

Universidad Nacional Autónoma de México



**Facultad de Medicina
División Estudios de Postgrado**

**Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado
ISSSTE**

**ASOCIACIÓN ENTRE CEFALEA TENSIONAL
CRÓNICA CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**

**Tesis de Postgrado para obtener el
Título de Especialidad en Neurología**

P R E S E N T A

Dr. José Juan García Damián

México DF. 2007





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.



**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre
ISSSTE**

DRA. MARCELA GONZÁLEZ DE COSSIO ORTIZ
Subdirectora de Enseñanza e Investigación

DRA. LILIA NÚÑEZ OROZCO
Titular del Curso de Neurología y Jefe de Servicio

DR. NOEL ISAÍAS PLASCENCIA ALVAREZ
Asesor de Tesis y Adjunto del Curso de Neurología

DR. JOSÉ JUAN GARCÍA DAMIÁN
Autor de Tesis

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por que me ha puesto en este camino y permite todos mis éxitos y mis fracasos, el sabe por qué.

A mis familia que siempre han estado para apoyarme y que son pilar importante en mi vida.

A mis profesores que me han permitido llegar a este lugar.

A mis compañeros que lograron hacer este periodo inolvidable.

Especialmente a mi Padre y a José Antonio.

Gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	III
Resumen.	1
Introducción.	2
Material y métodos.	20
Resultados.	22
Discusión.	30
Conclusiones.	34
Anexos.	35
Bibliografía.	41

RESUMEN

La cefalea tensional crónica es la forma más común de cefalea primaria. Varios estudios han encontrado asociación de este tipo de cefalea con padecimientos psiquiátricos, principalmente con depresión y ansiedad.

Objetivo: Determinar la frecuencia de asociación entre cefalea tensional crónica con depresión y ansiedad en los pacientes del servicio de Neurología del CMN 20 de Noviembre.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en los pacientes de la consulta externa del servicio de Neurología con diagnóstico de cefalea tensional crónica según la Sociedad Internacional de Cefaleas. A estos pacientes se les aplicó el cuestionario de Hamilton para ansiedad y depresión.

Resultados. Se incluyeron un total de 106 pacientes de los cuales 80 fueron mujeres y 26 hombres. Se encontró que 58 pacientes tenían depresión (54.7%) y 67 pacientes tenían ansiedad (63.2%). La puntuación media de la escala de Hamilton para depresión fue de 14.51 (DS 7.275) y la puntuación media para ansiedad fue de 17.81 (DS 8.93).

Conclusiones. Se corrobora la alta frecuencia de depresión y ansiedad asociada a cefalea tensional crónica lo que hace necesario el manejo conjunto con estas comorbilidades.

ABSTRACT.

Tensional-type Headache (TTH) is the most common primary headache. TTH is often associated with depression and anxiety disorder.

Objective: To assess the frequency of depression and anxiety associated to tension type headache..

Methods: This is a descriptive, transversal and observational study in a group of 106 patients with diagnosis of TTH in accordance to the International Headache Society diagnostic criteria.

They were submitted to the Hamilton rating scales for anxiety and depression.

Results: We included 106 patients, 80 female and 26 male, with an average age of 45 years. 58 patients (54.7%) had depression and 67 patients (63.2%) had anxiety. The average score of depression in Hamilton scale for depression was 14.51 and 17.81 for anxiety.

Conclusions: There is a high frequency of depression and anxiety associated to TTH and depression and anxiety it's should assessment at moment of diagnosis of TTH for ideally treatment.

INTRODUCCIÓN

La cefalea tensional es el tipo más común de cefalea primaria, con una prevalencia en la población general que varía según los diferentes estudios entre el 30 y 78%.⁽¹⁾ Al mismo tiempo, ha sido la cefalea menos estudiada, a pesar de ser la que tiene mayor impacto socioeconómico. Se encuentra dentro de las cinco causas de consulta en nuestro centro hospitalario.

Anteriormente denominada cefalea por contracción muscular, cefalea psicomiogénica, cefalea por stress, cefalea esencial, cefalea idiopática, cefalea psicógena,

A pesar de que este tipo de cefalea fue considerada de origen psicógeno, existen estudios que aparecieron después de la primera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, que sugieren una base neurobiológica, al menos para el subtipo más severo de la cefalea de tipo tensional. (1)

La cefalea tipo tensional se ha dividido en episódica y crónica desde la primera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas IHS por sus siglas en inglés (International Headache Society), y ha sido extremadamente útil. El subtipo crónico es una enfermedad seria que ocasiona gran decremento en la calidad de vida. En la segunda edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas se ha subdividido la forma episódica en infrecuente cuando tiene menos de un evento de cefalea al mes, y un subtipo frecuente. El subtipo infrecuente tiene un impacto muy leve y no demanda generalmente atención médica. Sin embargo la forma frecuente puede ocasionar discapacidad que

requiere de medicación profiláctica. (8) La cefalea tensional crónica está asociada generalmente a discapacidad y un alto costo socioeconómico.

La primera edición se separó en forma arbitraria pacientes con y sin alteración de los músculos pericraneales. La característica útil es una sensibilidad a la palpación, como se sugirió en la primera clasificación.

El mecanismo exacto de la cefalea tensional es desconocido. Mecanismos periféricos de dolor son sugeridos en la cefalea tensional episódica frecuente e infrecuente, mientras mecanismos de dolor central se han implicado en la forma crónica. (2)

Existen algunas razones para creer que, con los criterios expuestos en la primera clasificación, los pacientes con cefalea tipo tensional episódica incluían algunas veces a pacientes con migraña leve sin aura, y la forma crónica incluía algunos pacientes con migraña crónica. (7). Por tanto es muy importante aplicar bien los criterios de diagnóstico para diferenciarlas.

CLASIFICACIÓN DE LA CEFALEA TIPO TENSIONAL SEGÚN LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CEFALEAS.(2)

2. Cefalea tipo tensional. CTT.

2.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.

