

Detección y valoración integral de la cefalea tensional

Héctor Rafael Velázquez-Jurado,
José Fernando Zermeño-Pöhls
y Juan José Sánchez-Sosa

Resumen

La cefalea tensional constituye un problema importante de salud pública, pues suele deteriorar seriamente el funcionamiento individual, lo que ocasiona problemas como irritabilidad, dificultad para poner atención y concentrarse y trastornos del dormir, entre muchos otros. Sin embargo, pocos estudios han abordado el desarrollo de instrumentos para su tamizaje, y los escasos que están disponibles se han desarrollado a partir de clasificaciones obsoletas. El objetivo del presente trabajo consistió

Abstract

Tension type headache constitutes a serious health problem as it tends to severely affect both individual and social components of human performance. These headaches cause irritability, diminished attention, concentration difficulties, and sleep disorders, among many other deteriorating effects. Few studies have developed screening instruments for tension type headache. Although some studies have attempted so, they have used relatively obsolete classification systems. The present study

HÉCTOR RAFAEL VELÁZQUEZ-JURADO Y JUAN JOSÉ SÁNCHEZ-SOSA, Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México; JOSÉ FERNANDO ZERMEÑO-PÖHLS, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez [velazquezjurado@gmail.com].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 15, núm. 1, enero-junio 2013, pp. 61-78.
Fecha de recepción: 17 de octubre de 2011 | Fecha de aceptación: 14 de mayo de 2012.

en diseñar un instrumento de fácil aplicación que identifique a quienes padecen cefalea tensional y brinde registros confiables sobre criterios diagnósticos. Participaron 80 pacientes de consulta externa con diagnóstico confirmado del Instituto Nacional de Neurología y 80 personas sanas en apariencia. Los resultados revelaron que el instrumento es válido, confiable y capaz de discriminar efectivamente entre quienes padecen el trastorno y los que no.

PALABRAS CLAVE

tamizaje, diagnóstico, medición, dolor de cabeza.

aimed at designing an easy-to-apply instrument able to reliably identify individuals with tension type headache and to yield valid and reliable records on diagnostic criteria. A total of 160 persons participated, 80 previously diagnosed tension type headache outpatients of Mexico's National Institute of Neurology and 80 apparently healthy persons. Results point out to a valid and reliable instrument with good discriminatory power to effectively distinguish those who suffer the disorder from those who do not.

KEYWORDS:

screening, diagnosis, measurement, pain.

Seriedad e incidencia de la cefalea tensional

Por la naturaleza de sus síntomas y su potencial incapacitante, la cefalea de tipo tensional constituye uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial (World Health Organization [WHO], 2000) y entraña un serio impacto negativo para los individuos que la padecen e indirectamente para sus familias y comunidades inmediatas (Rasmussen y Olesen, 1996). Los pacientes con cefaleas en general refieren estar irritables, fatigarse con facilidad, tener dificultades para concentrarse y poner atención, entre otras molestias, todo lo cual suele ocasionar trastornos de la memoria y del sueño (Mosquera, 1998). La calidad de vida de quien padece cefalea tensional se ve sustancialmente deteriorada, tanto en su desempeño laboral (Bingefors e Isacson, 2004; Rasmussen, Jensen, Schroll y Olesen, 1991) como en su interacción familiar (Mosquera, 1998); a lo anterior, se agrega el riesgo de toxicidad que representa el

consumo frecuente de medicamentos (Steiner, Del Brutto y Fontebasso, 2002) y gastos usualmente innecesarios.

En sentido epidemiológico, la cefalea tensional es el tipo más común entre las cefaleas, en países desarrollados, tanto de América como de Europa, pues afecta a cerca de dos tercios de los varones y a poco más de 80% de las mujeres (International Headache Society [IHS], 2004, 2007; WHO, 2004). En México, la situación no es muy diferente; estadísticas publicadas por la Clínica del Dolor del Hospital General de México (HGM, 2006) indican que los trastornos por cefalea ocuparon el noveno lugar dentro de los veinte principales motivos de consulta de enero a septiembre de 2006, representando casi 4% del total de usuarios que acuden al servicio de Neurología. Asimismo, los trastornos por cefalea son el principal padecimiento referido dentro de las enfermedades clasificadas como “del sistema nervioso”, lo que significa 30.5% de población entrevistada (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2004). Aunque en México no se cuenta con estudios en población general, es probable que su incidencia sea similar a las de otros estudios internacionales, en virtud de que los conteos clínicos sólo incluyen a quienes buscan activamente tratamiento médico.

