



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Doctorado en Psicología
Sistema Nacional de Posgrados CONAHACYT

**“Cefalea y ansiedad: hacia un abordaje integral de la cefalea
tensional en adultos”**

Tesis para obtener el grado de
Doctor en Psicología

Por

Jesús Gabriel Guevara Contreras

Becado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías

Dirección de Tesis
Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

9 de mayo de 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

Sistema Nacional de Posgrados CONAHCYT



“Cefalea y ansiedad: hacia un abordaje integral de la cefalea tensional en adultos”

Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología
LGAC Psicología de la Salud

Por

Jesús Gabriel Guevara Contreras

Matric. 182923 / CVU 388364

Orcid. 0000-0002-1629-8951

Dirección de Tesis

Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Comité Tutorial de Tesis

Dra. María de los Dolores Valadez Sierra

Universidad de Guadalajara

Dra. Sandra Lucía Quiñones Beltrán

Universidad Autónoma de Baja California

Dr. Alberto Castro Valles

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dr. Oscar Armando Esparza del Villar

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

9 de mayo de 2024

CONSTANCIA DE GRADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS
CONSTANCIA DE EXAMEN DE GRADO

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 10:00 horas del día 31 de Mayo del 2024 se reunieron en las instalaciones del Instituto de Ciencias Sociales y Administración los integrantes del sínodo

Dr. Alberto Castro Valles	Presidente	
Dra Priscila Montañez Alvarado	Secretario	
Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar	Vocal	
Dra Maria De Los Dolores Valadez Sierra	Vocal	En línea
Dra Sandra Lucía Quiñones Beltrán	Vocal	En línea

quienes en base a la normatividad universitaria procedieron a llevar a cabo el EXAMEN del sustentante

JESUS GABRIEL GUEVARA CONTRERAS

Matricula 182923

Como requisito para obtener el Grado de DOCTORADO en Psicología.

Una vez concluida la réplica, el jurado deliberó libremente y procedió a emitir el veredicto de

Aprobado por unanimidad de votos

Para fines de verificación el abajo firmante certifica la legalidad de la reunión.


DR. ALBERTO CASTRO VALLES
Coordinación del Programa Educativo


Doctorado en
PSICOLOGÍA

VITA



Jesús Gabriel Guevara Contreras

Maestro en Educación Especial (2012) y
Licenciado en Psicología (2009), por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Realizó estudios sobre la detección, intervención y acompañamiento de dislexias u disgrafias escolares. Desde el año 2010 ejerció actividades de psicólogo clínico y terapeuta en educación especial, así como docencia universitaria en la Licenciatura en Educación y en Psicología de la UACJ. También dictó tres ponencias en eventos académicos y congresos nacionales.



UACJ

ICSA

DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS
SOCIALES



Doctorado en
PSICOLOGÍA



En junio del año 2018 fue aceptado en el Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, inscrito en el Sistema Nacional de Posgrados del CONAHCYT y ha sido beneficiado con beca nacional de posgrados (2018-2021).

De 2018 a 2021, dictó ponencias nacionales e internacionales sobre los trastornos somáticos: modelos de intervención cognitivo conductual para la disminución de la cefalea tensional en el Congreso Internacional de Ciencias Sociales y en el Coloquio Institucional de posgrado 2020, publicando en memorias de congreso.



El 31 de mayo de 2024, presenta su Examen de Grado Doctoral con la defensa de la Tesis denominada: **“Cefalea y ansiedad: hacia un abordaje integral de la cefalea tensional en adultos”** con la Dirección de la **Dra. Irene Concepción Carrillo Saucedo** profesora-investigadora de la UACJ.

La Tesis fue valorada por la Dra. María de los Dolores Valadez Sierra de la Universidad de Guadalajara UdG, por la Dra. Sandra Lucía Quiñones Beltrán de la Universidad Autónoma de Baja California UABC, por el Dr. Alberto Castro Valles, la Dra. Priscila Montañez Alvarado y el Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar, profesora y profesores investigadores de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ. El examen fue conducido bajo la presidencia del Sínodo por el Dr. Alberto Castro Valles del Doctorado en Psicología UACJ.

Resumen

En diversos estudios se ha reconocido a la cefalea tensional como parte del conjunto de síntomas somáticos poco definidos en la literatura. Los signos físicos sin explicación médica u orgánica en forma de síndromes disfuncionales crónicos durante determinado periodo carecen de una causa orgánica aparente, pero tienen un efecto sobre el funcionamiento general de los individuos relacionado con diversos conflictos psicológicos. La multideterminación de los síntomas somáticos representa una fuerte necesidad de comprender a la cefalea tensional no solo desde la visión médica sino incorporando explicaciones psicológicas que se identifican en su asociación y que implican el diseño de tratamientos integrales. El propósito del estudio fue analizar los factores psicológicos relacionados con la cefalea tensional identificada como síntoma somático y proponer un programa de intervención integral en pacientes adultos que posibilite la mejora en los servicios de salud pública. Con perspectiva cuantitativa, de diseño descriptivo no experimental con temporalidad transversal, se describen el factor psicológico de ansiedad en once participantes adultos poli consultantes voluntarios en centros de salud de la región con diagnóstico expreso de cefalea. Con un tipo de muestreo intencional no probabilístico por sujetos voluntarios y mediante la estrategia de bola de nieve con consentimiento informado se identifican niveles importantes de ansiedad en personas con cefalea tensional. Se analiza en el estudio la conveniencia de abordar tratamientos integrales médico-farmacológicos y psicológicos para disminuir alteraciones psicosomáticas en adultos con cefalea tensional.