2.1.1. Cefalea tipo tensional episódica infrecuente asociada a sensibilidad pericraneal.

2.1.2. Cefalea tipo tensional episódica infrecuente no asociada a sensibilidad pericraneal.

2.2 Cefalea tipo tensional episódica frecuente.

2.2.1 Cefalea tipo tensional episódica frecuente asociada a sensibilidad pericraneal

2.2.2. Cefalea tipo tensional episódica frecuente no asociada a sensibilidad pericraneal

2.3 Cefalea tipo tensional crónica.

2.3.1 Cefalea tipo tensional crónica asociada a sensibilidad pericraneal.

2.3.2 Cefalea tipo tensional crónica no asociada a sensibilidad pericraneal.

2.4 Cefalea tensional probable.

2.4.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente probable.

2.4.2. Cefalea tipo tensional episódica frecuente probable.

2.4.3 Cefalea tipo tensional crónica probable.

2.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.

Consiste en una cefalea que dura de minutos a días. El dolor es bilateral, hay sensación de opresión en calidad, y de leve a moderada en intensidad. No empeora con la actividad física rutinaria. No hay náusea. Puede haber fotofobia o sonofobia pudieran estar presentes.

Criterios diagnósticos son:

- A. Al menos 10 episodios que ocurren menos de 1 vez al día por mes en promedio, (menos de 12 veces por año) y cumplan todos los criterios de B a D.
- B. La cefalea dura de 30 minutos a 7 días.
- C. Cefalea que tiene al menos 2 de las siguientes características.
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Sensación de opresión
 - 3. Intensidad leve a moderada.
 - 4. No se agrava por la actividad física como caminar.
- D. Ambas de las siguientes:
 - 1. Sin náusea ni vómito.
 - 2. Fotofobia o sonofobia pero no ambas.
- E. No se atribuye a otro trastorno.

2.1.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente asociada a sensibilidad pericraneal.

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A a E para Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.
- B. Incremento de la sensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.1.2. Cefalea tipo tensional episódica infrecuente no asociada a sensibilidad pericraneal.

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A a E para Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.
- B. Sin Incremento de la sensibilidad pericraneal.

2.2 Cefalea tipo tensional episódica frecuente.

Criterios diagnósticos:

- A. Al menos 10 episodios que ocurren en más de 1 un día, pero en menos de 15 días por mes, por al menos 3 meses. Mas de 12 pero menos de 180 días por año) y todos los criterios de B a D.
- B. Duración de 30 minutos a 7 días.
- C. La cefalea tiene que tener al menos 2 de las siguientes características:

1. Localización bilateral.
2. Sensación de opresión
3. Intensidad leve a moderada.
4. No se agrava por la actividad física como caminar.

D. Ambas de las siguientes:

1. Sin náusea ni vómito.
2. Fotofobia o sonofobia pero no ambas.

E. No se atribuye a otro trastorno.

Este tipo de cefalea tensional (episódica infrecuente) suele coexistir frecuentemente con migraña sin aura.

2.2.1 Cefalea tipo tensional episódica frecuente asociada a sensibilidad pericraneal.

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A- E para Cefalea tipo tensional episódica frecuente.
- B. Incremento de la sensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.2.2 Cefalea tipo tensional episódica frecuente no asociada a sensibilidad pericraneal

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A a E para Cefalea tipo tensional episódica frecuente.
- B. Sin Incremento de la sensibilidad pericraneal.

2.3 Cefalea tipo tensional crónica.

Es un trastorno que evoluciona de una cefalea tensional episódica con episodios de dolor de muy frecuente a diarios, que duran de minutos a días. El dolor es típicamente bilateral, referido como una sensación de opresión y de intensidad leve a moderada. No empeora con la actividad física rutinaria. Puede haber náusea, fotofobia y sonofobia.

Criterios diagnósticos.

- A. La cefalea dura más de 15 días, por mes, por al menos 3 meses (más de 180 días por años) y tengan todos los criterios de B a D.
- B. La duración va de horas o puede ser continuo.
- C. La cefalea tiene que tener al menos 2 de las siguientes características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Sensación de opresión o presión
 - 3. Intensidad leve a moderada.
 - 4. No se agrava por la actividad física como caminar.

D. Los siguientes:

1. No más de uno de los siguientes, fotofobia, sonofobia y náusea leve.
2. Sin la presencia de náusea moderada o severa o vómito.

E. No atribuye a otro trastorno.

2.3.1 Cefalea tipo tensional crónica asociada a sensibilidad pericraneal.

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A- E para Cefalea tipo tensional crónica.
- B. Incremento de la sensibilidad pericraneal a la palpación manual.

2.3.2 Cefalea tipo tensional crónica no asociada a sensibilidad pericraneal.

Criterios diagnósticos:

- A. Todos los criterios de A-E para Cefalea tipo tensional crónica.
- B. Sin Incremento de la sensibilidad pericraneal.

2.4 Cefalea tensional probable.

2.4.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente probable.

Criterios diagnósticos.

- A. Los episodios cumplen todos los criterios de A-D menos uno para 2.1 Cefalea tipo tensional episódica infrecuente.
- B. Los episodios no cumplen todos los criterios de 1.1 Migraña sin aura.
- C. No se atribuye a otro trastorno.

2.4.2. Cefalea tipo tensional episódica frecuente probable.

Criterios diagnósticos.

- A. Los episodios cumplen todos los criterios de A-D menos uno para 2.2 Cefalea tipo tensional episódica frecuente.
- B. Los episodios no cumplen todos los criterios de 1.1 Migraña sin aura.
- C. No se atribuye a otro trastorno.

2.4.3 Cefalea tipo tensional crónica probable.

Criterios diagnósticos.

- A. La cefalea dura más de 15 días, por mes, por al menos 3 meses (más de 180 días por años) y tengan todos los criterios de B a D.
- B. La duración va de horas o puede ser continuo.

- C. La cefalea tiene que tener al menos 2 de las siguientes características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Sensación de opresión
 - 3. Intensidad leve a moderada.
 - 4. No se agrava por la actividad física como caminar.
- D. Los siguientes:
 - 1. No más de uno de los siguientes, fotofobia, sonofobia y náusea leve.
 - 2. Sin la presencia de náusea moderada o severa o vómito.
- E. No atribuye a otro trastorno, pero hay o habrá dentro de al menos 2 meses abuso de analgésicos que cumpla los criterios de B para alguna de las subformas de 8.2 Cefalea por abuso de medicamentos.

CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA

Definida según los criterios arriba mencionados, según la segunda clasificación de Internacional Headache Society (IHS) del 2003. (2) Es el más común tipo de cefalea, su prevalencia es variable. La mayoría de los estudios presentan problemas metodológicos, definiciones inconsistentes, etc. Varía en frecuencia y en severidad.

En general es más prevalente en mujeres que en hombres y declina con la edad en ambos sexos. No difiere en relación a su estrato socioeconómico.

No tiene ni pródromo o aura. El dolor es sordo, no pulsátil, opresivo, constrictivo; generalmente de intensidad leve a moderada. Su localización casi siempre es bilateral pero varía considerablemente entre los pacientes y puede involucrar la región frontal, temporal, occipital o parietal solo o en combinaciones. Algunos pacientes manifiestan una sensación de malestar en el cuello o mandíbula, o de la articulación temporomandibular. Es unilateral en el 10-20% de los casos. Usualmente el dolor no interfiere con las actividades diarias, y la actividad física normal no tiene influencia en la intensidad del dolor.

Algunas personas pueden tener nódulos o manchas sensibles, localizadas en la región pericraneal o cervical que puede ser detectado por palpación manual de los músculos pericraneales o cuello. En general tienen más sensibilidad muscular. La falta de sueño es un factor desencadenante del dolor, observándose en el 39% de voluntarios sanos después de la privación del

sueño. Así mismo tienen más problemas para dormir que los pacientes con migraña.

No hay una prueba diagnóstica. El diagnóstico diferencial principal es con otras cefaleas primarias (migraña). El pronóstico y curso clínico de la cefalea tensional episódica es variable. Los sujetos con cefalea frecuente pueden tener un incremento en el riesgo de desarrollar la forma crónica de la cefalea tipo tensional en un periodo de varios años.

Cefalea tensional episódica y migraña.

Se han considerado como entidades distintas, sin embargo algunos clínicos consideran que la migraña y la cefalea tensional son entidades relacionadas que difieren en severidad y clase. La mayoría de los pacientes con migraña (62%) tienen también cefalea tensional y 25% de los pacientes con cefalea tensional tienen migraña.

CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA. (CTTC)

La cefalea tensional requiere que la duración del dolor sea mayor a 15 días incluso diariamente. (2) En sus formas episódicas la migraña y la cefalea tipo tensional son fácilmente distinguibles pero cuando la frecuencia de la migraña se incrementa, las características distintivas se pierden. La frecuencia se incrementa y la intensidad disminuye la superposición de estos tipos de cefalea se puede ocasionar ataques totales de migraña. Algunos clínicos utilizan el término cefalea combinada o mixta, y otros la de cefalea crónica diaria.

Mecanismos de la cefalea tensional.

Se ha creído que su origen está dado por una contracción sostenida de los músculos pericraneales quizás como consecuencia de emoción o tensión o una reacción al dolor de cabeza. No se observa correlación entre la contracción muscular, sensibilidad y la presencia de cefalea. (6)

Fibromialgia, síndrome miofacial y cefalea tensional.

La fibromialgia es un trastorno crónico de dolor diseminado y sensibilidad músculo esquelético que afecta principalmente a las mujeres (90%). Síntomas asociados incluyen trastornos del sueño 75%, rigidez matutina 77%, fatiga 81%, parestesias, cefalea 52.8%, y ansiedad 47.8% o depresión 31.5%. Esto está asociado a una disminución del umbral al dolor.

El síndrome de dolor miofacial se distingue de la fibromialgia por su carácter focal de los sitios gatillo. Ambas fibromialgia y cefalea tipo tensional pueden tener disfunción motora, puntos sensibles, alivio a la inyección de puntos dolorosos, y cuando es crónico asociarse a ansiedad y depresión.

Cambios bioquímicos en la cefalea tensional.

Las plaquetas la principal fuente de serotonina en la sangre y el plasma. Contiene un 98% de los niveles circulantes. El contenido de serotonina en paciente con CTTC esta disminuida en controles normales. Los pacientes con CTTC de manera inconsistente tienen niveles de serotonina en plasma similares a los pacientes con migraña durante el episodio de dolor. Algunos pacientes con CTTE tienen niveles altos de serotonina plasmática mientras otros lo tienen bajo. Los pacientes con cefalea severa muestran anomalía de la endorfina beta cerebroespinal, y liberación de hormona luteinizante. Los niveles de GABA plaquetaria en pacientes con CTTC son significativamente mayores que en pacientes con migraña y controles sanos. Esto sugiere un estado de hiperexcitabilidad neuronal visto durante el ataque de migraña y continua durante la CTTC. (7)

Mecanismos probables.

La CTT es postulada como manifestación clínica de sensibilidad neuronal anormal, y facilitación del dolor, no de contracción muscular anormal. La sensibilidad al dolor esta incrementada, la sensibilidad esta incrementada en los músculos pericraneales. La supresión exteroceptiva ES2 frecuentemente es anormal, lo cual sugiere una modulación anormal de las interneuronas que conectan el nervio trigémino a las neuronas motoras.(2-6)

Esta anormalidad puede ser consecuencia de modulación anormal de los ganglios basales, sistema limbico o de las neuronas serotoninérgicas del núcleo dorsal del rafe.

En la migraña y en la CTTC hay hipersensibilidad de las neuronas del núcleo caudal trigeminal como resultado de facilitación supraespinal.

Relación con depresión y otras comorbilidades psiquiátricas.

Muchos tienen la intención de caracterizar a la CTT como un trastorno primario psicológico. Esta conclusión basada en estudios de pacientes con cefalea crónica diaria complicada con sobre dosis de medicación. Melikangas y col, siguió una cohorte de CTTE en Zurich no encontró evidencia de asociación de ansiedad y depresión, en contraste a la frecuente asociación de ansiedad y depresión con migraña y angustia psicológica en pacientes con cefalea crónica diaria. (3-10)

Algunos creen que la CTTC puede enmascara depresión u otros trastornos emocionales serios. Una cefalea persistente, vaga que no tiene causa orgánica frecuentemente se atribuye a un trastorno psicológico subyacente. Martin y col, en un estudio que no tenia adecuados controles y no tenían sobredosis de medicación encontró hostilidad reprimida, dependencia sexual en pacientes con CTTC.

