con una sintomatología que llega a ser más amplia a través de la repetición de las crisis, además al considerar la multicausalidad y la interacción de los componentes, se muestra más completo en la explicación de este desorden.

Estrés y dolor de cabeza

Los eventos estresantes han sido implicados en el desarrollo, exacerbación y mantenimiento de los síndromes de dolor crónico incluyendo dolor abdominal (Craig, 1984; Jorgensen, Bonlokke, y Chistense, 1986) y dolor crónico de espalda (Atkinson, Slater, Grant,

Patterson y Garfin, 1988; Feuerstein, Sulais y Houle, 1979; Leavitt, Garron y Bieliauskas, 1979; Leavitt, Garron y Bieliauskas, 1980; Smith, Follick y Ahern, 1985). Aunque al dolor de cabeza crónico se les reconoce como una enfermedad multifactorial (Anderson, 1980), se asume que el estrés psicológico juega un papel en la predisposición y/o exacerbación del dolor de cabeza, particularmente de los dos síndromes más comunes: migraña y dolor de cabeza tensional (Goldstein y Chen, 1982; Invernizzi, Gala y Sachetti, 1985; Sicuteri, 1981). Esta predisposición o vulnerabilidad al dolor podría ser debida a una reactividad anormal a los estímulos o a un incremento de los estresores ambientales (De Benedittis, Lorenzetti y Pieri, 1990).

Henryk-Gutt y Ress (1973) reportaron que el estrés emocional era un aspecto importante para los pacientes migrañosos: cerca de la mitad de los sujetos sufrieron su primer ataque de migraña durante un período de estrés emocional, una tercera parte de los pacientes relacionaban su dolor con los momentos en los que habían tenido algún evento estresante. Observaciones clínicas de un gran número de sufridores de dolor de cabeza crónico sugieren que en el 80% de los casos, el estrés es el más frecuente precipitante del dolor de cabeza tensional (Friedman, 1979).

No obstante, no se ha aportado apoyo experimental concerniente a la importancia de la interpretación personal del impacto de los eventos estresantes sobre el individuo, demostrando que la activación del estrés ante la exposición de cualquier situación es función no de su naturaleza sino de la manera en que es percibido e interpretado dentro del de la estructura emocional y cognitiva del individuo (Lazarus, 1980). La percepción particular y evaluación de los eventos se centra en sus implicaciones para el bienestar de la persona y en las posibles

estrategias de afrontamiento (Lezarus y Folkman, 1986).

Se han planteado varios estudios en relación a la presencia de situaciones estresantes como precursoras de dolor de cabeza (De Benedittis, et al., 1990; De Benidittis, y Lorenzetti, 1992; Holm et al., 1986). Estos generalmente asumen que la cefalea de tipo tensional ocurra en respuesta al estrés (considerando el modelo de Bakal, ocurriría lo mismo con cualquier otro tipo de cefalea).

En una investigación realizada por Holm et al. (1986), observaron que la literatura disponible no permitía determinar:

- * Si los sufridores de dolor de cabeza tensional experimentan mayor estrés que los individuos sin dolor de cabeza recurrente.
- * Si los sufridores de dolor de cabeza recurrente afrontan el estrés ineffectivamente.
- * Si otros factores psicológicos y fisiológicos se presentan en éstos para hacerlos más vulnerables a experimentar dolor de cabeza como respuesta al estrés.

Sugieren, en primer lugar, que la mayoría de las investigaciones revisadas en su estudio han fallado porque comúnmente las medidas de eventos vitales combinan eventos negativos y positivos, sin distinguir su participación en el dolor de cabeza - Brown (1974) y Paykel (1979) encuentran que solamente la ocurrencia de eventos negativos se asocia con sintomatología. Sin embargo, estos resultados se oponen a lo encontrado por Kanner y et al. (1981), quienes observan que las contrariedades y los satisfactores correlacionan altamente en la predicción de síntomas.

Una segunda razón, que mencionan para que fallen las investigaciones, es debido a que utilizan exclusivamente inventarios de eventos vitales, ellos sugieren que gran parte del estrés se debe a demandas diarias, más que a eventos vitales. Recientes investigaciones señalan que las medidas de contrariedades diarias ("hassles") están mayormente asociadas con síntomas relacionados con estrés que las medidas de eventos vitales (Kanner et al, 1981). Una tercera dificultad, es que no todos los estudios valoran en forma sistemática la percepción individual de los eventos estresantes o los esfuerzos del sujeto por afrontar el estrés. Al hacer un análisis sobre este punto, los autores encuentran que, en las investigaciones revisadas, la frecuencia y la severidad de los eventos estresantes (p.e. muerte del cónyuge) es más alta en sujetos con dolor de cabeza que en sujetos sin dolor, es decir, que hay una mayor tendencia de estos últimos a percibir las situaciones como menos estresantes que los sujetos con dolor crónico.

Holm et al. (1986) en su misma revisión, realizaron una investigación derivada de estas observaciones, concluyendo que: 1) los sufridores de dolor de cabeza reportan mayor número de contrariedades que el grupo control, 2) la presencia de una valoración de los eventos estresantes como más negativos y 3) el empleo de estrategias de afrontamiento menos efectivas en su esfuerzo por manejar tales eventos; sin embargo ellos no analizan el papel que los satisfactores tienen sobre el dolor de cabeza.

Por otra parte De Benedittis y Lorenzetti (1992) compararon el papel de las contrariedades y los eventos vitales en la persistencia del dolor de cabeza crónico. Sus resultados mostraron que las contrariedades (o microestresores) estaban mayormente asociados a la persistencia del dolor que los eventos vitales, además de que los pacientes con dolor de cabeza presentaron una mayor

tendencia a valorar los eventos de manera negativa que los sujetos sin dolor. Resumiendo los siguientes hallazgos:

a) encuentran diferencias significativas entre los sufridores de dolor de cabeza y los sujetos sin dolor en cuanto a la frecuencia y percepción de contrariedades diarias;

b) señalan que en los pacientes con dolor de cabeza no hay diferencias significativas en las variables: genero, edad y período de evolución, al relacionarlas con la presencia de contrariedades; por lo que concluyen que las contrariedades diarias están asociadas con la persistencia del dolor de cabeza idiopático.

c) al igual que Kanner et al (1981), corroboraron que el impacto de las contrariedades diarias no depende solo de la frecuencia, sino también del contenido y significado para la persona (percepción).

Así los pacientes con dolor de cabeza pueden tener una mayor tendencia -basada en una vulnerabilidad pre-existente-, a sufrir dolores de cabeza y a tener una valoración cognitiva negativa, reportando más eventos estresantes que aquellos sujetos libres de dolor, posiblemente porque ellos perciben a los menores eventos como más amenazantes o como una consecuencia de su dolor. Bajo estas circunstancias, los pacientes con estrés se predisponen, mantienen o exacerbaban su dolor (De Benedittis et al, 1992), "los pacientes quedan entonces atrapados en un círculo vicioso con un dolor de cabeza intratable amplificando su distrés cognitivo-emocional, lo cual exagera y perpetua el dolor" (Gamsa y Vikis-Freibergs, 1991).

Con base en estos hallazgos, la presente investigación pretende buscar cuál es el papel del estresores en el mantenimiento del dolor de cabeza crónico tratando de dividir por un momento la ya mencionada circularidad a través de dos vías principales: 1) observando si los sujetos con dolor de cabeza tienden a percibir mayores eventos estresantes que los sujetos sin dolor y 2) si el estrés, a su vez, se correlaciona con la presencia de dolor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A) ¿Hay diferencias significativas en la percepción de contrariedades y satisfactores diarios, entre pacientes con dolor de cabeza crónico y sujetos sin dolor crónico?