Palabras clave: Trastornos psicosomáticos, Cefalea tensional, Ansiedad.

Abstract

In various studies, tension headache has recognized as part of the set of somatic symptoms that poorly defined in the literature. Physical signs without medical or organic explanation in the form of chronic dysfunctional syndromes over a certain period lack an apparent organic cause but have an effect on the general functioning of individuals related to various psychological conflicts. The multidetermination of somatic symptoms represents a strong need to understand tension headache not only from a medical perspective but from also incorporating psychological explanations that identified in their association and that imply the design of comprehensive treatments. The purpose of the study was to analyze the psychological factors related to tension headache identified as a somatic symptom and to propose a comprehensive intervention program in adult patients that enables improvement in public health services. With a quantitative perspective, with a non-experimental descriptive design with cross-sectional temporality, the psychological factor of anxiety, described in eleven adult poly-consultant volunteer participants in health centers, in the region with an express diagnosis of headache. With a type of intentional non-probabilistic sampling by volunteer subjects and using the snowball strategy with informed consent, significant levels of anxiety identified in people with tension headache. The study analyzes the convenience of addressing comprehensive medical-pharmacological and psychological treatments to reduce psychosomatic alterations in adults with tension-type headache.

Keywords: Psychosomatic disorders, Tension headache, Anxiety.

Tabla de Contenido

<i>Introducción</i> _____	<i>1</i>
Formulación del problema _____	1
La concepción de somatización _____	8
Síntomas somáticos y cefalea tensional _____	10
Objetivos del estudio _____	13
Objetivos específicos _____	13
Hipótesis del estudio _____	13
Metodología del estudio _____	14
Contextualización del estudio _____	14
Tipo de estudio _____	15
Instrumento _____	15
Estructura de la tesis _____	16
<i>Capítulo I. Modelos teóricos de la ansiedad, cefalea tensional y sintomatología psicósomática</i> _____	<i>18</i>
Modelo de Diátesis-Estrés - Predisposición al Estrés _____	24
Modelo de la personalidad resistente _____	25
Modelo de trastorno de identidad disociativo _____	26
La cefalea tensional desde una perspectiva psicológica _____	27
<i>Capítulo II. Tratamientos psicológicos para la cefalea tensional en adultos</i> _____	<i>30</i>
Tratamientos para la cefalea tensional _____	33
Tratamientos farmacológicos _____	34
Cambios en el estilo de vida _____	35
Terapia física _____	36
Terapia cognitivo conductual _____	36
<i>Capítulo III. Propuesta de intervención integral para la cefalea tensional asociada a la ansiedad</i> _____	<i>38</i>
Ansiedad en personas con cefalea tensional _____	38
Propuesta cognitivo-conductual _____	42
Diseño de intervención _____	42
Estrategias de registro _____	43
Objetivo de la intervención _____	45
Procedimiento _____	45

<i>Capítulo IV. Conclusiones</i>	<hr/>	49
<i>Referencias bibliográficas</i>	<hr/>	53
<i>Anexos</i>	<hr/>	59

Introducción

Los síntomas somáticos en el ámbito de la salud han causado una amplia ambigüedad en su comprensión y definición tal como lo aseveran Pupo et al. (2017), incluso el término salud se ha abordado desde diversos marcos de referencia y aportes científicos donde las creencias y las formas de percibir la realidad son complejas. La forma de comprender el concepto de síntomas somáticos ha transitado de la atribución de un solo agente causal al reconocimiento múltiples determinantes. Los síntomas somáticos representan signos físicos sin explicación médica u orgánica en forma de síndromes disfuncionales crónicos durante determinado periodo (Gorosabel, 2013; Arancibia et al, 2016). Así mismo, De Gutch y Fishler en 2002 citado en Fuentes et al. (2017), afirmaron que los síntomas somáticos carecen de una causa orgánica aparente pero que tiene un efecto sobre el funcionamiento general de los individuos y esto relacionado con posibles conflictos psicológicos.

Formulación del problema

En el manual de diagnóstico estadísticos de los trastornos mentales versión quinta [DSM-V], se describe al trastorno somático como una condición que se acompaña de sentimientos, pensamientos o conductas excesivas relacionadas con los síntomas y la persistencia de determinado malestar mayor a seis meses según la American Psychological Association [APA] (APA, 2014). Mientras que en la descripción de la clasificación internacional de las enfermedades decima versión [CIE-10]. Los trastornos somatomorfos se clasifican en: trastorno de somatización, el somatomorfo indiferenciado, el hipocondríaco, el trastorno de dolor persistente somatomorfo y otros trastornos somatomorfos. Se hace énfasis en la continua manifestación de síntomas de origen somático, que desencadenan en consultas médicas frecuentes, obteniendo

nulos resultados y la negación de una etiología orgánica de los malestares del paciente según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, 2013). Así mismo, la resistencia del paciente a atribuir sus alteraciones a un origen psicológico es constante; trayendo consigo mismo y con el médico, niveles elevados de frustración, por la falta de mejoría. Por su parte, Arancibia, et al. (2016), aseveran que la etiología de estas patologías somáticas puede ser diversa, pues depende del contexto del individuo, pues, se ha identificado con frecuencia que el desenvolvimiento en una familia con ambiente disfuncional, ansiedad y depresión, son los principales detonantes de este tipo de trastornos.