La relación entre cefalea y depresión es complicada. En una seria 84% de pacientes deprimidos manifestaban cefalea. La fuente de esta población no esta clara si la cefalea precede a la población, es posterior o es una condición comorbida.

La depresión puede ser resultado, no causa, de dolor crónico. Además la depresión, la ansiedad pueden ser condiciones comorbidas con una base biológica común. La serotonina ha sido implicada en la génesis de migraña, depresión y trastorno de ansiedad.

Existen otros estudios como el de Mitsikostas et al, que al aplicar la escala de Hamilton para ansiedad y depresión encontró mayor apuntación de dicha escala en pacientes con cefalea (17.4% para ansiedad y 14.2 para depresión) lo cual influía en la respuesta al tratamiento. 3.4 % cumplieron criterios para depresión mayor según el DSM IV. Kai-Dih et al encontró que un 64% de los pacientes con cefalea tensional crónica tuvieron diagnostico psiquiátrico incluyendo depresión mayor (51%), distimia (8%), trastorno de pánico (22) y trastorno de ansiedad generalizada (1%). EL grupo italiano para el estudio psicopatológico en cefaleas primarias encontró en pacientes con cefalea tensional una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de 52.5% para ansiedad, 36.4% para depresión.

La cefalea tensional es la cefalea primaria mas frecuente, su prevalencia varia ampliamente, en los países occidentales la prevalencia varías 28 a 63% en hombres y 34 a 86% en mujeres. Esta variabilidad esta dado por los métodos utilizados al evaluarla. Fuera de países los estudios pocos. En China se encontró una baja prevalencia y en Nigeria un estudio encontró una prevalencia del 42%. (20)

La cefalea tensional es más común en mujeres, siendo la edad más frecuente entre los 20 y 50 años de edad, después de lo cual disminuye. La cefalea tensional frecuentemente interfiere con las actividades de la vida diaria. Alrededor del 18% de los pacientes han tenido que suspender sus actividades cotidianas, mientras que el 44% de los pacientes ocasiona algún grado de limitación en las mismas. Los episodios de dolor ocurren con una frecuencia de 2.9 días a meses o 35 días al año. La mayoría sufre al menos un ataque al mes y casi una tercera parte tiene 2 o más episodios de dolor al mes. Al ser un trastorno que afecta a la población en edad productiva es una causa principal de discapacidad con alto impacto socioeconómico. Se estima que un 60% de los pacientes con cefalea tipo tensional presentan una disminución de sus actividades laborales y sociales. Siendo esto más para la cefalea tensional crónica. En otros países alrededor del 80% de las personas pierden su empleo debido a la cefalea de tipo tensional.

Se han observado diversas comorbilidades, sin embargo no se ha establecido si son causa o efecto o solamente están asociadas. Sin embargo son situaciones que pueden perpetuar el dolor y requieren de tratamiento de forma conjunta. En el servicio de neurología la consulta debida a cefalea en general ocupa una de las principales causas de atención. Existe un porcentaje no

despreciable de pacientes que presentan ansiedad y/o depresión lo que demanda la creación de un programa interdisciplinario para su atención. Lo que influiría en la respuesta al tratamiento y la mejoría del dolor.

La cefalea tipo tensional tipo crónica es el tipo más común de cefalea primaria, según la Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) según sus siglas en inglés (International Headache Society). La prevalencia en la población general, para la cefalea de tipo tensional, varía según los diferentes estudios entre el 30 y 78 %. Siendo el subtipo crónico el que se asocia a discapacidad laboral con alto impacto socioeconómico. Varios estudios han encontrado asociación con varias comorbilidades psiquiátricas, principalmente la depresión y la ansiedad. Algunos autores creen que la cefalea tensional tipo crónica puede enmascarar un estado depresivo u otro trastorno psiquiátrico importante. Una cefalea persistente para la cual no se ha encontrado una causa orgánica frecuentemente se asocia a dicho trastorno psiquiátrico. Entre estos se han encontrado además de ansiedad y depresión, agresividad, trastornos de pánico y del comportamiento sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, abierto, transversal en los pacientes de la consulta externa del servicio de Neurología donde se seleccionaron pacientes con diagnóstico de cefalea tipo tensional, definida según los criterios para de la Sociedad Internacional de Cefalea. Se estudiaron un total de 106 pacientes de 18 a 65 años de edad de ambos sexos que no tuvieran otras cefaleas o síndromes dolorosos crónicos.

La finalidad fue determinar la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con cefalea tensional crónica.

A dichos pacientes se les aplico la escala de Hamilton para depresión (ver anexo 1) y la escala de Hamilton para ansiedad (ver anexo 2). (12-13) utilizadas para establecer el diagnóstico de ambos problemas. Se utilizaron dichas escalas porque se ambas encuentran validadas en español y se aplicaron en una ocasión con la finalidad de documentar el estado clínico del pacientes en un momento determinado, en este caso en el momento en que acudían a la consulta externa.

La escala de Hamilton para depresión consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos son calificados numéricamente entre un rango del 0-4 mientras que otros obtienen una calificación de 0-2. Generalmente y de acuerdo al criterio del entrevistador, si el síntoma esta ausente se le da una calificación de 0, pero su expresión en severa o incapacitante amerita un 2 o 4 según el rango

específico. La escala de Hamilton para ansiedad es similar en su formato a la escala de Depresión, especifica la severidad de los síntomas ansiosos, si se encuentra ausente se le da una calificación de 1, si es leve uno, si es moderado 2, si es severo 3, y grave o totalmente incapacitado 4. Ambas escalas fueron aplicadas por un neurólogo, al momento de la entrevista con el paciente

Los resultados se analizaron por medio de estadística básica descriptiva, se realizaron medias para la edad y frecuencias para sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, así como para depresión y ansiedad.

RESULTADOS

De los 106 pacientes 26 fueron hombres (24.5%) y 80 mujeres (75.5%) (Tabla 1 y Figura 1). La edad promedio fue de 45.2 años con una mínima de 18 y una máxima de 65 años de edad y una media de 45.20. (Tabla 2).