B) ¿En qué medida las contrariedades y satisfactores determinan las crisis de dolor de cabeza?

HIPÓTESIS

A) Los sujetos con dolor crónico reportarán mayor frecuencia e intensidad de contrariedades diarias que los sujetos sin dolor.

Los sujetos del grupo con dolor de cabeza crónico presentarán menor frecuencia e intensidad de satisfactores diarios que el grupo sin dolor.

B) Los parámetros del dolor (frecuencia, duración, intensidad e índice) correlacionarán en sentido positivo con el aumento de las contrariedades y la disminución de los satisfactores diarios.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- **Determinar cuál es el papel de los estresores en el mantenimiento y/o exacerbación del dolor de cabeza crónico.**

Objetivos Específicos:

- **Establecer las diferencias en la percepción de contrariedades y satisfactores entre pacientes con dolor de cabeza crónico y un grupo sin dolor crónico.**

- **Identificar si existe una relación entre la percepción de contrariedades y satisfactores y la presencia de dolor.**

MÉTODO

Sujetos

Participaron 15 pacientes con dolor de cabeza crónico (Grupo con dolor), 14 mujeres y 1 hombre; y 13 sujetos sin dolor (Grupo sin dolor o Grupo control), 10 mujeres y 3 hombres; considerando los siguientes criterios:

Inclusión

Grupo con dolor

- a) Edad de 18-60 años.
- b) Presentar *dolor de cabeza crónico* con un período de evolución de por lo menos 6 meses.

Grupo sin dolor

- a) Edad de 18-60 años.
- b) Que conviviera con el paciente con dolor de cabeza crónico por lo menos una tercera parte del día (sea familiar, compañero de trabajo, amigo, vecino, etc.).

Exclusión

Grupo con dolor y Grupo sin dolor

a) Tener algún otro tipo de padecimiento crónico (hipertensión arterial, diabetes, abuso de alcohol, etc.) o trastorno psiquiátrico.

Instrumentos

1) Cuestionario de Dolor de Cabeza (Rojas, 1989)

Este cuestionario consiste en una serie de preguntas destinadas a la obtención de: datos demográficos del sujeto con dolor; período de evolución, localización y características del dolor; búsqueda de ayuda y diagnósticos previos; ingesta de medicamentos; y rastreo de pensamientos, conductas y eventos que giran en torno al dolor (Anexo 1).

2) Registro Diario del dolor de cabeza (Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, 1973)

Consiste en una evaluación subjetiva del dolor de cabeza de acuerdo a una escala de 0 a 5 (donde 0 indica ausencia de dolor y 5 es un dolor incapacitante) (Anexo 2), aquí el sujeto registra con base en la hora del día y la intensidad del dolor, el registro inicia cuando se levanta y finaliza a la hora en que se va a dormir.

Este registro permite obtener parámetros de severidad del dolor: frecuencia, duración, intensidad e índice del dolor de cabeza (Blanchard y Andrasik, 1985):

La frecuencia es el número de episodios de dolor al día, definiendo un episodio como aquel registro de dolor delimitado por ceros.

La duración es la cantidad de horas diarias con dolor.

La intensidad es el nivel máximo de dolor registrado en el día.

El índice es la suma de las intensidades registradas entre el número total de horas al día.

3) Escala de Contrariedades y Satisfactores diarios (Kanner et al., 1981)

Esta escala consiste en 53 reactivos que pueden percibirse como una contrariedad y/o como un satisfactor, evaluando el grado de incomodidad o de satisfacción de acuerdo a una escala de 0 a 3, en donde: 0 - Ninguno, 1 - Algo, 2 - Bastante y 3 - Muchísimo (Anexos 3 y 4).

Procedimiento

Una vez que se tenía contacto con un sufridor de dolor de cabeza (Figura 1), se le daba una cita en la Clínica en donde se aplicaba el *Cuestionario de Dolor de Cabeza* (Rojas, 1989) que sirvió como un primer filtro para ser incluido en la muestra; esta entrevista se realizó en un tiempo aproximado de 45 minutos.

Posteriormente, en caso de que el sujeto no tuviera diagnóstico previo, se le daba otra cita, con el fin de realizar una evaluación médica y obtener el diagnóstico. Si el diagnóstico era de dolor de cabeza crónico se le citaba a una sesión de explicación, si era cualquier otro diagnóstico

se le remitía al servicio correspondiente. En la sesión de explicación se le enseñaba a monitorear su dolor de cabeza y a registrar su estrés, la sesión duraba alrededor de 20-30 minutos. En esa misma sesión se le pedía que una persona sin dolor crónico pero que conviviera con ella por lo menos una tercera parte del día, registrara de manera simultánea su propio estrés diario; lo anterior con el fin de que ambos grupos tuvieran eventos comunes y observar si es el padecer dolor de cabeza lo que influye en la percepción de los estresores diarios.

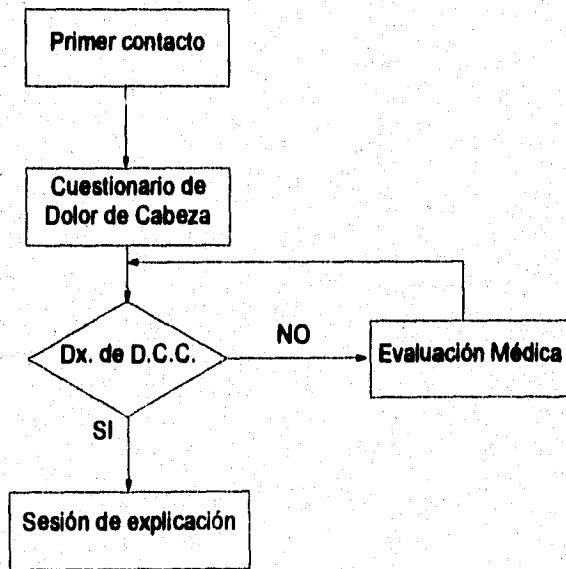


Figura 1. Procedimiento (Dx. de D.C.C. - Diagnóstico de dolor de cabeza crónico).

El registro se realizó por 28 días para ambos grupos, sólo que el Grupo con dolor registró además del estrés, su dolor de cabeza.

Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa *SPSS para Windows versión 5.0.1*. Este estudio planteó lo siguiente:

1) Identificar las diferencias entre los dos grupos en cuanto a frecuencia e intensidad de estresores. Para ello se obtuvieron los registros diarios de sus contrariedades y satisfactores de ambos grupos y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney. Posteriormente, se realizó un ANOVA de una vía (Kruskal-Wallis) comparando la frecuencia y la intensidad de contrariedades y satisfactores, de los grupos: días sin dolor, días con dolor y grupo control.

2) Establecer el papel que desempeñan las contrariedades y los satisfactores en la exacerbación del dolor. Para este punto, se realizaron correlaciones de Spearman entre a) los registros diarios de contrariedades y satisfactores y b) la frecuencia, duración, intensidad máxima e índice del dolor del Grupo con dolor.