La literatura de investigación señala como los factores de riesgo más destacados para el desarrollo de la cefalea tensional la edad (entre 18 y 44 años), el género (predomina en el femenino), percepción de poca salud, incapacidad para relajarse después del trabajo, dormir pocas horas durante la noche y manejo defectuoso del estrés (Lyngberg, Rasmussen, Jorgensen y Jensen, 2005).

Tipos comunes de cefalea

Las cefaleas se designan como *primarias*; es decir, sin asociación con causas subyacentes identificables; o *secundarias*, derivadas de alguna causa patológica específica, como alteraciones de la tiroides, epilepsia, ingesta de drogas, embarazo, infecciones, traumatismo cráneo-encefálico y trastornos psiquiátricos (IHS, 2007; Smetana, 2000).

Los episodios de tipo tensional pertenecen al grupo de las cefaleas primarias, consideradas las más comunes dentro de la Clasificación Internacional (IHS, 2004). Sin embargo, es importante mencionar que con frecuencia estos trastornos se diagnostican erróneamente como secundarios, por lo que los pacientes no reciben el tratamiento adecuado a su etiología. Esto suele ocurrir porque los síntomas propios de la cefalea tensional pueden confundirse con los de la migraña (Cruz, 2007); en específico, se confunden más la *migraña sin aura* y la *cefalea tensional episódica infrecuente* (IHS, 2004). En efecto, un estudio estadounidense señala que 42% de pacientes, de manera incorrecta, resultaron diagnosticados con cefalea por sinusitis y 32% con cefalea de tipo tensional, en vez de con migraña (Kaniecki, 2003). Este problema es relevante, ya que genera sufrimiento innecesario en el paciente y su familia, pues el tratamiento adecuado se demora y suele haber efectos secundarios asociados con el uso incorrecto de medicamentos, lo cual deteriora el funcionamiento del individuo. En virtud de lo anterior, resulta muy importante contar con una descripción clara y confiable de cada cuadro clínico, de manera que puedan evitarse las consecuencias mencionadas.

Características clínicas

La cefalea tensional se tipifica por presentarse con una frecuencia que oscila entre 1 y 14 días al mes; su duración va desde minutos hasta días, es de localización bilateral, es un dolor de tipo opresivo o “presionante”, no pulsátil, de mediana intensidad, y que habitualmente no empeora con la actividad física; puede no haber náusea pero sí fotofobia o fonofobia, pero no ambas en el mismo episodio (IHS, 2007). Para su evaluación, se han usado diversos instrumentos sobre percepción de dolor, si bien ninguno diseñado expresamente para cefalea. Por ejemplo, los cuestionarios McGill de dolor (Melzack, 2005) y el de Jacobson, Ramadan, Aggarwal y Newman (1994) evalúan más bien aspectos como la incapacidad provocada por la cefalea. También, se han diseñado instrumentos cuyo objetivo es la diferenciación de los trastornos por cefalea más comunes, como es el caso de la escala

alemana para el tamizaje de cefaleas por migraña, tensional y del trigémino (Fritsche, Hueppe, Kukava, Dzagnidze, Schuerks, Yoon, Diener y Katsarava, 2007). Pese a ello, pocos estudios se han centrado en el desarrollo de instrumentos de tamizaje y la mayoría de los que lo hacen se han diseñado a partir de clasificaciones obsoletas de cefaleas como la de 1988. La importancia de contar con referentes actualizados para la clasificación radica en el hecho de que los diferentes subtipos de cefalea poseen algunos criterios totalmente excluyentes unos de otros, la tabla 1 muestra los criterios publicados en 2004 por la IHS para los dos tipos más comunes de cefalea.

Así, en virtud del deterioro que ocasiona en la salud y el funcionamiento humano, de su incidencia, del impacto socioeconómico de la cefalea tensional, y de la escasez de instrumentos para su designación clínica confiable, el propósito del presente estudio consistió en elaborar un instrumento de fácil aplicación que, además de engendrar registros claros acerca de los criterios diagnósticos (intensidad, frecuencia y duración) y factores de riesgo más comunes, sea capaz de identificar de manera precisa a quienes efectivamente padecen cefalea tensional.

Tabla 1. Diferencias entre los subtipos más comunes de cefalea

<i>Criterios</i>	<i>Migraña</i>	<i>Tensional</i>
A. Frecuencia	Al menos 5 ataques	Al menos 10 episodios >1 día pero < 15 días por mes durante tres meses
B. Duración	4- 72 hrs.	30 min a 7 días
C. Al menos dos de		
Tipo de dolor	Pulsátil	Presionante
Localización	Unilateral	Bilateral
Intensidad	Moderada a grave	Leve a moderada
Agravamiento ^a	Presente	Ausente
D. Al menos uno de	Náusea y/o vómito	No náusea ni vómito
	Fotofobia y fonofobia	Fotofobia o fonofobia
E.	No es un padecimiento atribuible a otro.	