Figura 1

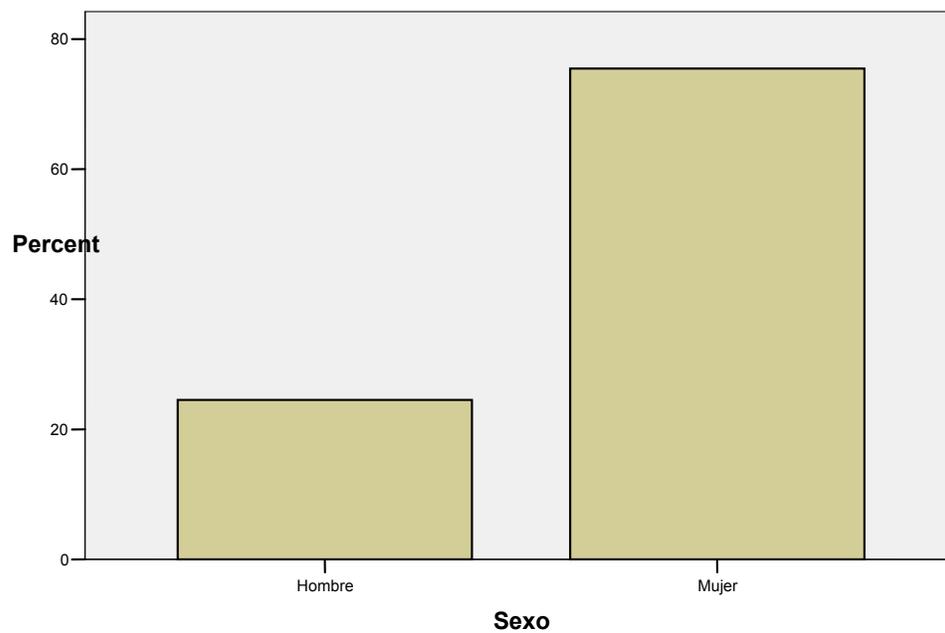


Tabla 1

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	26	24.5
Mujer	80	75.5
Total	106	100.0

Tabla 2

	N	Mínimo	Máximo	Media
Edad	106	18	65	45.20

De los 106 pacientes 20 tuvieron una escolaridad de primaria (18.9%), 2 una escolaridad de secundaria (1.9%), 7 de educación preparatoria o equivalente (24.5%), y 58 de estudios a nivel licenciatura (54.7 %). (Figura 2) (Tabla 3)

La ocupaciones encontradas fueron 33 para hogar (31.1%), docencia 36 (34%), enfermería 14 (13.2), puestos administrativos 21 (19.8%) y 2 estudiantes (1.9). (Figura 3 y Tabla 4)

En relación al estado civil 91 son casados (85.9%), 12 son solteros (11.3%) y 3 son viudos (2.8%). (Figura 4 y Tabla 5)

Figura 2

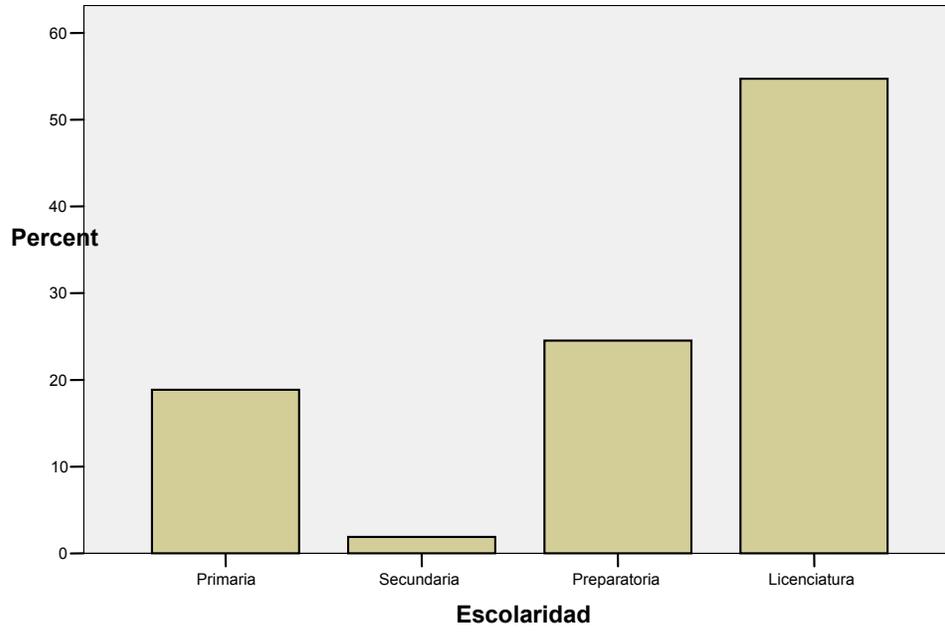


Tabla 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Primaria	20	18.9	18.9
Secundaria	2	1.9	1.9
Preparatoria	26	24.5	24.5
Licenciatura	58	54.7	54.7
Total	106	100.0	100.0

Figura 3

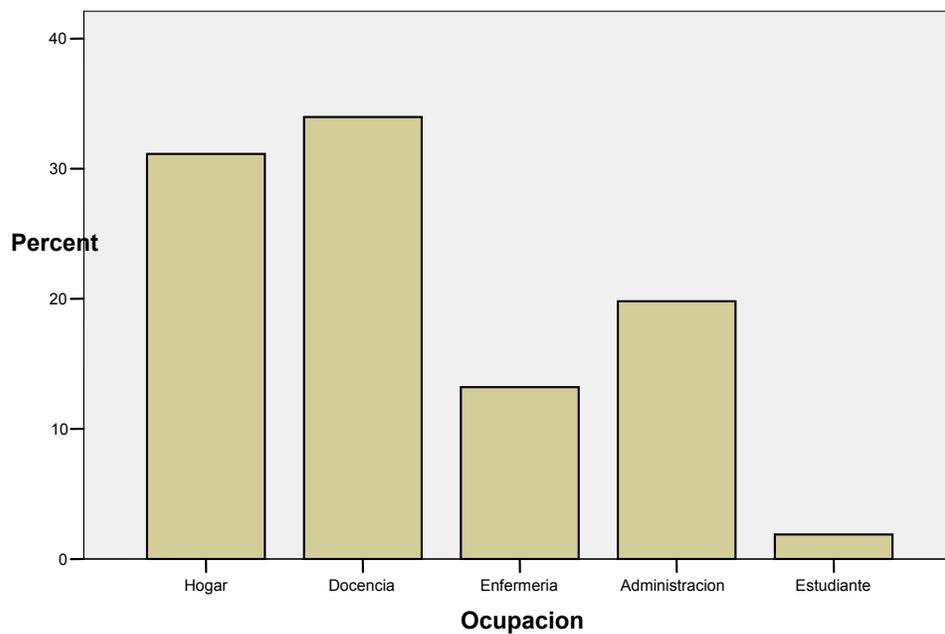


Tabla 4

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Hogar	33	31.1	31.1
Docencia	36	34.0	34.0
Enfermería	14	13.2	13.2
Administración	21	19.8	19.8
Estudiante	2	1.9	1.9
Total	106	100.0	100.0