RESULTADOS

Datos demográficos

El Grupo con dolor (Tabla 1) estuvo compuesto por 14 mujeres y 1 hombre con una edad promedio de 30.47 años; su promedio de escolaridad fue 13.20 años (equivalente a nivel bachillerato); en ocupación, el 13.33% de las personas se dedicaban al hogar, el 40% trabajaban, el 40% estudiaban, y el 6.87% trabajaban y estudiaban; en cuanto a su estado civil 9 eran solteros, 5 casados y uno vivió en unión libre. Respecto a las características de su dolor, el grupo se conformó por 7 pacientes con dolor de cabeza tensional, 3 con migraña, 4 con cefalea mixta y 1 con dolor de cabeza en racimos; su periodo de evolución fue de 3.86, 12.67, 3.25 y 16 años, respectivamente (Tabla 2).

Al Grupo sin dolor (Tabla 1) lo formaron 13 sujetos, -dado que dos no entregaron sus registros de estrés-, participando 10 mujeres y 3 hombres con una edad promedio de 33.53 años; con un promedio de 13.65 años de escolaridad cursados (nivel bachillerato); en cuanto a su ocupación, el 15.38% se dedicaban al hogar, el 38.46% trabajaban, el 38.46% eran estudiantes y 7.69% trabajaban y estudiaban al mismo tiempo; participaron 7 solteros, 4 casados, uno en unión libre y un viudo.

	Sexo		Edad	Escolaridad	Ocupación				Edo. Civil			
	M	F			H	T	E	TE	S	C	V	UL
Grupo con dolor	1	14	\bar{x} - 30.47 S.D. - 12.67	\bar{x} - 13.20 S.D. - 3.28	2	6	6	1	9	5	0	1
Grupo sin dolor	3	10	\bar{x} - 33.53 S.D. - 14.78	\bar{x} - 13.85 S.D. - 3.21	2	5	5	1	7	4	1	1
	$\chi^2 = 1.66$ g.l. = 1		$t = -0.59$ n.s.	$t = -0.53$ n.s.	$\chi^2 = 1.84$ g.l. = 3				$\chi^2 = 1.37$ g.l. = 3			

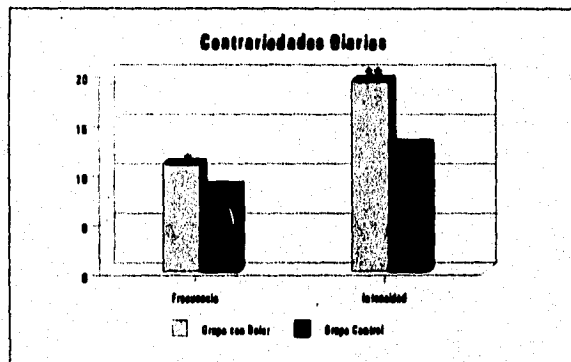
Tabla 1. Datos Demográficos (Sexo, M=masculino, F=femenino; Ocupación, H=hogar, T=trabajo, E=estudio, TE=trabajo y estudio; Estado civil, S=soltera, C=casada, V=viudo, UL=unión libre).

Diagnóstico	N	Período de Evolución
Tensional	7	3.86
Migraña	3	12.67
Mixto	4	3.25
En racimo	1	18

Tabla 2. Características del dolor de cabeza.

Frecuencia e intensidad de contrariedades y satisfactores

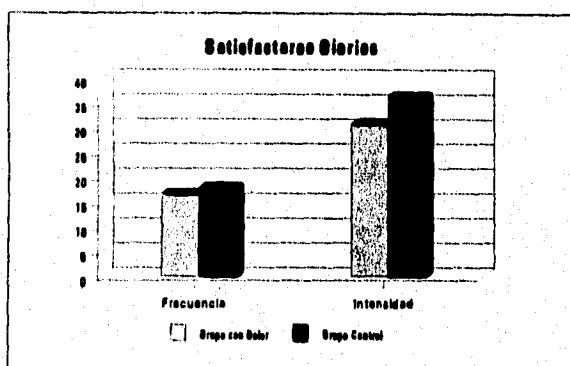
Durante el período de estudio (28 días), el Grupo con dolor tuvo una frecuencia promedio de 10.86 contrariedades diarias y el Grupo sin dolor de 8.56. En cuanto a su intensidad, el Grupo con dolor puntúo con un promedio de 19.28, mientras que el Grupo sin dolor tuvo 12.83 (Gráfica 1). La prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias significativas tanto para la frecuencia ($Z = -2.94, p < 0.01$) como para la intensidad de las contrariedades diarias ($Z = -4.26, p < 0.001$).



Gráfica 1. Promedios de la frecuencia e intensidad de contrariedades diarias en los grupos con dolor de cabeza y control. * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$

Para los satisfactores, la frecuencia promedio por día en el Grupo con dolor fue de 16.56 y 17.85 para el Grupo sin dolor. Al realizar el análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas ($Z = -1.47, p = 0.14$). Respecto a la intensidad de dichos satisfactores, el promedio

para el Grupo con dolor fue de 30.73 mientras que para el Grupo sin dolor fue de 36.26, nuevamente estas diferencias no fueron significativas ($Z = -1.74$ $p = 0.08$) (Gráfica 2).



Gráfica 2. Promedios de la frecuencia e intensidad de satisfactores diarios en los grupos con dolor y grupo control.

Los sufridores de dolor de cabeza, a pesar de padecerlo en forma crónica, tienen períodos sin dolor, por lo que se planteó investigar cuál sería la diferencia en la percepción de estrés en los días en que había crisis de dolor, los días en que no y el grupo sin dolor (control). Para este fin se compararon los grupos: Días sin dolor, Días con dolor y Grupo Control, mediante la prueba de Kruskal-Wallis. La tabla 3 muestra la frecuencia de contrariedades, cuyos promedios fueron de 9.18 para el grupo de días sin dolor, de 11.36 para el grupo de días con dolor y de 8.56 para el grupo control, las diferencias son significativas ($\chi^2 = 11.93$, $p < 0.01$), observándose una

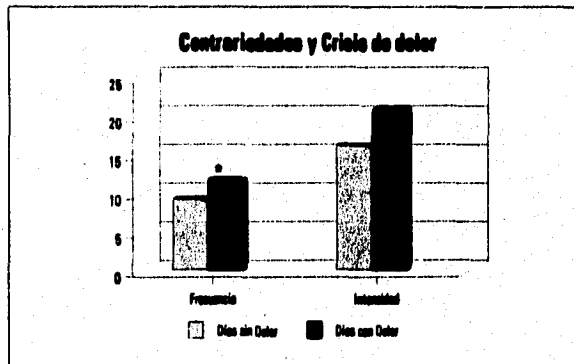
mayor diferencia entre los días en que hubo dolor y el grupo control. Para la intensidad de contrariedades, el promedio del grupo de días sin dolor fue de 16.05, de 20.24 para el grupo de días con dolor y de 12.84 para el grupo control; las diferencias son significativas ($\chi^2=20.72$, $p < 0.001$). Se observa una mayor diferencia de la frecuencia e intensidad de contrariedades en los días en que hubo dolor comparandolos con el grupo control (Tabla 3).