Notas: Criterios diagnósticos vigentes para cefaleas primarias de acuerdo con la International Classification of Headache Disorders.

^a Se refiere al incremento del dolor relacionado con la realización de actividades cotidianas como caminar o subir escaleras.

Método

PARTICIPANTES

En un principio, para explorar las dimensiones de una primera versión del cuestionario, se analizaron los resultados de 60 participantes, 12 hombres y 48 mujeres, de los cuales 30 conformaron el grupo de pacientes *tensionales* con diagnóstico de cefalea tensional confirmada por neurólogo, toda vez que ésta cumplía con los criterios de intensidad, duración, frecuencia y síntomas asociados de la Clasificación Internacional de Cefaleas en su versión del 2004; y 30 participantes *sanos*, definidos como individuos sin diagnóstico de cefalea tensional ni de cualquier otro subtipo (migraña, cluster, etcétera) y que refirieron no tener historia de cefalea primaria; es decir, no haber presentado episodio alguno de dolor en los tres meses previos a la entrevista.

Una vez refinados los reactivos que constituían algún problema de comprensión o estructura, de un segunda aplicación se examinaron los resultados de 160 participantes: 17 (10.6%) hombres y 143 (89.4%) mujeres, con edades de entre 14 y 82 años con media de 46. El grupo de *tensionales* estuvo conformado por 9 (11.3%) hombres y 71 (88.8%) mujeres, la mayoría (42) amas de casa (52.5%). El estado civil predominante fue casados con 43 (53.8%). El grupo de *sanos* se integró por 8 (10%) hombres y 72 (90%) mujeres. De éstos, 47 (58.8%) eran casados y, en su mayoría (46.3%), amas de casa.

MEDICIÓN

El instrumento final consta de 14 reactivos de opción múltiple con respuestas construidas en función de la dimensión abordada en la pregunta. Los reactivos evalúan tres dimensiones principales: *a)* sintomatología básica, *b)* síntomas adicionales asociados y *c)* probables factores disparadores. Los síntomas básicos incluyeron intensidad, frecuencia y duración del dolor. Además, se abarcaron reactivos referentes a síntomas asociados, como localización, tipo de dolor e incremento del dolor relacionado con la reali-

zación de actividades; náuseas, fotofobia y fonofobia y posibles factores desencadenantes del dolor vinculados con el patrón de sueño y el estrés. Este último reactivo, además de explorar el peso relativo del estrés y la falta de descanso en el desarrollo o mantenimiento del dolor, identifica —de haberlos— factores como calidad del sueño, fatiga y enojo. Por último, se inserta un reactivo en el que se exploran las conductas más frecuentes para lidiar con el dolor.

PROCEDIMIENTO

Se invitaba a participar a los pacientes que acudían a consulta externa y a los acompañantes de éstos u otros pacientes sin diagnóstico de cefalea en la sala de espera del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de México. Se excluyeron aquellos casos en que la cefalea ocurría concurrentemente con otros padecimientos o condiciones como daño cerebral, alteraciones de tiroides, epilepsia, ingesta de drogas o embarazo.

El proceso de construcción del instrumento consistió en tres pruebas y refinamientos sucesivos, sistemáticos y progresivos de los reactivos. Para comenzar, a partir de un análisis de los hallazgos de estudios recientes en la literatura de investigación que mostraran metodología sólida, se formularon preguntas orales a los participantes potenciales. Se diseñó una pregunta para cada criterio, cada factor de riesgo y cada síntoma asociado.

A continuación, como se ha mencionado, se hizo una primera aplicación del instrumento a 30 pacientes de consulta externa con diagnóstico de cefalea tensional confirmado por el neurólogo y a 30 acompañantes de éstos u otros pacientes sin diagnóstico de cefalea de ningún tipo y sin diagnóstico médico ni psicológico de algún tipo. Los pacientes con diagnóstico se reclutaban dentro del consultorio de cefaleas del instituto, donde el neurólogo responsable, al término de la consulta médica habitual, presentaba al psicólogo con los pacientes, quien los invitaba a participar en la investigación; en caso de acceder, pasaban a la sala de espera para los procedimientos subsecuentes. Una porción mínima de afectados declinaron la invitación, en su mayoría por no contar con el tiempo para

contestar el cuestionario, y sin relación aparente con la gravedad del padecimiento o alguna otra variable que hubiera podido alterar los datos.