Por su parte, la Secretaría de Salud [SS] en México, sostuvo que al menos una de cada 20 personas presenta síntomas de depresión, conformando una cifra superior a los 10 millones de casos en todo el país (SS, 2011). De igual manera, la Secretaría de Salud refirió que el 15 de cada 100 personas de la población padecerá un episodio depresivo a lo largo de su vida, es decir, 12.7% de los hombres y 21.3% de las mujeres; pero lo más alarmante es que solo el 10 por ciento de las personas que padecen un trastorno de este tipo, reciben algún tipo de tratamiento, en su mayoría, es farmacológico. De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud 2011-2016, a raíz de la situación de violencia que enfrenta el estado y particularmente Ciudad Juárez, se evidencia un incremento en la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático, tanto en niños, adolescentes y personas adultas (SS, 2014). Como consecuencia de esta ansiedad social, es muy probable que la incidencia de trastornos somáticos incremente de manera simultánea, por lo que es de suma importancia idear métodos para la disminución de estos.

La salud mental es un tema de máxima relevancia a nivel mundial y que ha sido menospreciado por mucho tiempo, sin embargo, en la última década representa un tema inevitable

de abordar al momento de hablar de la salud del individuo. Sustentando esta afirmación, la Secretaría de Salud había identificado que cuando menos un 10% de las personas adultas manifiestan alguna psicopatología y el 25% de éstos tiene una alta probabilidad de desarrollar algún otro problema relacionado con su situación mental a lo largo de su vida. Así mismo, la incidencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida de los individuos se posiciona entre el 12,2% y 48,6%, mientras que anualmente la prevalencia es de entre 8,4% y 29,1% (SS, 2014). Por su parte, Rentería (2018) hace referencia a cifras del 2016, que indicaban que un promedio mundial de entre 450 y 500 millones de personas presentaron alguna alteración en la salud mental durante este periodo.

De manera más particular, de acuerdo con cifras de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], en Latinoamérica y el Caribe, las alteraciones mentales que presentan mayor incidencia mayores de 15 años fueron la depresión, la distimia, el estrés postraumático y la ansiedad generalizada. No obstante, este dato no es el más alarmante al respecto, pues también se menciona que más del 50% de las personas con algún trastorno de ansiedad, en Latinoamérica, no recibieron ningún tipo de atención formal en alguna institución de salud (OPS, 2014). Aunado a esto, en México, el 17% de los y las mexicanas presentaron alguna alteración en la salud mental, mientras que el 25% tiene predisposición para padecer una patología de este tipo al menos una vez en su vida (Rentería, 2018).

En conjunto con esto, se menciona que solamente una persona de cada cinco que padecen un desorden mental recibe el tratamiento adecuado a sus necesidades. En cuestión estatal, particularmente hablando de Ciudad Juárez, la Secretaría de Salud afirmó que la situación de ansiedad social por la que atraviesa la ciudad, producto del narcotráfico, delincuencia y

adicciones, ha incrementado la incidencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en todas las edades (SS, 2014).

Los altos índices de trastornos mentales han sido relacionados con el desarrollo de trastorno de síntomas somáticos, tal como lo refieren Duque et al. (2015), la depresión, la distimia, la ansiedad y la somatización son patologías que se manifiestan de manera simultánea en niños y adolescentes. En conjunto con esta afirmación, Fuentes et al. (2018) sostuvieron que ninguna persona está exenta de presentar síntomas psicósomáticos, sin embargo, los adolescentes son los más propensos a ello, observando un índice de entre 5% y 30% de frecuencia semanal.

En consecuencia, Kikuchi et al. (2015) refieren las implicaciones del estrés psicológico y estados de ánimo negativos como factores que agravan la manifestación de la cefalea tensional. En este mismo orden de ideas, Sánchez et al. (2015) indicaron que la OMS posiciona a la cefalea dentro de la lista de las 10 problemáticas de salud que más limitaciones acarrea tanto para las personas del sexo femenino como para las del masculino. Pero si sólo se toma en cuenta a las mujeres, forma parte de los primeros cinco problemas. Además, Sánchez et al. (2015) afirmaron que la prevalencia de la cefalea tensional es al menos cinco veces mayor que la migraña, por lo que se supone que hasta el 80% de la población ha tenido un episodio de cefalea tensional.

Por otra parte, Cano & Rodríguez (2017) abordaron las patologías psicósomáticas agrupándolas en aquellas que presentan dolor como síntoma principal y aquellas que poseen otros síntomas principales. Las que se caracterizan por poseer al dolor como síntoma principal, sobresalen la cefalea tensional, la migraña, el dolor facial atípico, la lumbalgia y la disfunción temporomandibular. Mientras que en las patologías que se encuentran agrupadas de acuerdo con la presencia de otros síntomas principales, se enumeran la fibromialgia, el síndrome de fatiga

crónica, la sensibilidad química múltiple, el síndrome de intestino irritable y la cardiomiopatía Takotsubo, entre otras. Por su parte, el departamento epidemiológico del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] indicó como características principales de esta patología que “...el dolor es típicamente bilateral, opresivo, y de intensidad leve a moderada. No se presentan náuseas y no se agrava con la actividad física. Se pueden asociar la sensibilidad a la luz, al ruido o hipersensibilidad pericraneal...” (IMSS, 2016).