	Días sin Dolor	Días con Dolor	Grupo Control
Contrariedades			
Frecuencia	9.18	11.38 **	8.58
Intensidad	16.05	20.24 ***	12.84
Satisfactores			
Frecuencia	14.05**	17.30	17.85
Intensidad	26.25*	32.06	36.28

Tabla 3. Promedios de contrariedades y satisfactores de acuerdo a los días de dolor y grupo control. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

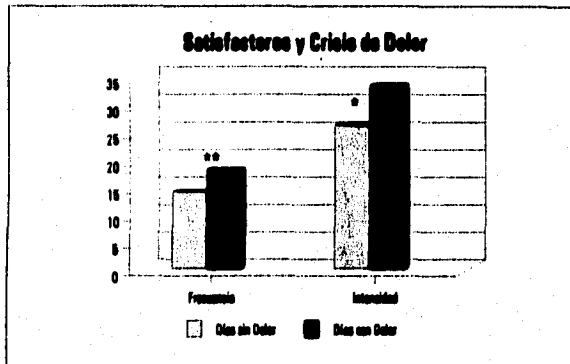
La frecuencia de satisfactores (Tabla 3) tuvo un promedio de 14.05 para el grupo de días sin dolor, de 17.30 para el grupo de días con dolor y 17.85 para el grupo control, las diferencias son significativas ($\chi^2=9.14$, $p < 0.01$). En cuanto a la intensidad de las mismas sus promedios fueron de 26.25 para el grupo de días sin dolor, 32.06 para el grupo de días con dolor y 36.28 para el grupo control, las diferencias son significativas ($\chi^2=6.24$, $p < 0.05$). Se observa una menor frecuencia e intensidad de satisfactores en los días sin dolor al compararlos con el grupo control.

En este punto, se consideró únicamente al Grupo con dolor, comparando la frecuencia e intensidad de contrariedades y satisfactores, en los días con y sin dolor. La prueba U de Mann-Whitney mostró diferencias significativas en la frecuencia de contrariedades entre los días sin dolor y con dolor, con un promedio de 9.18 y 11.85, respectivamente ($Z = -1.96$, $p = 0.05$); sin embargo, no muestra diferencias significativas para la intensidad de las mismas ($Z = -1.69$, $p = 0.09$), cuyos promedios fueron de 16.08 en los días sin dolor y de 20.8 en los días con dolor (Gráfica 3).



Gráfica 3. Frecuencia e Intensidad de Contrariedades diarias en los días con y sin dolor. * $p < 0.05$

Por otro lado, los promedios diarios para la frecuencia de satisfactores fueron de 14.05 en los días sin dolor y de 18.01 en los días con dolor; en cuanto a la intensidad su promedio en los días sin dolor fue de 26.25 y en los días con dolor de 33.36. Se encontraron diferencias significativas tanto para la frecuencia ($Z = -3.42$, $p < 0.001$) como para la intensidad de satisfactores ($Z = -2.64$, $p < 0.01$) (Gráfica 4).



Gráfica 4. Frecuencia e intensidad de Satisfactores diarios de acuerdo a los días con y sin dolor.

* $P < 0.01$, ** $p < 0.001$

Relación de las contrariedades y los satisfactores con el dolor de cabeza

Se realizó una correlación de Spearman, entre las variables: frecuencia de contrariedades, frecuencia de satisfactores, intensidad de contrariedades e intensidad de satisfactores y los parámetros del dolor: frecuencia, duración, intensidad máxima e índice del dolor; de los registros día por día de cada sujeto (Tabla 4) y de sus promedios semanales (Tabla 5). Se encontraron correlaciones significativas entre duración del dolor y frecuencia de contrariedades; duración y frecuencia de satisfactores; y duración e intensidad de contrariedades; se encontró también una correlación significativa entre el índice del dolor y la frecuencia de contrariedades así como la frecuencia de satisfactores (Tabla 4).

	Frecuencia Contrariedades	Frecuencia Satisfactores	Intensidad Contrariedades	Intensidad Satisfactores
Dolor de Cabeza:				
Frecuencia	0,03	0,10	0,04	0,09
Duración	0,22**	0,18**	0,24**	0,10
Intensidad				
Máxima	0,03	-0,01	0,07	-0,04
Índice	0,18**	0,12*	0,21**	-0,04

Tabla 4. Correlación de Spearman para los registros día por día del Grupo con dolor (n = 420).

p < 0,01, * p < 0,001

Por otra parte, considerando que los efectos del estrés pudieran no ser inmediatos sino acumulables (Stone, Reed y Neale, 1987), se realizó una correlación de Spearman con los promedios semanales de las medidas de estrés y los parámetros del dolor, obteniéndose 4 semanas por cada sujeto (n = 60). Se encontraron correlaciones significativas entre la duración y la frecuencia de satisfactores, así como entre la duración y la intensidad de satisfactores; de la misma forma, la intensidad máxima correlacionó con la frecuencia y con la intensidad de satisfactores, así como correlaciones significativas entre el índice y la frecuencia e intensidad de satisfactores, y el índice y la intensidad de contrariedades (Tabla 5). Se observaron más correlaciones con los parámetros del dolor al considerar los datos por semana, sobre todo de los satisfactores, por lo que estos últimos resultaron estar más asociados a los parámetros del dolor de cabeza a la semana.

	Frecuencia Contrariedades	Frecuencia Satisfactores	Intensidad Contrariedades	Intensidad Satisfactores
Dolor de cabeza:				
Frecuencia	-0.07	-0.09	-0.16	-0.10
Duración	0.17	0.29**	0.16	0.26*
Intensidad Máxima	-0.05	0.24*	0.06	0.22*
Índice	0.19	0.26*	0.27*	0.23*

Tabla 5. Correlaciones del estrés y los parámetros del dolor de cabeza semanales (n=80)

(Grupo con dolor).

*p < 0.05, **p < 0.01

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue observar cuál es el papel de los estresores en el mantenimiento del dolor de cabeza crónico, para ello, primero se compararon los registros de contrariedades y satisfactores de dos poblaciones: una con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor; posteriormente se observó en qué medida el estrés propiciaba el dolor, correlacionando los registros diarios y por semana de los estresores y los parámetros del dolor de cabeza.

Los datos mostraron que los sufridores de dolor de cabeza crónico presentan una mayor frecuencia de contrariedades diarias que el grupo control pero además, y quizá lo más importante, es que la evaluación que hacen de dicho estresor es más negativa, aceptando la hipótesis que suponía que los sujetos con dolor presentarían mayor frecuencia e intensidad de contrariedades que los sujetos sin dolor; esto es debido quizá a que el dolor los hace más vulnerables a las situaciones ambientales, compartiendo entonces lo encontrado por Holmes et al. (1986) y De Benedittis et al. (1992).

En cuanto a los satisfactores, no se encontraron diferencias -en términos de frecuencia e intensidad- al comparar a los sujetos con y sin dolor, por lo que se rechaza la hipótesis que suponía que el grupo con dolor tendría menos satisfactores; sugiriendo que los sufridores de dolor crónico tienen igual número de satisfactores que los sujetos sin dolor, por lo que el impacto de los satisfactores no estaría en su frecuencia o intensidad sino - como se explicará más adelante - en la propia vulnerabilidad del sujeto con dolor.

Una vez establecido que los sufridores de dolor de cabeza reportaron mayor frecuencia e intensidad de contrariedades que los sujetos sin dolor, se planteó buscar la influencia de las crisis de dolor sobre la percepción negativa de los estresores, para lo cual se compararon los datos de estrés de acuerdo a los días en que hubo dolor, los días sin dolor y el grupo control. Se encontraron diferencias en la frecuencia e intensidad de contrariedades entre los tres grupos, marcando tal diferencia la comparación de los días en que hubo dolor y el grupo control. Esto indica que la diferencia en la percepción de contrariedades entre las dos poblaciones (con dolor y sin dolor crónico) se ve incrementada aún más por las crisis de dolor, por lo que el estrés estaría manteniendo el dolor y el dolor la percepción negativa de los eventos potencialmente estresantes.