El psicólogo explicaba el objetivo del cuestionario y de la investigación, entregaba el cuestionario y permanecía relativamente cerca de ellos hasta que terminaran de contestar, en caso de que surgieran dudas. Con el fin de evitar que el aplicador pudiera sesgar las respuestas del participante de manera inadvertida, tanto en la explicación inicial como en caso de dudas o preguntas, el psicólogo mostraba especial cuidado en limitar sus respuestas a aclaraciones sobre el reactivo en cuestión. Cuando los pacientes entregaban el cuestionario, se les volvía a preguntar si tenían alguna duda acerca del cuestionario y sobre la claridad de los reactivos; al final, se les despedía y agradecía su participación.

En el caso de los individuos sanos, el psicólogo los abordaba, también en la sala de espera, y les explicaba el objetivo de la investigación; si accedían a participar, se les entregaba el cuestionario con las mismas precauciones tenidas para los participantes con diagnóstico. Al terminar de contestarlo, los pacientes entregaban el cuestionario al psicólogo, quien aclaraba dudas, en caso de haberlas, y preguntaba sobre la claridad de los reactivos; por último, se les agradecía su participación y se les despedía.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Con el fin de establecer la discriminación de los reactivos entre los grupos e identificar los susceptibles de corrección o eliminación, se aplicó a los datos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, en virtud de ser congruente con el nivel de medición ordinal del cuestionario. Se refinaron los reactivos del instrumento, se modificaron seis de ellos que no lograban discriminar entre los grupos. Después, se buscó para una nueva aplicación tanto a los pacientes que participaron en la primera aplicación (vía telefónica), como a los nuevos y a participantes sanos en la sala de espera del instituto, siguiendo el mismo procedimiento y con las mismas precauciones que en la primera aplicación.

Se emprendieron nuevos análisis estadísticos con la prueba U de Mann-Whitney, además de análisis destinados a obtener la consistencia inter-

na del cuestionario. A partir de dichas modificaciones, se efectuaron los mismos análisis luego de una tercera aplicación y se consiguió la última versión del instrumento.

Resultados

PRIMERA APLICACIÓN

Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas para seis de los doce reactivos. El resto de ellos exhibió valores entre .099 y .487 de probabilidad asociada con la diferencia entre diagnosticados y sanos. Un análisis de frecuencias por medio de tabulaciones cruzadas entre diagnosticados y sanos para los reactivos 13 y 14, en virtud de tratarse de variables nominales, no reveló diferencias significativas entre los grupos con la prueba chi cuadrada.

SEGUNDA APLICACIÓN

A partir de los análisis de discriminación de los reactivos, éstos se cambiaron para mejorar su claridad y pertinencia, partiendo de las observaciones dadas por los participantes de la primera aplicación, a quienes se preguntó acerca de la claridad de los reactivos y se volvió a aplicar el cuestionario en su versión modificada. Con el propósito de reconfirmar cuáles reactivos discriminaban entre tensionales y sanos, una vez realizados los ajustes antes descritos, se volvió a computar la prueba U de Mann-Whitney para cada reactivo y su sumatoria. Este análisis manifestó significancia estadística para diez de los doce reactivos.

TERCERA APLICACIÓN

Tras un nuevo refinamiento, que consistió en la modificación de los reactivos 1, 4, 7 y 12, la eliminación de uno de ellos (pregunta 2 del primer cuestionario), el acotamiento de las opciones de repuesta y la inclusión de un nuevo reactivo filtro referente al tipo de dolor (característico de otra

categoría diagnóstica, la migraña), el cuestionario volvió a aplicarse, esta vez, a un grupo de 160 pacientes tensionales, 80 de ellos con diagnóstico formal y un grupo de 80 participantes sanos.

De nuevo, se computó la prueba U de Mann-Whitney para cada reactivo, para la sumatoria de éstos y con las características sociodemográficas para verificar que las diferencias no fueran atribuibles a éstas (tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre los puntajes de los grupos con la prueba U de Mann-Whitney