Según Gómez-Otálvaro & Serna-Vélez (2016) la cefalea tensional se diferencia de otros dolores de cabeza por su localización “...por encima de la línea existente entre ambos cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo externo...” (p.43), siendo éste uno de los motivos principales de consulta en los servicios médicos. Así mismo, este autor sostiene que la frecuencia de la cefalea tensional es muy alta, alcanzando hasta el 78% de los adultos con niveles importantes de estrés. Sánchez et al. (2015), sostuvieron que las causas de la cefalea pueden ser debido a una gran cantidad de razones; por lo que es necesario analizar el problema de manera especializada identificando elementos clasificatorios, así, la International Headache Society [IHS] (IHS, 2018) clasificó todas las cefaleas en primarias y secundarias. Entre las cefaleas primarias se encuentran: la migraña, la cefalea tensional, la cefalea en racimos, otras cefaleas trigémino-autonómicas y otras cefaleas primarias. De la misma forma, describe ocho categorías de cefaleas secundarias, una de neuralgias craneales y catorce de cefaleas no clasificables. Por su parte, Gómez-Otálvaro & Serna-Velez (2016) sostuvieron que la mayoría de las consultas por dolor de cabeza relacionadas con cefaleas primarias, se caracterizan por no poseer condiciones anómalas que expliquen la cefalea por ser frecuente, de duración variable y de características uniformes.

Aunado a esto, los autores afirmaron que la fisiopatología de la cefalea tensional sucede por medio de dos vías. La primera consiste en una respuesta normal del cuerpo que consiste en la activación de los receptores de dolor como respuesta a la lesión de algún tejido o a las alteraciones en el funcionamiento de los órganos viscerales, entre otras causas. Por el contrario, la segunda vía acontece cuando las vías de dolor funcionan de manera incorrecta o se encuentran lesionadas. Así mismo, estos autores (Gómez-Otálvaro & Serna-Velez, 2016) refieren que las estructuras involucradas en el proceso doloroso de la cefalea son las siguientes: los senos venosos, las arterias anterior y media de las meninges, la duramadre, los nervios vago, glossofaríngeo y trigémino; así como las porciones proximales de la carótida interna y áreas colindantes con el polígono de Willis; el tronco del encéfalo, la sustancia gris periacueductal y los núcleos sensoriales talámicos. Además de esto, el periostio del cráneo, la piel y tejido celular subcutáneo, arterias y músculos del cuello, además de los nervios cervicales 2 y 3, y de los ojos, las orejas, los dientes, los senos paranasales, entre otros.

La alta incidencia de trastornos mentales ha sido relacionada con el desarrollo de trastorno de síntomas somáticos tal como lo refieren Duque et al. (2015), la depresión mayor, la distimia, la ansiedad y la somatización son comorbilidades frecuentes en niños y adolescentes. Aunado a esta aseveración, Fuentes et al. (2017) sostuvieron que la frecuencia de síntomas psicósomáticos es alta particularmente en adolescentes y adultos. Las investigaciones en esta población arrojaron cifras que indican que entre el 5 y 30% de las personas con estas alteraciones las presentan con una frecuencia de una vez por semana como mínimo. En consecuencia, los trastornos de somatización constituyen una patología importante para el sistema sanitario de todos los países por el enorme costo monetario que suponen (García-Campayo et al, 2005, citados en Veloz & Lorenzo, 2016). De forma aún más específica, Kikuchi et al (2015) refirieron las implicaciones

del estrés psicológico y estados de ánimo negativos como factores que agravan la manifestación de la cefalea tensional. En este mismo orden de ideas, Sánchez et al. (2015) indicaron que la Organización Mundial de la Salud [OMS] posiciona a la cefalea como uno de los diez problemas de salud más incapacitantes para ambos sexos, pero si solo se toma en cuenta a las mujeres, forma parte de los primeros cinco problemas. Los autores afirmaron que la prevalencia de la cefalea tensional es al menos cinco veces mayor que la migraña por lo que se supone que hasta el 80% de la población ha tenido un episodio de cefalea tensional.

Por otro lado, Gómez-Otálvaro & Serna-Velez (2016) sostuvieron que la cefalea tensional constituye uno de los motivos de consulta médica más comunes con una prevalencia de 47% y la incidencia en niños ha incrementado hasta 51%. Así mismo, en México la mayoría de las personas con cefalea tensional contaban con escolaridad secundaria, eran casados y residían en la zona urbana, lo que genera una reflexión sobre los estilos de vida y su posible asociación con el desarrollo de este síndrome. La cefalea además de ser una causa importante de incapacidad manifiesta una constante fijación en pensamientos acerca de la constancia de este malestar.

El diagnóstico de la cefalea se vale de diversas ayudas entre las que se encuentran las hematológicas, los estudios de neuroimagen y los métodos invasivos menores. Las pruebas hematológicas más empleadas son el hemoleucograma con sedimentación, la proteína C reactiva y las pruebas tiroideas. Entre tanto, la tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) son estudios de neuroimagen. Por último, los métodos invasivos menores, como lo es la punción lumbar son los recursos menos empleados (Gómez-Otálvaro & Serna-Velez, 2016). Por consiguiente, el estudio se guio por el cuestionamiento: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad como factor psicológico asociados a la cefalea tensional como trastorno somático que

requieren atención psicológica al margen del tratamiento médico-farmacológico y cómo sería una propuesta integral de intervención?

La concepción de somatización

Entre la primera década del siglo XXI, Schulte & Petermann (2011) abordaron los trastornos somatomorfos desde una perspectiva social describiendo los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de alguna patología de este tipo, principalmente en niños y adolescentes. Estos autores afirmaron que los principales factores de riesgo que ellos identificaron son la somatización de los padres, la enfermedad orgánica de otra persona significativa, la psicopatología de familiares cercanos, el clima familiar disfuncional, las experiencias traumáticas en la infancia y apego inseguro.