Al realizar el mismo análisis para la frecuencia e intensidad de satisfactores, se observaron nuevamente diferencias entre los tres grupos (días sin dolor, días con dolor y grupo control), sólo que en este caso en los días *sin dolor* los pacientes reportaron menos satisfactores con respecto a los señalados por el grupo control; sugiriendo entonces, que los satisfactores no están amortiguando el impacto del estrés sino manteniendo el estado de dolor, dado que cuando hay menos satisfactores no hay dolor y cuando hay más satisfactores o similares e los del grupo control, el dolor se exacerba.

Los resultados hacen suponer que los sujetos con dolor de cabeza, dadas las limitaciones que ocasiona el trastorno son más vulnerables al estrés (Penzo, 1989; Latorre, 1992; Valdés y DeFlores, 1985), entendiendo la vulnerabilidad como la carencia de recursos físicos o sociales para enfrentar una situación, (Lazarus y Folkman, 1988) además de la existencia de cierta

labilidad y predisposición fisiológica que hace responder con patrones de activación específicos (tensión muscular, secreción de jugos gástricos, etc.) (Everly, 1980); por lo que se ven encerrados en un círculo vicioso en el cual el estrés les provoca dolor y el dolor modifica su percepción del estrés.

Posteriormente, se realizó un análisis intragrupo, con el fin de observar de manera más clara la diferencia en la percepción del grupo con dolor de cabeza de acuerdo a las "crisis de dolor". Se encontró que en los días con dolor se reportó una mayor frecuencia de contrariedades, sin embargo, esto no fue así para la intensidad de contrariedades cuyos datos no mostraron ser diferentes en los días con y sin dolor. Esto sugiere que las crisis de dolor estén más relacionadas a una mayor percepción del número de situaciones negativas, más que a la intensidad de las mismas.

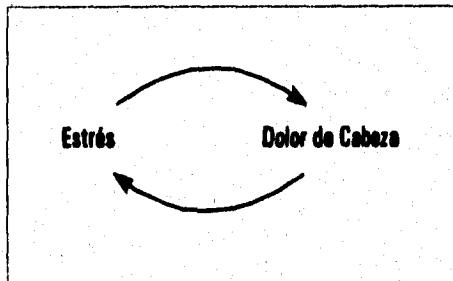
Para los satisfactoras, los resultados indicaron que en los días con dolor hubo mayor frecuencia a intensidad de satisfactoras que en los días en que no hubo dolor, mostrando que los satisfactoras están relacionados con el aumento de crisis de dolor, corroborando nuevamente que éstos no actúan como amortiguadoras del impacto del estrés, dado que se suponía que al haber más satisfactoras no habría dolor de cabeza.

Derivado en parte del punto anterior, se buscó observar el impacto de las contrariedades y los satisfactoras sobre el dolor de cabeza, para lo cual se realizó una correlación. Los resultados mostraron que las contrariedades y los satisfactoras tuvieron un impacto tanto diario como semanalmente sobre el aumento en los parámetros del dolor de cabeza. No obstante, en

los registros diarios, las contrariedades resultaron mayormente asociadas al dolor que los satisfactores y, al observarse los datos por semana, los satisfactores resultaron más asociados al dolor. Esto hablaría de que las contrariedades poseen en mayor medida un efecto inmediato sobre el dolor de cabeza, en comparación a los satisfactoras cuyo impacto parece ser más de efecto acumulativo. Los resultados son consistentes con lo encontrado por Kanner et al. (1981) y Weinberger et al. (1987), quienes observaron que tanto las contrariedades como los satisfactores resultaron predictores de síntomas.

CONCLUSIONES

Esta investigación concluye que los estresores juegan un papel importante en el mantenimiento y exacerbación del dolor de cabeza crónico, dado que por una parte, los sufridores de dolor de cabeza presentan mayor frecuencia e intensidad de contrariedades y por la otra, los estresores sean positivos o negativos estan relacionados con las crisis de dolor de cabeza. En la siguiente figura se muestran los lazos de retroalimentación sugeridos en la relación estrés-dolor de cabeza, proponiendo que el estrés axacriba el dolor y a su vez, el dolor modifica la percepción de estrés.



Relación entre el estrés y el dolor de cabeza crónico.

Se contribuye entonces, a la comprensión de los mecanismos que mantienen el dolor de cabeza en forma crónica a través de la comprensión del impacto del ambiente, pero sobre todo, del papel de la percepción del sujeto ante dicho ambiente (sería importante investigar cuál es su papel en otro tipo de trastornos de tipo crónico).

Se sugiere desarrollar un programa preventivo de entrenamiento en reducción del estrés ya que como se observó, el estrés puede tener efectos en el corto y en el largo plazo - como fue el caso de los satisfactores cuyo impacto se advirtió únicamente al considerar los datos semanales, haciendo referencia a su efecto acumulativo. Y una vez establecido el trastorno de dolor, los pacientes se beneficiarán de tratamientos encaminados a la modificación de estructuras cognitivas distorsionadas, es decir, modificando su percepción de estrés; además de la relajación, cuyo principal objetivo es atenuar la activación fisiológica generada en el estado de estrés y de esta manera, ayudar a la disminución del dolor, que también es una fuente de estrés.

Por otro parte, es importante investigar cuáles son las variables que atenúan el impacto del estrés (como podría ser el apoyo social, los modos de afrontamiento, la presencia de conductas de salud, etc.), ya que como se observó, los satisfactores más que amortiguadores parecen predecir los síntomas. Para ello, en posteriores investigaciones se podría realizar un análisis de regresión con el fin de observar el papel predictor tanto de las contrariedades como de los satisfactores sobre el dolor de cabeza.

Finalmente cabe mencionar que la muestra planteada inicialmente era mayor a la que se obtuvo a lo largo de la investigación, sin embargo, este propósito no pudo llevarse a cabo debido a cancelaciones por un lado, y a deserciones de sujetos que no completaron sus registros diarios de estrés y/o de dolor de cabeza, por el otro. La razón de esto último quizá fue debido a que el registro se realizó durante un período muy largo (28 días); por lo que se sugiere que para

posteriores investigaciones se reduzcan los días de registro (p.e. a 15 días) o se indaguen estrategias para disminuir la deserción y se aumente el tamaño de la muestra.

REFERENCIAS

- Ad Hoc Committee of the Classification of Headache (1962). Classification of headache. *Journal of American Medical Association*, 9, 717-718.
- Anderson, R.W. (1980). The relation of life situations, personality features, and reactions to the migraine syndrome. En: D.J. Dalessio (Ed.), *Wolff's Headache and Other Head Pain*. New York: Oxford University Press.
- Antonovski, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Joseey-Bass.
- Atkinson, J.H., Sletzer, M.A., Grant, I., Patterson, T.L. y Gorfín, S.R. (1988). Depressed mood in chronic low back pain: Relationship with stressful events. *Pain*, 35, 47-55.
- Bakal, D. (1982). *The Psychobiology of Chronic Headache*. New York: Springer.
- Becher, H.K. (1959). *Measurement of Subjective Responses*. New York: Oxford University Press.
- Beneit, D. (1992). La enfermedad crónica. En: Latorra, J.M. y Beneit, P. (Eds.), *Psicología de la Salud: Aportaciones para los Profesionales de la Salud*. Argentina: Lumen.
- Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1985). *Tratamiento del Dolor de Cabeza Crónico: Un Enfoque Psicológico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Brown, (1974). Meaning, measurement, and stress of life events. En : B.S. Dohrenwend, y B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: Wiley.