<i>Reactivo</i>	<i>Media de rangos</i>		<i>p</i>
	Sanos (n=80)	Tensionales (n=80)	
1. Cuando me duele la cabeza, siento que me punza:	79.53	81.47	.766
2. En los últimos tres meses, la cabeza me ha dolido aproximadamente:	50.93	110.08	<.001
3. Generalmente, la cabeza me duele:	54.06	106.94	<.001
4. Cada vez que me duele la cabeza, el dolor me dura:	55.13	105.88	<.001
5. Cuando me duele la cabeza, la siento tensa o como si me la apretaran:	50.11	110.89	<.001
6. Siento el dolor en la nuca o en la frente o en los dos lados de la cabeza al mismo tiempo:	54.28	106.73	<.001
7. El dolor se hace más fuerte cuando camino, subo escaleras, me siento o me levanto, etc.:	63.36	97.64	<.001
8. Cuando me duele la cabeza, me dan náuseas:	62.65	98.35	<.001
9. Cuando me duele la cabeza, la luz me molesta tanto que mejor la evito:	66.39	94.61	<.001
10. Cuando me duele la cabeza, el ruido me molesta tanto que mejor lo evito:	62.43	98.58	<.001
11. Cada noche duermo aproximadamente:	75.81	85.19	.151
12. Siento que duermo bien por las noches cuando duermo	71.01	89.99	.007
Sumatoria total de la escala. ^a	46.81	114.19	<.001
Género	81.00	80.00	.798
Ocupación	83.95	77.05	.313
Estado civil	77.49	83.51	.359

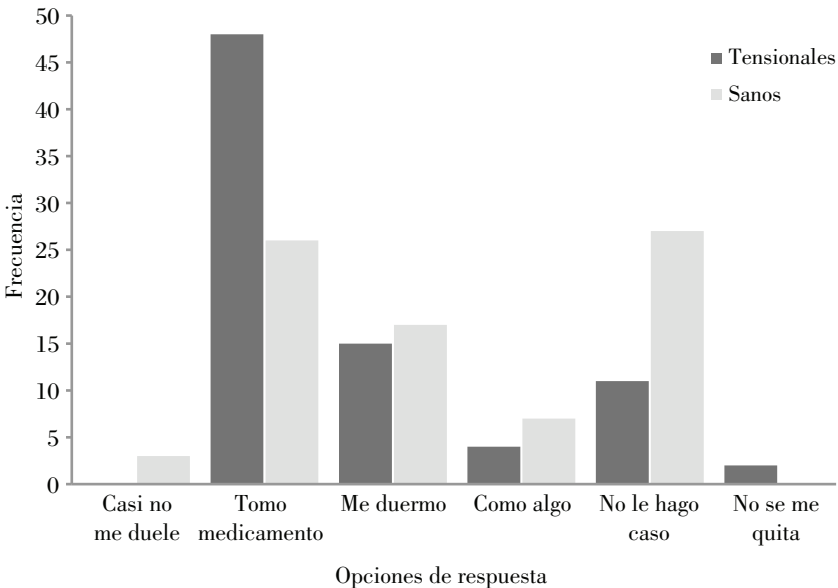
Notas: Reactivos que discriminan entre puntajes altos y bajos.

^a Dada por la suma de los reactivos incluidos en la escala con nivel de medición ordinal, donde, a mayor puntaje, mayor es la presencia del criterio.

Los resultados presentaron diferencias estadísticamente significativas entre diagnosticados y sanos en diez de doce reactivos. La sumatoria total de la escala también resultó estadísticamente significativa y, por último, las variables sociodemográficas no expusieron diferencias significativas entre los grupos. En virtud de tratarse de variables nominales, los reactivos 13 y 14 se analizaron por medio de tabulaciones cruzadas entre diagnosticados y sanos. Este análisis reveló diferencias en el reactivo 13 ($p = 0.003$), el cual hace referencia a las estrategias utilizadas para lidiar con el dolor (figura 1).

Si bien el reactivo 14, relativo al “disparador más habitual del dolor”, no mostró diferencias estadísticamente significativas, apunta a *estar estresado* como la principal “causa” del dolor y la referida con más frecuencia por los encuestados: fue elegida por 74% de ellos. Por último, el análisis de consistencia interna indicó que el instrumento posee un coeficiente α de Cronbach de 0.71.

Figura 1. Diferencias entre las estrategias más frecuentemente usadas contra el dolor, utilizadas por los participantes con y sin diagnóstico de cefalea tensional



Puesto que el cuestionario aún es susceptible de mejoría y de acuerdo con los hallazgos del presente estudio, parece importante incluir algunos elementos para efectuar el diagnóstico cuando las respuestas sean las siguientes:

- Reactivo 1 funciona como filtro: “Nunca”.
- En el reactivo 2: “Entre una y catorce veces al mes”.
- En el reactivo 3: “Fuerte; el dolor me molesta, pero puedo continuar mis actividades”.
- En el reactivo 4: “Aproximadamente un día”.
- En los reactivos 5 y 6: “Siempre”.
- En el reactivo 7: “Siempre”.
- En el reactivo 8: “Pocas veces”, (aunque no es necesario que esté presente en todos los episodios de cefalea).
- Los reactivos 9 y 10 no deben ocurrir en el mismo ataque; la presencia de uno de los dos, por episodio, basta para justificar el diagnóstico y la opción esperada. En todos los casos se consideraría “Pocas veces”.