Figura 4

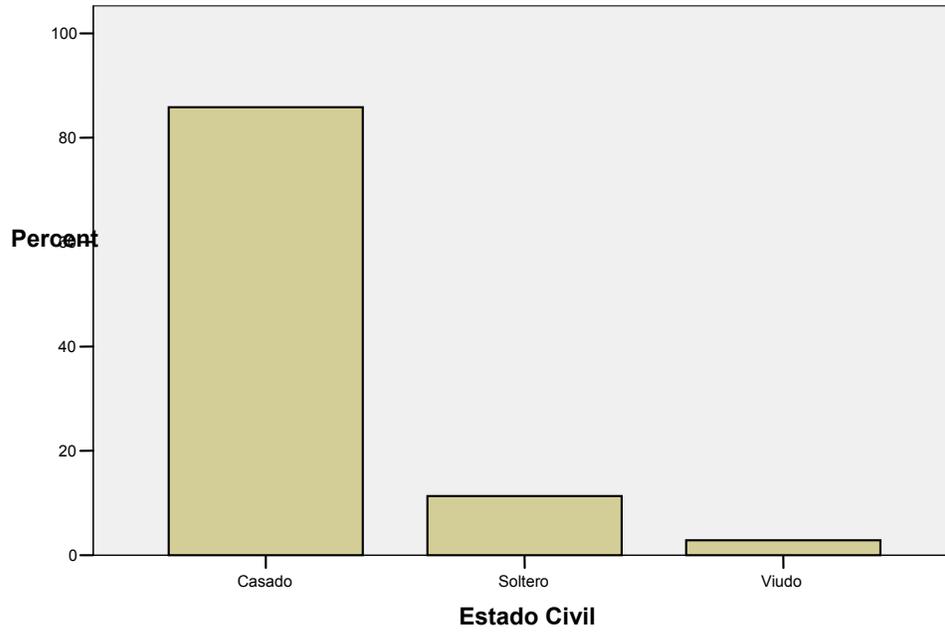


Tabla 5

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Casado	91	85.8	85.8
Soltero	12	11.3	11.3
Viudo	3	2.8	2.8
Total	106	100.0	100.0

Se encontró que 58 pacientes tenían depresión (54.7%) y 67 pacientes tenían ansiedad (63.2%) del total de 106 pacientes.(Figura 5) (Tablas 6 y 7). La puntuación media de la escala de Hamilton para depresión fue de 14.51 (DS 7.275) y la puntuación media para ansiedad fue de 17.81 (DS 8.93). Por sexos se encontraron 50 mujeres con depresión (62.5%) y 8 hombres con depresión (30.7%) (Tabla 8). Para ansiedad se encontraron se encontraron 55 mujeres (68.7%) y 12 hombres (46.15%). (Tabla 9). Se encontró que las mujeres mayores de 40 años eran las que más presentaban depresión y ansiedad. (Tablas 10 y 11).

Figura 5

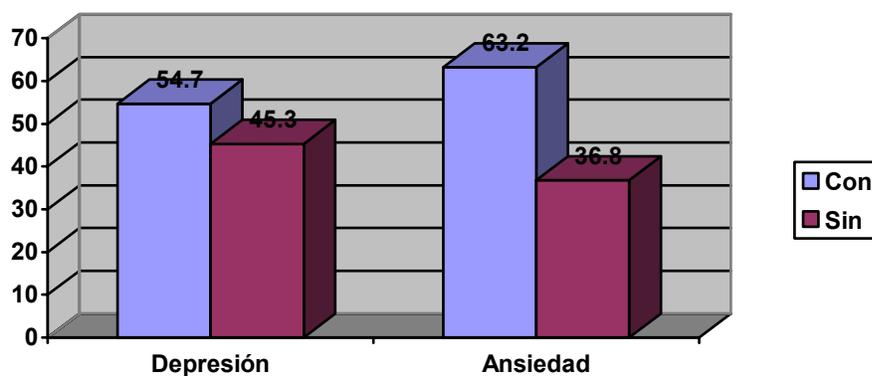


Tabla 6 Grupo Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Con Depresión	58	54.7	54.7
Sin Depresión	48	45.3	45.3
Total	106	100.0	100.0

Tabla 7 Grupo Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado
Con Ansiedad	67	63.2	63.2
Sin Ansiedad	39	36.8	36.8
Total	106	100.0	100.0

Tabla 8

		Grupo Depresion		Total
		Con Depresion	Sin Depresion	
Sexo	Hombre	8	18	26
	Mujer	50	30	80
Total		58	48	106

Tabla 9

		Grupo Ansiedad		Total
		Con Ansiedad	Sin Ansiedad	
Sexo	Hombre	12	14	26
	Mujer	55	25	80
Total		67	39	106

Tabla 10 Grupo Depresión

			Rangos de edad				Total
			1	2	3	4	
Mujer	Grupo Depresión	Con Depresión	5	13	15	17	50
		Sin Depresión	1	9	7	13	30
	Total		6	22	22	30	80

Tabla 11 Grupo Ansiedad

			Rangos de edad				Total
			1	2	3	4	
Mujer	Grupo Ansiedad	Con Ansiedad	5	16	16	18	55
		Sin Ansiedad	1	6	6	12	25
	Total		6	22	22	30	80

Rangos de edad

18-30	1
31-40	2
41-50	3

DISCUSIÓN

La cefalea tensional crónica es una causa frecuente de consulta en nuestro servicio y en la consulta del neurólogo en general. Las repercusiones sociales, económicas, laborales y familiares debido a este problema son frecuentes y en ocasiones graves. Por otra parte la respuesta al tratamiento tradicional, abordando el problema solo con medicamentos para dolor crónico, suele ser frustrante, debido a la asociación con patologías psiquiátricas que cuando no se solucionan, impiden la adecuada respuesta al tratamiento. Los resultados en nuestro estudio son similares a los reportados por otros autores (1) en cuando a la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con cefalea tensional crónica.