- Budzynski, T.h., Stoyva, J.M., Adler, S.C. y Mullaney, D. (1973). EMG biofeedback and tension headache patients. *Behavior Therapy*, 12, 711-715.
- Cannon, W.B. (1935) *Stress of Life*. Nueva York: MacGraw-Hill.
- Cason, H. (1930). Common annoyances; A psychological study of every-day aversions and irritations. *Psychological Monographs*, 40 (Monográfico # 182).
- Chapman, C.R. (1986). Pain, perception and illusion. En R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press.
- Cohen, F y Lazarus, R.S. (1983) Coping and adaptation and health and illness. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health Care, and the Health Professions*. Nueva York: The Free Press.
- Cousins, N. (1976). Anatomy of an illness (as perceived by patient). *New England Journal of Medicine*, 295, 1458-1463.
- Coyne, J. C., y Hokroyd, K. (1982). Stress, coping, and illness: A transactional perspective. En: T. Millon, C. Green, y R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- Craig, K.D. (1984). Emotional aspects of pain. En: P.d. Weil, y R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain*. Edinburg: Churchill Livistone, 1989.
- De Benedittis, G., Lorenzatti, A. y Pieri, A. (1990). The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain*, 40, 65-75.

- De Benedittis, G., y Lorenzetti, A. (1992) The role of stressful life events in the persistence of primary headache. *Pain*, 51, 35-42.
- De La Fuente, J.R., Puchau, C. y Medina, M.E. (1985). La Investigación en psiquiatría y salud mental; Un ejercicio preliminar de prospectiva. En: Velázquez (Ed.), *La Salud en México y la Investigación Clínica: Desafíos y Oportunidades para el año 2000*. México: UNAM.
- De Longis, A., Coyne, J.C., Dakof, G., Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- De Lozier, J. E., y Gagnon, R.O. (1975). *National Ambulatory Medical Care Survey: 1973 summary, United States* (HEX Publication No. HRA 76-1772). Washington, US: Government Printing Office.
- Demit, S., y Friedman, R. (1987). Stress and headache: A critical review. *Stress Medicine*, 3, 285-292.
- Dohrenwend, B.S., y Dohrenwend, B.P. (Eds.) (1981). *Stressful Life Events and their Contexts*. New York: Neal Watson.
- Domínguez, B. (1996). *Manejo Psicológico No-Invasivo del Dolor Crónico y el Estrés: Del Estudio de la Nocicepción a la Reestructuración de la Actividad Cognoscitiva*. México: UNAM.
- Everly, G. S. (1990). A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York: Plenum Press.
- Feuerstein, M., Sulais, S. y Hole, M. (1979). Environmental stressors and chronic low back pain; Life events, family and work environment. *Pain*, 22, 295-307.

- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain: En: R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press.
- Friedman, A.P. (1979). Characteristics of tension headache: A profile of 1420 Cases. *Psychotherapy Psychosomatic*, 20, 441-451.
- Gamsa, A., y Vikis-Freibergs, V. (1991). Psychological events are both risk factors in, consequences of, chronic pain. *Pain*, 44, 271-277.
- Goldstein, M. y Chen, T.C. (1982). The epidemiology of disabling headache. En: M. Critchley, A.P. Friedman, S. Gorini y F. Sicuteri (Eds.), *Advances in Neurology. Headache: Physiopathological and Clinical Concepts*, Vol. 33. New York: Raven Press.
- Granados, D.A. (1987). *Depresion en Pacientes con dolor Crónico Benigno*. México: UNAM.
- Halpern, M. (1984). Drug in the management of pain; Pharmacology and appropriate strategies for clinical utilization. En: C. Benedetti, G. Moricca, y R. Chapman (Eds.), *Recent Advances in Management of Pain*. New York: Raven Press.
- Henryk-Gutt, R. y Ress, W.L. (1973). Psychological aspects of migraine. *Journal of Psychosomatic Research*, 141-153.
- Holm, J.E., Holroyd, K.G. y Penzien, D.B. (1986). The role of stress in recurrent tension headache. *Headache*, 26, 160-167.

- Holmes, T. H. y Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K.A., y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En: L. Golberger y Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: The Free Press.
- International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy. (1979). Pain terms: A list with definition and notes usage. *Pain*, 6, 249-252.
- International Headache Society (1988). Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, 8, Suppl.7.
- Invernizzi, G., Gala, C. y Sachetti, E. (1985). Life events and headache. *Cephalalgia*, Suppl, 2, 229-231.
- Jorgensen, L.S., Bonlokke, L. Y Chistense, N.J. (1986). Life strain, life events, and autonomic response to a psychological stressor in patients with chronic upper abdominal pain. *Scand. J. Gastroenterol*, 21, 605-613.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Shaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981) Comparison of two modes of stress measurement; daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4 , 1, 1-39.
- Latorre, J.. M. (1992). Aspectos psicológicos del dolor. En: Latorre, J.M. y Beneit, P. (Eds.), *Psicología de la Salud: Aportaciones para los Profesionales de la Salud*. Argentina: Lumen.
- Lazarus, R.S., (1966). *Psychological Stress and Coping Process*. McGraw-Hill, New York.

- Lazarus, R.S. (1980). The stress and coping paradigm. En: L.A. Bond and J.C. Rosen (Eds.), *Competence and Coping During Adulthood*. Hanovar, N.H.: University Press of New England.
- Lazarus, R.S., y DeLongis, A. (1983) Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38,245-254.
- Lazarus, R.S, y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Leavitt, F., Garron, D.C. y Bieliauskas, L.A. (1980). Psychological disturbance and life event differences among patients with low back pain. *Journal of Consulting Clin. Psychol.*, 48, 115-116.
- Leavitt, F., Garron, D.C. y Bieliauskas, L.A. (1979). Stressing life events and the experience of low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 49-55.
- Loeser, J. D. (1980). *Proceedings of Firts World Conference on Clinical Pharmacology and Therapeutics*. Londres: McMillan.
- Maes, S., Vingerhoets, A. y Van Heck, G. (1987) The study of stress and disease; some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 25 (6) 567-78.
- Mason, J.W. (1971) Are-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- McLean, P. (1976) Depression as a specific response to stress. En: Sarason, I.G., y Spilberg, C. D.(Eds.), *Stress and Anxiety*. Vol. 3, Washington: Hemisphere, p.p. 297-323.

- McPhillamy, D.J., y Lewinson, P.M. (1982). The pleasant events schedule : Studies on reliability, validity, and Scaese Intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Interactions*. New York:Wiley.
- Monroe, S. M. (1983). Major and minor life events as predictores of psychological distress: Further issues and findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6 , No.2,189-205.
- Palacios, P. y Rojas, M. (1986). *Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico*. E.N.E.P. Zaragoza, UNAM.
- Palacios, J. (1989). *La Psicogénesis de los Dolores de Cabeza*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Paterson, R.J., y Neufeld, R.W.J. (1987). Clear danger: Situational determinants of the appraisal of threat. *Psychological Bulletin*, 101, 404-416.
- Paykel, E.S. (1979). Casual relationships between clinical depression and life events. En: J.E. Barret, R.M. Rose y G.L. Flesman (Eds.), *Stress and Mental Disorders*. New York: Raven Press.
- Penzo, W. (1989). *El Dolor Crónico: Aspectos Psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Plete, M.E. (1993). *Modos de Afrontamiento en Sujetos que Padecen Cefalea Crónica*. Tesis de Licenciatura. F.E.S. Zaragoza, UNAM.
- Ramos, B. (1989). *Comparación de Índices de depresión entre dos poblaciones: Una con dolor de cabeza crónico y una sin dolor*. Tesis de Licenciatura. ENEP Zaragoza, México: UNAM.
- Rojas, M. (1989). *Cuestionario de Dolor de Cabeza*. E.N.E.P. Zaragoza, UNAM.