Para los reactivos 11 al 14, no existe una única opción, pues reflejan una descripción general, por lo que las respuestas pueden variar de acuerdo con cada persona.

Discusión

El propósito principal del presente estudio consistió en desarrollar un instrumento capaz de identificar de manera eficaz y precisa a quienes padecen cefalea tensional, así como en generar registros claros y confiables de los criterios diagnósticos (intensidad, frecuencia, duración, localización y tipo de dolor), síntomas asociados (presencia/ausencia de fotofobia, fonofobia y náuseas) y factores de riesgo más comunes (patrones de sueño, elementos desencadenantes del dolor).

La necesidad de hacer esta investigación surge del hecho de que, con frecuencia, las cefaleas se diagnostican de modo inadecuado y, en con-

secuencia, los pacientes no reciben el mejor tratamiento de acuerdo con su etiología (Cruz, 2007; IHS, 2004; Kaniecki, 2003). Hay, además, una carencia de instrumentos de tamizaje para apoyar el diagnóstico del especialista.

Los resultados señalan que la versión final del cuestionario logra, en efecto, discriminar entre los grupos (tensionales con diagnóstico formal y aparentemente sanos), en función de puntajes altos y bajos, ya que las diferencias encontradas resultaron estadísticamente significativas para 10 de los 12 reactivos y para la sumatoria general. Es decir, la magnitud de los puntajes obtenidos, en este caso los altos, denota un rasgo propio en los pacientes con diagnóstico formal, mismo que no poseen o lo hacen en mucha menor proporción aquellos sin historia de cefalea.

Las variables sociodemográficas no difirieron significativamente entre los grupos, por lo que las diferencias entre sanos y pacientes diagnosticados son atribuibles a la sintomatología propia de la cefalea tensional. Si bien hay estudios que señalan al género (femenino) y la edad (de 18 a 44 años) como factores de riesgo para el desarrollo de la cefalea (Lyngberg, *et al.*, 2005), este análisis no reveló tendencias claras a este respecto.

En cuanto a la estructura del instrumento, un análisis adicional efectuado para conseguir la consistencia interna de la escala corroboró que los refinamientos a la escala fueron adecuados, ya que el coeficiente logrado ($\alpha = 0.71$) se considera de confiabilidad media aceptable (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Dicho valor puede, en buena medida, estar determinado por el hecho de que la escala está compuesta sólo por catorce reactivos y se aplicó a un grupo de 160 participantes dividido en dos subgrupos.

Un hallazgo importante parte del análisis de los reactivos referentes a ftofobia, fonofobia, náuseas y el **empeoramiento del dolor con actividades cotidianas**, puesto que, de acuerdo con la IHS, la de tipo tensional no empeora con actividades cotidianas, como son caminar o subir escaleras. Esta investigación reveló que, en un número considerable de pacientes y participantes, el dolor con frecuencia empeora con dichas actividades. Cabe mencionar que las implicaciones no parecen definitorias en el sen-

tido de que la presencia de ese síntoma puede no afectar el diagnóstico formal. Debe considerarse que, de acuerdo con la Clasificación Internacional, para diagnóstico diferencial la presencia de al menos dos de los siguientes cuatro criterios es suficiente: localización, tipo de dolor, intensidad y agravamiento con actividad física rutinaria (IHS, 2004).

Las náuseas se manifestaron en un número considerable de pacientes con diagnóstico formal. En general, no se espera Este síntoma en los pacientes con cefalea tensional (IHS, 2004), a menos de que se haya incurrido en sobredosis de analgésicos o porque la cefalea tensional sea crónica (Mosquera, 2000; Steiner, *et al.*, 2002; WHO, 2000). No fue posible establecer si la presencia de náusea se debe a tales causas, por lo que es conveniente evaluar con más profundidad este aspecto.