Así mismo, De la Fuente et al. (2014), establecieron un abordaje de los trastornos psicósomáticos desde la atención primaria de la salud pública. En las opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos incluyen la atención especializada farmacológica por parte de un psiquiatra y la intervención de un psicoterapeuta. Posteriormente, Arancibia et al. (2016) abordaron la misma temática de las alteraciones somatomorfas en niños y adolescentes, quienes añadieron a la alexitimia como factor que perpetua los síntomas y reconociendo a la terapia cognitivo conductual en conjunto con la terapia farmacológica por medio de inhibidores selectivos de la receptación de serotonina como una de las técnicas más efectivas en el tratamiento de estos trastornos.

La cefalea tensional ha sido relacionada con sintomatología somática, pues una amplia gama de investigadores se ha enfocado en describirla de una manera sistemática. Para Gómez-

Otálvaro & Serna-Vélez (2016) de acuerdo con Waldie et al. (2015) y con Sánchez et al. (2015), la identificación de la cefalea tensional depende de la descripción en su mayoría por la clasificación, la epidemiología, la comorbilidad, los criterios de diagnóstico, así como el diagnóstico diferencial y el posible tratamiento farmacológico con alta relación con la sintomatología somática. Así mismo, Rodríguez-Castro & Castillo (2019) describieron a la cefalea tensional abarcando factores ya mencionados, sin embargo, proporcionaron un tratamiento para la fase aguda de la cefalea y un tratamiento preventivo, que consistió en la administración de fármacos y terapia psicológica con *biofeedback* por medio de la retroalimentación con electromiografía.

La guía de práctica clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] describe médicamente la cefalea tensional brindando las pautas necesarias para el diagnóstico y tratamiento, dejando de lado la intervención psicológica como medida de atención (IMSS, 2016). De la misma manera, Przekop et al. (2015) abordaron el tema particular del tratamiento de la cefalea tensional enfocándose en la atención del síntoma físico. También, Lozano et al. (2016) en una revisión sistemática desde el año 2000 hasta el 2013, analizaron las cuestiones médicas relacionadas con la cefalea tensional, pero propusieron una revisión teórica de la terapia manual para disminuir el malestar que consiste en la estimulación con la mano, de determinadas áreas cervicales para mitigar el dolor.

Así mismo, Romero et al. (2014), evaluaron la eficacia del tratamiento de manipulación cervical y de presión continua para pacientes que manifestaban cefalea tensional, encontrando que la técnica de manipulación cervical es la que mejores resultados reportó. Por su parte, Ashina et al. (2017), abordaron la incidencia de la cefalea tensional relacionándola directamente con niveles

de neuroticismo, depresión y percepción del dolor, encontrando un incremento en la frecuencia de dolores de cabeza, ante la presencia de estas características.

Por otro lado, Kikuchi et al. (2015) describieron la exacerbación del dolor que se manifiesta ante la influencia de diversos factores psicológicos tales como el estrés, la ansiedad y la depresión. Por último, conjugando la vertiente médica y la psicológica, Álvarez-Melcón et al. (2018), incluyeron en su investigación una variable más: técnicas de relajación y control postural, identificando que estas técnicas son aún más funcionales en la disminución de la cefalea tensional, que aquellas que sólo toman en cuenta la presión de los puntos gatillo.

A partir de la observación sistemática de estos antecedentes, se puede observar una marcada inclinación al tratamiento sintomático de la cefalea tensional y una mínima atención al proceso emocional que podría desencadenar esta patología. Es por esto, que surge la necesidad de investigar al respecto y proponer un modelo de intervención cognitivo conductual en estos pacientes.

Síntomas somáticos y cefalea tensional

Gorosabel (2013) abordó la temática los síntomas somáticos refiriéndose a ellos como síntomas físicos sin explicación médica, y son aquellos a los que no se les encuentra una explicación causal orgánica. De igual manera sostiene que, los pacientes con sintomatología sin explicación médica van desde aquellos que refieren un solo síntoma inexplicable de corta duración, hasta aquellos que manifiestan síndromes funcionales crónicos, es decir, un conjunto de signos y síntomas permanentes durante determinado periodo. Una de las características en común con la que cuentan los trastornos somatomorfos, es la relevancia atribuida a los síntomas

corporales, relacionados con alguna probable alteración psicológica significativa (Arancibia et al, 2016).

En este mismo sentido, se ha reconocido que el principal síntoma y motivo de la consulta en el área de neurología es la cefalea (Sánchez et al, 2015). Por su parte, Gómez-Otálvaro & Serna-Velez (2016) describieron a la cefalea como la presencia de dolor que se ubica por encima de la línea entre los cantos oculares externos, hasta el centro del canal auditivo, puesto que el dolor que se manifiesta por debajo de esta línea sería descrito como dolor facial. Así mismo, el autor sostiene que la frecuencia de la cefalea tensional es muy alta, alcanzando hasta el 78% entre los dos tipos de cefalea tensional: Cefalea tensional episódica y la cefalea tensional crónica.

Por su parte, la cefalea tensional episódica se clasifica en frecuente e infrecuente, la frecuente comprende en al menos 10 episodios de dolor de cabeza en al menos 1-14 días al mes, lo que equivale un aproximado de entre 12 y 180 días al año. La infrecuente consiste en al menos 10 episodios de dolor de cabeza al 1 día al mes, es decir, un promedio de 12 días al año. La cefalea tensional crónica evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente con episodios diarios y que pueden tener una duración desde minutos a días o incluso no tener remisión con una duración de más de 3 meses.