- Rojas, M. y Figueroa, L.C. (1992). *Descripción Clínica de la Consulta por Dolor de Cabeza en la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec*. E.N.E.P. Zaragoza, UNAM.
- Sarafino, E.D. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: Wiley.
- Selye, H. (1936). A syndrome developed by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Sicuteri, F. (1981). Emotional vulnerability of the antinociceptive system: Relevance in psychosomatic headache. *Headache*, 21, 113-115.
- Smith, T.W. Follick, M.J. y Ahern, D.K. (1985). Life events and psychological disturbance in chronic low back pain. *Br. J. Clin. Psychol.*, 24, 207-208.
- Stone, A.A., Reed, B.R., y Neale, J.M. (1987). Changes in daily event frequency precede episodes of physical symptoms. *Journal of Human Stress*, 13(2).
- Stotland, E. (1987). Stress. En: R. Corsini (Ed.), *Concise Encyclopedia of Psychology*. New York: Wiley & Sons.
- Sutherland, V.J., y Cooper, C.L. (1990). *Understanding Stress: A Psychological Perspective for Health Professionals*. New York: Chapman and Hall.
- Taylor, S.E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.
- Valdés, M.M., y De Flores, F.T. (1985). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona: Martínez-Roca.

Waters, W.E. (1970). Community studies of the prevalence of headache. *Headache*, 9, 178-186.

Weinberger, M., Hiner, S., y Tierney, W.M. (1987). In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 10, 1, 19-29.

Wolf, S., y Wolf, H.G. (1943). *Gastric Function: An Experimental Study of a Man on his Stomach*. New York: Oxford University.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE DOLOR DE CABEZA

Cita:
Asignado a:

I. DATOS GENERALES.

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: (1) masculino (2) femenino
Edo. civil: (1) soltero (2) casado (3) u. libre (4) divorciado
(5) separado (6) divorciado (7) viudo
Ocupación: _____ Escolaridad: _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

A) Descripción general del problema: _____

B) ¿Por quién o cómo fue referido? _____
C) ¿Ha consultado antes a alguien por este problema? (si) (no)
¿A quién o dónde? _____
Diagnóstico(s) previos: _____
Tratamientos recibidos: _____
Resultados: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

A) Historia de la cabeza.

1. Período de evolución: _____

2. ¿Desde cuando considera al dolor de cabeza como un problema?
¿porqué? _____

3. Traumatismos (si) (no) ¿Cuándo? _____
Topografía: _____
Consecuencias (inmediatas y mediatas): _____

4. Patologías concomitantes:

Hipertensión Anemia Probls. visuales Amibiasis Sinusitis
Parasitosis Infecciones ginecológicas

Problemas neurológicos diversos: _____

Otras: _____

Método anticonceptivo: _____

B: Antecedentes Familiares: (si) (no)

Padre Madre Hermano(a)s Abuelo(a)s (mat) (pat)

Período de evolución: _____ Dx: _____

IV. ESPECIFICACIONES DEL DOLOR DE CABEZA.

Frecuencia: /semana /mes

Duración promedio de cada episodio:

Intensidad promedio de cada episodio: (1) dolor muy leve (2)
dolor moderado (3) severo (4) muy severo
(5) dolor incapacitante

¿Cómo inicia usualmente el dolor? (1) repentinamente (2)
gradualmente (3) nunca se le quita (4) indistintamente

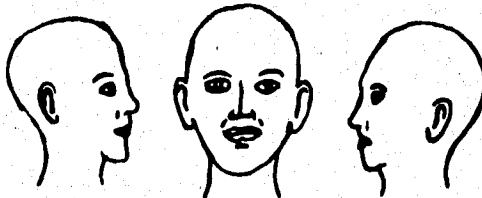
¿Qué aumenta el dolor? _____

¿Qué lo disminuye? _____

¿Qué lo desaparece? _____

¿Hay alguna hora o momento del día en el que habitualmente le duela la cabeza? (no) (si) ¿Cuándo? _____

Topografía (si el paciente reporta irradiación del dolor, señalarlo con una flecha)



Descripción del dolor.

Punzante o punzadas Pulsátil Pesadez Ardor Tirantez
Sensación de presión Como si fuera a explotar
Otra: _____

Prodromos (síntomas que invariablemente preceden al dolor):
(presentes) (ausentes)

Trastornos visuales (especifique):
Trastornos auditivos (especifique):
Tics oculares
Cambios inexplicables en el estado de ánimo
Sensaciones somáticas (especifique):
Otros: _____

V. ANALISIS FUNCIONAL DEL DOLOR

Eventos	Antes	Durante	Después
Situacionales			
Físicos/ fisiológicos			
Conductuales			
Afectivos			
Cognoscitivos			

VI. TRATAMIENTOS ACTUALES CONTRA EL DOLOR

1. Analgésicos (narcóticos) (no narcóticos):
 2. Sedantes:
 3. Miorelajantes:
 4. Vitaminas:
 5. Vasoconstrictores:
 6. Acupuntura:
 7. Otros:
- Resultados:

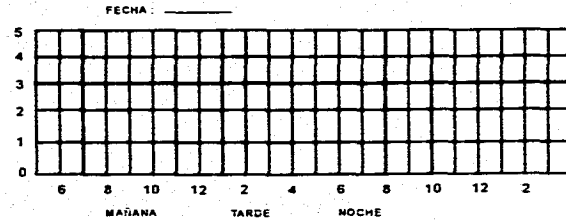
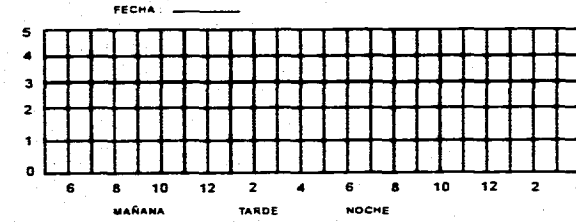
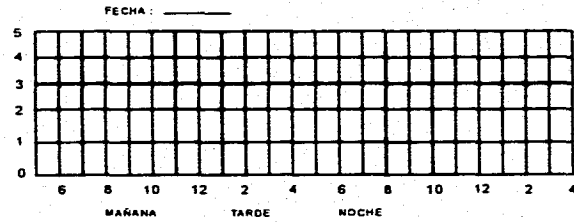
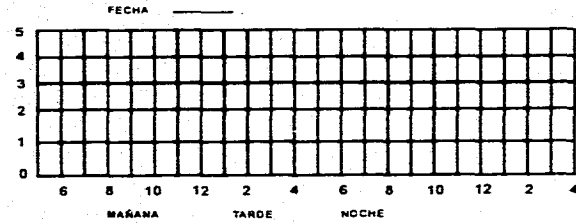
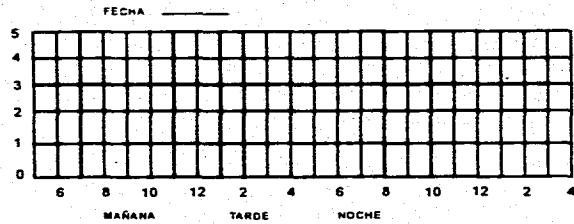
Atribución del dolor: 1. "No se" 2. "Nervios" 3. "problemas"
4. Preocupaciones 5. Menstruación 6. Enfermedades 7. Herencia
8. Tener algo en la cabeza (especifique): _____
Otra(s): _____

Severidad del problema: 1. No es un problema 2. Levemente inquietante
3. Moderado 4. Severo 5. Incapacitante

Observaciones:

Entrevistador:

Elaborado por Mario E. Rojas Russell
ENEP Zaragoza. Fac. Psicología, junio 1989.