El estudio de Mitsikostas (2) utilizó la escala de Hamilton para determinar la presencia de ansiedad y depresión, incluyó 59 pacientes con cefalea tensional crónica y reporta una media en la puntuación para depresión de 16.5 y para ansiedad de 19.1 resultados muy similares a los encontrados en el presente estudio.

Otros estudios que incluían pacientes con cefalea crónica diaria describían asociaciones con trastornos psiquiátricos, principalmente ansiedad y depresión pero sus resultados se expresaban de una manera generalizada y no para cada uno de los subtipos de dicho tipo de cefalea.

El estudio realizado por Mitsikostas no encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres en la escalada de Hamilton para depresión y ansiedad. Por otra parte el estudio realizado por Kai-DihJuang (3) reporta diferencia significativa entre hombres y mujeres, observando en el sexo femenino una mayor frecuencia para depresión, en su grupo para cefalea tensional crónica. Su estudio incluía a pacientes con cefalea crónica diaria pero no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación al trastorno de ansiedad. Otros estudios no encontraron diferencias significativas en relación al género. (4)

En nuestro estudio al momento de incluir a los pacientes también se encontró un mayor número mujeres con cefalea tensional tipo crónico, como se reporta en la literatura, lo cual no permite comparar los grupos entre hombres y mujeres, buscando diferencias estadísticamente significativas. Observamos un mayor porcentaje de ansiedad y depresión en mujeres mayores de 40 años de edad, principalmente en mayores de 50 años. Esto pudiera ser explicado por la presencia de situaciones como el síndrome climatérico, u otras enfermedades crónicas.

Dentro de nuestros resultados existe una mayor frecuencia para cefalea tensional crónica en paciente con un nivel de profesional de educación, lo cual se debe al tipo de población que atiende nuestro hospital, ya que son trabajadores al servicio del Estado. Siendo los profesionales de la educación y los empleados federales del área administrativa los que acuden con mayor frecuencia. Así como sus familiares en este caso serian las madres de los pacientes lo que explicaría la escolaridad primaria.

En relación al estado civil, la mayor parte de los pacientes incluidos en el presente estudio fueron casados, y no podemos establecer diferencias en este rubro. Algunos estudios comentan que la cefalea tensional tiene una mayor frecuencia en solteros.

Las limitaciones que presenta el estudio son que es de tipo transversal, el tamaño de la muestra y la gran diferencia en el número de hombres y mujeres, que impide realizar una adecuada comparación entre los géneros. Como ya se comentó la escala de Hamilton nos permite documentar el estado clínico de un paciente en un momento determinado, en este caso si tiene o no depresión, o si tiene o no ansiedad- Se aplicó en una ocasión buscando obtener dicha información, y por ser una escala de fácil aplicación y comprensión por nuestros pacientes. Habitualmente se aplica en forma sucesiva, porque es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepressivos, lo cual no se evaluó en este estudio. (25) La limitante de la escala es que no permite establecer de manera concreta la severidad de la depresión y ansiedad.

En nuestro estudio encontramos una alta frecuencia de depresión y ansiedad en paciente con diagnóstico de cefalea tensional tipo crónica. La edad para ambos sexos fue de 45.2 años de edad. La cefalea tensional crónica fue más frecuente en mujeres que en hombres al momento de captar los pacientes. El nivel de escolaridad con mayor frecuencia de cefalea tensional fue el profesional seguido del de educación primaria, y el personal docente es el más comúnmente afectado, esto explicado por la población que acude a nuestro centro. Las mujeres mayores de 40 años son en las que se observó una mayor frecuencia para depresión ansiedad.

En este estudio confirmamos lo que la literatura reporta en relación que existe entre cefalea tensional crónica con enfermedades psiquiátricas, en este caso depresión y ansiedad. No podemos generalizar nuestros resultados pero éstos son validos para nuestra población. Este estudio nos permite conocer más sobre las patologías psiquiátricas que se asocian con cefalea tensional crónica. Al realizar dicho diagnóstico debemos buscar de manera intencionada la presencia de estas patologías para realizar un tratamiento conjunto buscando una respuesta terapéutica satisfactoria, con la finalidad de restaurar el bienestar físico y emocional del paciente, así como reducir el impacto socioeconómico y de inasistencia laboral que tiene la enfermedad, ya que afecta principalmente a la población en edad económicamente activa.

CONCLUSIONES

La cefalea tensional es la más frecuente de las cefaleas primarias.

La frecuencia de la cefalea tensional fue mayor en mujeres.

La detección de depresión y ansiedad fue adecuada con la aplicación de las escalas de Hamilton respectivas.

La asociación de depresión y ansiedad es alta 54.7 % y 62.3 % respectivamente.

La cefalea tensional crónica requiere de tratamiento profiláctico encaminado a la comorbilidad detectada, ya sea ansiedad y/o depresión.

ANEXO 1

Escala de Hamilton para Depresión.

Rubro	Rango	Calificación
1. Ánimo deprimido	0-4	(0= ausente; 1= lo indica solo si se le pregunta; lo indica de manera espontánea; 3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4 = expresión verbal y no verbal).
2. Sentimientos de culpa	0-4	(0 = ausentes; 1 = autoreproche, ha defraudado a la gente; 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; 3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes).
3. Suicidio.	0-4	(0 = ausente; 1 = siente que no vale la pena vivir; 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3 = ideas o gestos suicidas; 4 = intentos de suicidio).
4. Insomnio inicial.	0-2	(0 = sin dificultad para dormirse; 1 = dificultad ocasional para dormirse p ej. Más de media hora; 2 = dificultad para dormirse cada noche).
5. Insomnio medio.	0-2	(0 = sin dificultad; 1 = inquieto y alterado por la noche; 2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño).
6. Insomnio terminal.	0-2	(0 = sin dificultad; 1= se despierta en la madrugada pero regresa a dormir; 2 incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama).