Pérez & Oliver (2017), abordaron una interacción entre los sistemas del cuerpo que repercuten en el estado de salud y la enfermedad del individuo. Estos sistemas están compuestos por determinados órganos fundamentales. En primer lugar, se menciona al Sistema Nervioso Central, con el cerebro como órgano principal, y en particular el hipotálamo; por su parte, la hipófisis como el órgano principal del sistema endocrino y, en tercer lugar, del sistema inmunológico son la médula ósea y el timo. Pérez & Oliver (2017), describieron el proceso del

estrés en tres fases, donde se observa la influencia de los órganos señalados previamente. La primera fase se denomina reacción de alarma, aquí inicia el proceso detectando una situación alarmante, que activará las glándulas adrenales para producir adrenalina y cortisol para regresar al cuerpo a su estado de equilibrio, lo que da inicio a la segunda fase que es la Resistencia, en la cual se espera que el organismo se adapte a la situación, pero si el estresor sigue, se procede a la tercera fase conocida como Agotamiento, en la que el organismo deja de intentar adaptarse por lo que se llega a la enfermedad e incluso a la muerte.

Aunado a estas afirmaciones, Mohan & Chaudhary (2018) reforzaron que esta interacción entre órganos de los diferentes sistemas es la parte fundamental del surgimiento de algunas enfermedades, identificando al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales (HPA) como el principal responsable de ellas. El proceso inicia con la llegada de información al hipotálamo, donde se le dará una valoración positiva o negativa activando a la pituitaria, quien por medio de hormonas corticotrópicas moviliza a las glándulas adrenales para la producción de glucocorticoides. Éstos son de naturaleza esteroidal, que es inmunosupresora en grandes dosis. De igual manera, en estas glándulas se producen las catecolaminas, que son principalmente la adrenalina y la noradrenalina, encargadas entre otras cosas, de regular la presencia de citosinas proinflamatorias, por lo que, ante un incremento en la presencia de catecolaminas, aumentarán también las citosinas proinflamatorias y como su nombre lo indica, traen consigo una respuesta inflamatoria para recuperar la homeostasis.

Por lo tanto, se puede inferir que la presencia de desajustes emocionales en la vida de los individuos trae consigo un incremento en el flujo de diferentes sustancias que intentan que el organismo se mantenga estable, sin embargo, éstas mismas causan alguna alteración en el sistema,

por lo que es fundamental mantenerlas bajo control para que no sobrepasen las cantidades esperadas. Es así, como se asume que la forma más eficaz de evitar el incremento de estos factores es evitando situaciones estresantes y manejando de manera adecuada las emociones.

Objetivos del estudio

El propósito general del presente estudio fue analizar la relación de los niveles de ansiedad como factor psicológico con la presencia de cefalea tensional identificada como síntoma somático y proponer un programa de intervención integral en pacientes adultos que posibilite la mejora en los servicios de salud pública.

Objetivos específicos

- Identificar los fundamentos e intervenciones de las condiciones psicológicas de la cefalea tensional en adultos mediante una revisión sistemática.
- Identificar los niveles de ansiedad como factor psicológico asociado a la cefalea tensional en adultos diagnosticados con trastorno somático.
- Proponer un programa de intervención integral para atender la cefalea tensional.

Hipótesis del estudio

Existe una gran prevalencia de trastornos somáticos, los cuales son atendidos mayormente bajo un enfoque médico, dejando de lado la atención psicológica, lo cual trae consigo solo una disminución sintomática temporal. La hipótesis del estudio se centró en la existencia de factores psicológicos relevantes como la ansiedad asociada a la presencia de cefalea tensional que no son considerados en los tratamientos médico-farmacológicos. Es debido a ello se propone un

programa de intervención integral médico-farmacológico y cognitivo conductual para la disminución de la cefalea tensional.

Metodología del estudio

En una primera fase, se realizaron los análisis de literatura con revisión sistemática para elaborar los capítulos I y II del presente estudio mediante la estrategia PICOS (*Population, Intervention, Comparison, Outcomes y Study design*). Luego, en el capítulo III, se realizó una descripción de la ansiedad como característica psicológica de pacientes con cefalea tensional y se planteó una estrategia de intervención integral.

Contextualización del estudio

Ciudad Juárez es una ciudad fronteriza que posee una población de 1.512 mil 450 personas según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (INEGI, 2023). En esta localidad, durante la década de 2012-2022 alrededor de 473,627 personas se encuentran registradas como promedio anual como usuarias de los servicios de la Secretaría de Salud, lo que equivale a un 35.6% del censo de la ciudad (SS, 2022). La población mencionada, se distribuye en 61 unidades de consulta externa, entre las que se encuentran IMSS, ISSSTE, SDN, Pensiones Civiles, SSCH e ICHISAL (SS, 2011). Estas instituciones cuentan con un personal médico de 1,810 de base para toda la población y al menos un psicólogo o psiquiatra, lo cual hace manifiesta una marcada carencia de médicos y en consecuencia una deficiencia en la calidad de la atención que se brinda y recibe.

Para la descripción de la ansiedad como factor psicológico, se consideró la aplicación de una escala validada para identificar niveles de ansiedad en participantes con el malestar de cefalea.

Por la dificultad de obtener a la población con este padecimiento, se indagó en diferentes centros de salud con difícil acceso en el contacto de los médicos y departamentos epidemiológicos o de investigación de ellos. Por lo que se optó por invitaciones abiertas publicadas en redes sociales y en las áreas públicas de los hospitales. Se contactaron cuatro personas que a su vez invitaron a otras seis mediante la estrategia de bola de nieve, logrando la participación de once personas con esta problemática de cefalea.