GUIA PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR

- 0 Ausencia total del dolor
- 1 Dolor **muy** leve que se siente sólo cuando se fija especialmente en él.
- 2 Dolor **leve** que por momentos se olvida
- 3 Dolor **moderado** que le permite realizar sus labores como de costumbre
- 4 Dolor **fuerte** que le dificulta concentrarse y realizar tareas difíciles pero le permite hacer cosas fáciles
- 5 Dolor **muy fuerte** e incapacitante que le obliga a abandonar sus actividades.

**CUALQUIER DUDA SOBRE SU REGISTRO LLAMAR
AL PROGRAMA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD
TEL. 6-23-06-03.**

NOMBRE: _____

Nº DE EXPEDIENTE: _____

Escala Combinada de Contrariedades y Satisfactores

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____ Núm. de Identificación: _____

Instrucciones Generales:

Las CONTRARIEDADES son irritantes -cosas que le molestan o fastidian; ellas pueden hacer que usted se inquiete o se enoje. Los SATISFACTORES son eventos que hacen que se sienta bien, ellos pueden hacer que se divierta, se sienta contento o satisfecho. Algunas contrariedades y satisfactores ocurren de una manera regular y otros son relativamente raros. Algunos tienen un efecto leve y otros tienen un efecto fuerte.

Este cuestionario enlista las cosas que pueden ser una contrariedad o un satisfactor día a día en su vida. Alguna vez serán una contrariedad y otras un satisfactor, otras veces serán tanto una contrariedad como un satisfactor.

Por favor piense qué tanto fue una contrariedad y qué tanto un satisfactor cada enunciado el día de hoy. Indique sobre la columna del lado izquierdo de la página (bajo "CONTRARIEDADES") cuánto fue una contrariedad para usted y encierre en un círculo el número apropiado. Después indique en la columna del lado derecho de la página (bajo "SATISFACTORES") cuánto fue un satisfactor para usted encerrándolo en un círculo el número apropiado.

Cuando conteste las oraciones que se presentan, tenga en mente que se trata de el día de hoy.

Recuerde, encierre un número del lado izquierdo de la página y otro número del lado derecho para cada enunciado.

Escala Combinada de Contraintensidad y Satisfacción

Nombre: _____ Sexo: _____
 Núm. de identificación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Para qué tanto fue una contraintensidad y cuánto un satisfactor cada evento del día de hoy. Encírcle en un círculo el número apropiado de cada ítem, marcando tanto en la columna de contraintensidad (izquierda) como en la de satisfactor (derecha).

CONTRAIINTENSIDAD ¿Cuánto fue una contraintensidad para usted?	Por favor encírcle en un círculo un número de entre todos.	SATISFACTOR ¿Cuánto fue un satisfactor para usted?
	0 = Nínguno 1 = Poco 2 = Bastante 3 = Mucho	
0 1 2 3	1. Se(s) hijo(s).	0 1 2 3
0 1 2 3	2. Sus padres o suegros.	0 1 2 3
0 1 2 3	3. Otros familiares.	0 1 2 3
0 1 2 3	4. Su esposa (o).	0 1 2 3
0 1 2 3	5. El tiempo dedicado a su familia.	0 1 2 3
0 1 2 3	6. La salud o bienestar de un miembro de su familia.	0 1 2 3
0 1 2 3	7. El auto.	0 1 2 3
0 1 2 3	8. Su privacidad.	0 1 2 3
0 1 2 3	9. Obligaciones relacionadas con su familia.	0 1 2 3
0 1 2 3	10. Su(s) amigo(s).	0 1 2 3
0 1 2 3	11. Compañeros de trabajo.	0 1 2 3
0 1 2 3	12. Sin deudas, compromisos, pasadas, etc.	0 1 2 3
0 1 2 3	13. Su supervisor o empleado.	0 1 2 3
0 1 2 3	14. La naturaleza de su trabajo.	0 1 2 3
0 1 2 3	15. La carga de trabajo.	0 1 2 3
0 1 2 3	16. La seguridad de su trabajo.	0 1 2 3
0 1 2 3	17. Aserción un plato o mesa de trabajo.	0 1 2 3
0 1 2 3	18. Dinero suficiente para sus necesidades (comida, vestido, casa, cuidado de la salud, impuestos, seguros, etc.)	0 1 2 3
0 1 2 3	19. Dinero suficiente para educación.	0 1 2 3
0 1 2 3	20. Dinero suficiente para emergencias.	0 1 2 3
0 1 2 3	21. Dinero suficiente para "extras" (vuelos, recreación, vacaciones, etc.).	0 1 2 3

CONTRAIINTENSIDAD

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

- 22. Ayuda económica para alguien que no vive con usted.
- 23. Ingresos.
- 24. Fuera.
- 25. Beber.
- 26. Efectos de drogas o medicamentos.
- 27. Su apariencia física.
- 28. El tiempo que pasó solo (s).
- 29. El ejercicio.
- 30. Su cuidado médico.
- 31. Su salud.
- 32. Sus habilidades físicas.
- 33. El clima.
- 34. Noticias nuevas.

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

- 35. Su medio ambiente (calidad del aire, nivel de ruido, vegetación, etc.)
- 36. Asuntos políticos.
- 37. Su cultura (religión, etc.).
- 38. Almacenar (gas, agua, electricidad, gasolina, etc.)
- 39. Placeres.
- 40. El cocinar.
- 41. El trabajo de la casa.
- 42. Reparaciones de la casa.
- 43. El trabajo de jardín.
- 44. El mantenimiento del automóvil.
- 45. Cuidado de papeles de trabajo (facturas de agua, fomento de formas, etc.).
- 46. Entretenimientos en casa (TV, música, lectura, etc.).
- 47. Cantidad de tiempo libre.
- 48. Recreación y entretenimiento fuera de casa.
- 49. Comer en casa.
- 50. Organizaciones comunitarias o escolares.
- 51. Asuntos legales.
- 52. Ser organizado.
- 53. Compromisos sociales.

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

- 54. El mantenimiento del automóvil.
- 55. Cuidado de papeles de trabajo (facturas de agua, fomento de formas, etc.).
- 56. Entretenimientos en casa (TV, música, lectura, etc.).
- 57. Cantidad de tiempo libre.
- 58. Recreación y entretenimiento fuera de casa.
- 59. Comer en casa.
- 60. Organizaciones comunitarias o escolares.
- 61. Asuntos legales.
- 62. Ser organizado.
- 63. Compromisos sociales.

N: _____
 P: _____

SATISFACTOR

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3
 0 1 2 3

N: _____
 P: _____