7. Trabajo y actividades.	0-4	(0 = sin dificultad; 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea esta reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades; 4= dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda).
8. Retardo.	0-4	(Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora, 0 = habla y pensamientos normales; 1 = ligero retraso; 2 = retraso obvio en la entrevista; 3 = entrevista difícil; 4 = completo estupor).
9. Agitación.	0-4	(0 = ninguna; 1 = intranquilidad; 2 = "juega" con las manos, el cabello, etc.; 3 = continuo movimiento, no puede quedarse inquieto; 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios).
10. Ansiedad psíquica.	0-4	(0= sin dificultad, 1 = tensión e irritabilidad subjetivas; 2 = se preocupa por detalles; 3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4 = expresa sus temores sin que se los preguntes).

11. Ansiedad somática.	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca flatulencia, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Otros: Micción frecuente, duración. 0 = Ausente; 1 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).
12. Somático gastrointestinal.	0-2	(0 = ninguno, 1 = pérdida de apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesantez abdominal; 2 = dificultad para comer sin exhortación, pide y requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales).
13. Somático general	0-2	(0 = Ninguno; 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2).
14. Genital	0-2	(disminución de la libido y alteraciones menstruales).
15.Hipocondriasis	0-4	(0 = ausente; 1 = auto-absorción corporal; 2 = se preocupa por salud; 3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4 = delirios hipocondríacos).
16. Intuición (insight).	0-2	(0 = reconoce estar deprimido y enfermo; 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.; 2 = niega por completo estar enfermo).
17. Pérdida de peso.	0-2	(0 = sin pérdida de peso; 1 pérdida de peso ligera o dudosa; pérdida de peso obvia y severa).
	TOTAL	

Variación diurna	0-2	(0 = sin variación; 1 = presencia dudosa de variación diurna; 2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde).
Despersonalización y desrealización.	0-4	(sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).
Síntomas paranoides.	0-4	(0 = ninguno; 1 = sospechoso; 2 = ideas de referencia; 4 = delirios de persecución).
Síntomas obsesivos	0-2	(0 = ausentes; 1 = leves; 2 = severos).

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales e los primeros 17 rubros.

De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

ANEXO 2

Escala de Hamilton para ansiedad.

		0. Ausente	1. Leve	2. Moderado	3. Grave	4. Muy Grave
1. Ansiedad.	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, irritabilidad.					
2. Tensión.	Sensación de tensión, fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poderse quedar en un lugar.					
3. Miedos.	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.					
4. Insomnio.	Dificultada para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar., sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones intelectuales.	Dificultad en la concentración.					
6. Humor depresivo.	Falta de interés, no disfrutar ya de los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.					
7. Síntomas somáticos.	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos generales.	Zumbido de oídos, visión borrosa, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					

9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.					
10. Síntomas respiratorios.	Peso u presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11. Síntomas gastrointestinales.	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómito, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.					
12. Síntomas genitourinarios.	Micciones frecuentes, urgencias de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.					
13. Síntomas del sistema nervioso vegetativo.	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.					
14. Comportamiento durante la entrevista.	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.					

BIBLIOGRAFÍA

1. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Headache in clinical Practice. 1998. Isis Medical Media.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders. Cephalalgia 2003 Volumen 24 Suppl 1.
3. Kai-DihJuang, MA, Shuu-Jiun Wang, Jong-Ling Fuh, S1bbhiang-Ru Lu and Tung-Ping Su. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. Headache 2000; 40: 818-823.
4. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, et al. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. Cephalalgia 1998; 18:455-62.
5. Vanessa L. Venable, Charles R Carlson and John Wilson. The Role of anger and depression in recurrent headache. Headache 2001;41:21-30
6. Zwart JA, Dyb G, Hagen K et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag HealthStudy. European Journal of Neurology 2003, 10:147-152.
7. Maizels M and Burchette et al. Somatic symptoms in headache patients:The influence of headache diagnosis, frequency and comorbidity. Headache 2004; 44: 983-993.
8. Cavit Boz et al. Temperamental and character profiles of patients with tensional-type headache and migraine. Psychiatry and clinical Neurosciences 2004; 58:536-543.
9. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: a review of epidemiological and experimental studies.

10. Lu S-R, Fuh J-L, Chen W-T, Juang K-D, Wang S-J. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia* 2001; 21:980-986. London.
11. The Italian Collaborative Group for Study of psychopathological factors in Primary Headaches. Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. *Cephalalgia* 1999;19:159-64. Oslo.
12. Hamilton M. The assessment of anxiety state by rating. *Br J Med Psycho* 1959;32:50 -9
13. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Sot Clin Psychiatry* 1962;6:278 -96
14. Mitsikostas DD, Am Thomas. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211-7. Oslo.
15. Donias SH, Peioglou-Harmoussi S, Georgiadis G, Manos N. Differential emotional precipitation of migraine and tensiontype headache attacks. *Cephalalgia* 1991;11:47 – 52
16. De Benedittis G, Lorenzetti A. Minor stressful life events (daily hassles) in chronic primary headache: relationship with MMPI personality patterns. *Headache* 1992;32:330 – 2
17. Fernandez E, Sheffield J. Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache* 1996;36:595 - 602
18. Philips C. Headache and personality. *J Psychosom Res* 1976;20:535 - 42

19. Labbe EE, Murphy L, O'Brien C. Psychological factors and prediction of headaches in college adults. *Headache* 1997;37:1- 5
20. Ho K-H, Ong BKC, Lee S-C. Headache and self-assessed depression scores in Singapore University undergraduates. *Headache* 1997;37:26 - 30
21. Marazziti D, Toni C, Pedri S, et al. Headache, panic disorders and depression: comorbidity or a spectrum? *Neuropsychobiology* 1995;31:125 - 9
22. Berkley KJ: Sex differences in pain. *Behav Brain Sci* 1997;20:371–380.
23. Celentano DD, Linet MS, Stewart WF: Gender differences in the experience of headaches. *Soc Sci Med* 1990;30:1289–1295.
24. Labbe EE, Murphy L, O'Brien C: Psychosocial factors and prediction of headaches in college adults. *Headache* 1997;37:1–5.
25. Manejo del Espectro DEPRESION-ANSIEDAD. Actualización Consenso 2002 México. UNAM.