Tipo de estudio

Con perspectiva cuantitativa, de diseño descriptivo no experimental con temporalidad transversal, se describen la ansiedad como factor psicológico en participantes adultos voluntarios con diagnóstico expreso de cefalea y poli consultantes en centros de salud de la región (Hernández et al., 2014). Con un tipo de muestreo intencional no probabilístico por sujetos voluntarios y mediante la estrategia de bola de nieve, los participantes posibilitaron la recomendación para participar en el estudio. Una vez leído el consentimiento informado, se aseguró la privacidad, confidencialidad y anonimato de los datos (Ballas et. al., 2016). Se buscaron adultos entre 18 y 65 años, ambos sexos, que acudieran a servicios de salud pública de la entidad en más de siete ocasiones como actividad de poli consulta y más de seis meses por dolores de cabeza. Se excluyeron participantes con diagnóstico neurológicos con presencia de causas orgánicas que puedan relacionarse con el origen de la cefalea.

Instrumento

Después de conocer los objetivos de la investigación y del consentimiento informado, se aplicó a los participantes un breve cuestionario sociodemográfico indagando la edad, sexo, estado

civil, número de hijos, escolaridad, ocupación, cantidad de tiempo en meses de haber consultado en más de cuatro ocasiones al médico general y/o al especialista en neurología, así como su percepción de satisfacción. También, se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A), la cual cuenta con una confiabilidad aceptable entre $\alpha=.78$ y $\alpha=.95$ para evaluar la ansiedad considerando diferentes aspectos tales como inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica como respuesta somática y preocupaciones sociales/estrés, cuya sumatoria general evalúa la ansiedad total con 36 ítems con tipo de respuesta dicotómica y una dimensión de mentira para mayor validez; elaborada por Reynolds et al. (2003), traducida, validada y estandarizada para población mexicana en el año 2006.

La subescala de inquietud/hipersensibilidad consta de catorce ítems, las puntuaciones elevadas corresponden a personas que internalizan la ansiedad y que consumen un exceso de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas. La subescala ansiedad fisiológica presenta nueve ítems que reflejan respuestas físicas a la internalización de la ansiedad que brinda un indicador de las manifestaciones físicas y sintomatología somática. La subescala de preocupaciones sociales/estrés tiene siete reactivos, la cual valora la ansiedad y el estrés asociados con las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás, de las actividades sociales y de la vida cotidiana. La ansiedad total refleja síntomas como preocupación, inquietud, sentimiento de aprehensión y temor irracional manifestados en la fisiología, cognición y en las interrelaciones tomándose como valor de referencia T 65.

Estructura de la tesis

El desarrollo de esta tesis doctoral ha sido conformado por la elaboración de cuatro capítulos cuyas aportaciones relevantes permiten analizar la comprensión del fenómeno de la

cefalea tensional relacionada con síntomas somáticos. En la Introducción, se identificó la formulación del problema de estudio, el estado del arte, el planteamiento de objetivos, la hipótesis de la investigación y la metodología del estudio. En el capítulo I, se analizaron los planteamientos teóricos de los trastornos de síntomas somáticos y la cefalea tensional, que permiten identificar las explicaciones vigentes que analizan el fenómeno de estudio.

En el capítulo II, se abordó una revisión sistemática de tratamientos psicológicos para la cefalea tensional relacionados con los trastornos de síntomas somáticos en adultos, identificando fortalezas y las áreas de oportunidad sobre el estado del conocimiento acerca de los trastornos psicósomáticos relacionados con la cefalea tensional en adultos. El capítulo III abordó una propuesta de intervención cognitivo conductual que acompañara el tratamiento médico-farmacológico, para la disminución de cefalea tensional en adultos, mediante un protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio, que permita desarrollar una intervención funcional para el abordaje psicológico de la cefalea tensional en adultos. Finalmente, en el capítulo IV se establecieron las conclusiones se analizaron las consideraciones teórico-metodológicas respecto a la hipótesis y los objetivos propuestos, mediante argumentaciones que permiten analizar los nexos con una realidad cada vez más problemática para la sociedad.

Capítulo I. Modelos teóricos de la ansiedad, cefalea tensional y sintomatología psicósomática

Como ya ha sido comentado, la cefalea tensional es el tipo más común de dolor de cabeza y se caracteriza por una sensación de presión o banda apretada alrededor de la frente, la sien o la nuca. A menudo se describe como un dolor sordo, constante y opresivo. Por su parte, la ansiedad, suele manifestarse con síntomas físicos, cognitivos y conductuales y a menudo se asocia con el estrés y puede interferir significativamente con la vida cotidiana. Diversos estudios correlacionan la ansiedad y los trastornos somáticos, en específico con la cefalea de tipo tensional, afirmando que las personas con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de dolor. Esta asociación compleja y multifacética exige una comprensión profunda de los mecanismos subyacentes, las manifestaciones y las estrategias de tratamiento efectivas para abordar adecuadamente ambos problemas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) define la ansiedad como un estado caracterizado por una preocupación nerviosa exacerbada e irracional ante situaciones amenazantes o que suponen un peligro inminente. Esta sintomatología se caracteriza por manifestaciones de índole físico, tales como inquietud, sudoración, temblor, arritmias cardíacas, disnea, náuseas, mareos, malestar abdominal y tensión muscular e insomnio. También se presentan síntomas psicológicos entre los cuales destacan las alteraciones en la concentración, irritabilidad emocional, miedo a perder el control e incluso miedo a la muerte.

El DSM-5 agrupa los trastornos de ansiedad en tres categorías principales: La primera categoría es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que se caracteriza por una preocupación

y ansiedad excesivas y persistentes y que no están relacionadas con una amenaza o peligro específico. En segundo lugar, se describe el trastorno de pánico, que se distingue por episodios repentinos de miedo intenso o terror, acompañados de síntomas físicos adrenérgicos principalmente. Y, en tercer lugar, están los trastornos de ansiedad específicos, en los que se presenta un miedo y una evitación intensos y persistentes, hacia un objeto o situación específica.