Como se esperaba, la fotofobia y la fonofobia también estuvieron presentes sólo en algunos casos (IHS, 2004). Sin embargo, a pesar de esa presencia, es difícil detectar con exactitud a cuántos pacientes les ocurría una o la otra o si, en algunos casos, concurrían en el mismo ataque. Así, al menos para los participantes en este estudio, esos criterios deben discutirse con reservas en el diagnóstico de cefalea tensional debido a que se comparten en mayor o menor grado con la migraña. Tal vez algunos de los participantes sanos y, en algunas ocasiones, los tensionales experimenten de vez en cuando cefalea migrañosa. Por último, es de destacarse que, a pesar de que el reactivo sobre el “disparador” más común del dolor no resultó estadísticamente significativo, sus proporciones relativas señalan que se trata de un aspecto clínicamente relevante y, por tanto, merecedor de atención, ya que la metodología utilizada en esta investigación apoya el argumento de que el tamaño del efecto no es la única dimensión para mostrar que éste es importante, por lo cual el hallazgo es relevante, aunque carezca de significancia estadística (Prentice y Miller, 1992). Lo anterior sugiere, sobre todo, que más de 70% de los encuestados desconocen técnicas o carecen de herramientas apropiadas para afrontar el estrés cotidiano; situación que, sin duda, compete al trabajo profesional del psicólogo experto en salud y medicina conductual.

SUGERENCIAS PARA ESTUDIOS FUTUROS

Este estudio estuvo sujeto a algunas limitaciones; en especial, en cuanto al número relativamente pequeño de participantes. A pesar de que se contaba con grupos homogéneos, un número pequeño de participantes sanos respondían con valores semejantes a los de los diagnosticados. En principio, ello permitiría suponer que, si éstos buscaran atención médica, quizá recibirían un diagnóstico de cefalea tensional, en el contexto general de que la mayoría de las personas han experimentado alguna vez algún tipo de dolor de cabeza (IHS, 2004; Rodríguez, Vargas, Calleja y Zermeño, 2009; WHO, 2004).

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el número de participantes con diagnóstico y procurar la participación de individuos de otras dependencias y niveles de atención. Un mayor número de encuestados aportaría, además, la oportunidad de explorar diferencias entre los diversos tipos de institución y evaluar el efecto de algunas peculiaridades de cómo los pacientes experimentan el padecimiento. En el caso de los sujetos sin historia de dolor, convendría refinar los criterios filtro que señalan su condición de sanos.

En otro sentido, podría argumentarse que el periodo transcurrido entre la primera y la última aplicación (alrededor de seis meses) podría haber sido suficiente para que, en los pacientes con diagnóstico, el tratamiento prescrito por el neurólogo tuviera un efecto sostenido y favorable y, en consecuencia, los puntajes de los pacientes hubieran sido más bajos. No obstante, esta posibilidad habría operado exactamente en contra de los presentes hallazgos y habría dificultado la discriminación entre grupos debido a la cercanía de las medias, ya que, en este caso, los puntajes de cada grupo (tensionales y sanos) habrían sido muy parecidos. Asimismo, habría generado la posibilidad de un sesgo por parte de los pacientes tensionales al contestar el cuestionario en más de una ocasión. Pese a ello, la mayoría de los pacientes continuaban refiriendo dolor de cabeza, con la misma intensidad, frecuencia y duración, y, en algunos casos, incluso se incrementaron tales referentes.

Se recomienda efectuar aplicaciones en pacientes *recién diagnosticados* con el fin de aislar los efectos del tratamiento farmacológico. Así, en caso de tener que volver a aplicar el cuestionario, convendría incluir grupos distintos del primero para evitar el posible sesgo por parte de los participantes debido a su familiaridad con el cuestionario. Sin embargo, es poco probable que esta investigación se haya visto afectada por algún sesgo de este tipo; pues, por una parte, se tomó la precaución específica de que el entrevistador no sugiriera ni indujera artificialmente en forma alguna las respuestas de los encuestados y, por otra, las preguntas cubrían la misma variable, pero eran diferentes en términos sintácticos y de construcción de opciones de respuesta.

Del mismo modo, se sugiere incrementar el número de reactivos en la escala y diseñar algunos con criterios propios de otros padecimientos; en particular, migraña y cefalea en racimos (“cluster”). Es muy probable que esto eleve la consistencia interna de la escala y aumente el poder discriminante entre subtipos. Debe recordarse que, en un principio, se consideró que el mero hecho de identificar criterios propios de la cefalea tensional bastaría para excluir al resto de los subtipos; a pesar de eso, como apuntan los presentes hallazgos sobre síntomas asociados (náusea, fotofobia y fonofobia), el cuestionario no necesariamente determina con precisión si subtipos distintos coexisten en el mismo paciente.

En conclusión, este análisis cumple su objetivo principal y puede emplearse como punto de partida para otras investigaciones en la misma o en líneas similares. Estudios de esta naturaleza ofrecen un panorama de la cefalea tensional en México, identifican los criterios diagnósticos predominantes en poblaciones similares y denotan factores de tipo psicológico importantes vinculados con el padecimiento, como la percepción de estrés y su manejo ineficaz. Por último, los hallazgos sobre la capacidad de discriminación de los reactivos sugieren que este instrumento puede utilizarse para evaluar el informe verbal de los pacientes participantes en intervenciones de tipo psicológico que busquen precisamente la reducción del padecimiento en términos de intensidad, frecuencia y duración.

BIBLIOGRAFÍA

- Bingefors, K. e Isacson, D. (2004). Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – A gender perspective. *European Journal of Pain*, 8(5), 435-450. Doi: 10.1016/j.ejpain.2004.01.005
- Cruz, A. (2007). Cefalea tensional, frecuente y mal diagnosticada. *La jornada, sociedad y justicia*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2007/05/13/index.php?section=sociedad&article=040n2soc>
- Fritsche, G.; Hueppe, M.; Kukava, M.; Dzagnidze, A.; Schuerks, M.; Yoon, M. S.; Diener, H. C. y Katsarava, Z. (2007). Validation of a German language questionnaire for screening for migraine, tension-type headache, and trigeminal autonomic cephalgias. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(4), 546-551. doi: 10.1111/j.1526-4610.2007.00758.x
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hospital General de México (2006). *Cuaderno estadístico. Dirección de planeación y desarrollo de sistemas administrativos*. Recuperado de http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/planeacion/cuad_estad_ene_sep_2006.pdf
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2004). *Estadística de establecimientos particulares de salud*. Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/salud/default.asp>
- International Headache Society (2004). The international classification of headache disorders. *Cephalalgia*, 24(1), 1-160. doi: 10.1111/j.1468-2982.2004.00653.x
- (2007). *International Headache Society, About IHS*. Recuperado de <http://www.i-h-s.org/>
- Jacobson, G. P.; Ramadan, N. M.; Aggarwal, S. K. y Newman, C. W. (1994). The Henry Ford hospital headache disability inventory (HDI). *Neurology*, 44, 837-842. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8190284>
- Kaniecki, R. (2003). Headache assessment and management. *Journal of the American Medical Association*, 289(11), 1430-1433. Recuperado de <http://web.mac.com/ronjones1/Sites/iblog/C202411548/E1848962188/Media/headache.pdf>
- Lyngberg, A. C.; Rasmussen, B. K.; Jorgensen, T. y Jensen, R. (2005). Incidence of primary headache: A Danish epidemiologic follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 161(11), 1066-1073. doi: 10.1093/aje/kwi139

- Melzack, R. (2005). The McGill pain questionnaire. From description to measurement. *Anesthesiology*, 103(1), 199–202. Recuperado de http://journals.lww.com/anesthesiology/fulltext/2005/07000/the_mcgill_pain_questionnaire__from_description_to.28.aspx
- Mosquera, I. (1998). *Cefalea tensional. ¿Una enfermedad psicósomática?* Trabajo presentado en el Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Recuperado de <http://neurologia.rediris.es/congreso/index.html>
- Prentice, D. A. y Miller, D. T. (1992). When small changes are impressive. *Psychological Bulletin*, 112(1), 160.164. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/bul/112/1/>
- Rasmussen, B. K.; Jensen, R.; Schroll, M. y Olesen, J. (1991). Epidemiology of headache in a general population – A prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(11): 1147-1157. doi: 10.1016/0895-4356(91)90147-2
- Rasmussen, B. K. y Olesen, J. (1996). Epidemiology of Headache. Technical Corner from *IASP Newsletter*. Recuperado de http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Technical_Corner&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2203
- Rodríguez-Violante, M.; Vargas-Cañas, S.; Calleja, J. M. y Zermeño-Pöhls, F. (2009). Cefaleas. *Dolor, clínica y terapia*, 6(2), 4-10. Recuperado de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59149&id_seccion=1364&id_ejemplar=5985&id_revista=101
- Smetana, G. (2000). The diagnostic value of historical features in primary headache syndromes: A comprehensive review. *Archives of Internal Medicine*, 160(18), 2729-2737. Recuperado de <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/160/18/2729>
- Steiner, T.; Del Brutto, O. y Fontebasso, M. (2002). Clinical review, headache commentary: Headache in south America. *British Medical Journal*, 325, 881-886. doi: 10.1136/bmj.325.7369.881
- World Health Organization (2000). *Headache Disorders and Public Health: Education and Management Implications*. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Geneva. Recuperado de <http://www.migraines.org/new/pdfs/who.pdf>
- World Health Organization (2004). *Headache Disorders*. Fact Sheet No. 227. Geneva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/index.html>