Por su parte, la Organización mundial de la Salud (OMS, 2019), en su Clasificación Internacional de Enfermedades, en su undécima revisión [CIE-11], define la ansiedad como un estado de aprensión o expectación nerviosa caracterizado por inquietud, sudoración, temblor, taquicardia, dificultad para respirar, náuseas, mareos, molestias abdominales, tensión muscular e insomnio. Como se puede observar esta definición es muy similar a la proporcionada por el DSM-V, no obstante, la clasificación de dichos trastornos, si presenta algunas variaciones, al agruparlos a todos en un capítulo llamado “trastornos de ansiedad y estrés”, donde se incluyen las siguientes patologías:

Trastorno de ansiedad generalizada, que se caracteriza por una preocupación y ansiedad excesivas y persistentes que no están relacionadas con una amenaza o peligro específico; Trastorno de pánico, que se distingue por episodios repentinos de miedo intenso o terror acompañados de síntomas físicos y psicológicos graves; Trastorno de ansiedad social, cuya sintomatología refiere un miedo intenso y persistente a las situaciones sociales en las que la persona puede experimentar malestar relacionado con la interacción social; mutismo selectivo, se manifiesta principalmente una incapacidad persistente de hablar en determinadas situaciones sociales, a pesar de que la persona puede hablar con normalidad en otros entornos; trastorno de ansiedad por separación, se caracteriza por una angustia o miedo excesivos y persistentes ante la separación de los apegos

figurales; además de los trastornos de ansiedad debido a una afección médica, los inducidos por sustancias y aquellos que tienen otra especificación o de etiología no especificada (OMS, 2019).

En este sentido, la ansiedad se entiende como un fenómeno multifactorial que ha presentado un elevado interés en los últimos años, llevando a intentar dar una explicación funcional a su aparición. Entre las teorías que intentan dar explicación a este trastorno, se encuentra la teoría del desequilibrio de la serotonina, la del procesamiento cognitivo, la teoría del condicionamiento interoceptivo y la de la hipervigilancia.

López-Gil & Artigas (2020) y posteriormente Liu & Wang (2023), abordaron la teoría del desequilibrio de la serotonina, desde el ámbito psicobiológico. Esta teoría postula que una alteración en el funcionamiento de la serotonina, se correlaciona íntimamente con la sintomatología de la ansiedad, partiendo de la afirmación de que dicho neurotransmisor desempeña un papel fundamental en la regulación emocional y por ende sobre la conducta. En este orden de ideas, los autores previamente mencionados afirmaron que niveles bajos de serotonina y/o alteraciones en la interacción de la serotonina con los receptores neuronales han sido asociados a niveles altos de ansiedad.

Por su parte, Beck & Taylor (2020) y Hofmann & Baumeister (2023), centraron su atención, por medio de la teoría del procesamiento cognitivo, en el papel que tienen los pensamientos, el cuadro de creencias y patrones de procesamiento de la información, sobre el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de la ansiedad. Al respecto de estos patrones cognitivos, los autores sostienen que las personas con ansiedad, suelen verse atosigadas por pensamientos intrusivos, los cuales generalmente son no deseados, molestos o angustiantes. Así mismo, las preocupaciones excesivas, se caracterizan por la tendencia a enfocar la atención en eventos

displaceros, incluso cuando no existe un motivo real para considerarlos de tal forma. En este sentido, también las distorsiones cognitivas pueden generar un sesgo cognitivo que acarreará una percepción errónea de la realidad, elevando el grado de malestar. Los patrones de pensamiento previamente descritos, pueden hacer que la respuesta natural al estrés, se exacerbe. Cuando una persona con ansiedad, percibe una amenaza, aun cuando sea imaginaria, el cuerpo libera hormonas del estrés, tales como el cortisol y la adrenalina, que preparan al cuerpo para situaciones de emergencia, ocasionando síntomas físicos por la activación del sistema nervioso simpático.

Continuando con las teorías que intentan dar sentido a la ansiedad, se encuentra la teoría del condicionamiento interoceptivo, que sostiene que la ansiedad puede ser aprendida mediante el condicionamiento clásico, afirmando que esta alteración no solo se basa en amenazas externas, sino que también puede ser desencadenada por señales internas, que fueron emparejadas previamente con experiencias negativas. Tal es el caso de la taquicardia o la sudoración, que por lo general se asocian con situaciones estresantes o negativas, tales como una situación de peligro.

Dicha Asociación, hará que al experimentar estos estímulos internos, se desencadene una respuesta ansiosa como consecuencia de la interpretación de los mismos, incluso sin haber una situación amenazante real (Bouton & Bodie, 2020; Keuken & Meulders, 2023). Finalmente, la teoría de la hipervigilancia sostiene que las personas con ciertos niveles elevados de ansiedad, tienen una mayor tendencia a estar atento a potenciales amenazas y a la interpretación de señales ambiguas como indicadores de peligro, por lo que estas personas se pueden anticipar a la respuesta de estrés y por ende presentar una ansiedad anticipatoria. Algunas posibles causas de esta hipervigilancia pueden ser la sensibilidad a la amenaza, percibiendo constantemente el entorno como amenazante; además, las experiencias traumáticas también pueden aumentar la vigilancia, a

fin de proteger de dichas situaciones amenazantes (Bar-Haim et al., 2020; Brown & Hofmann, 2023).

Así pues, Albuja & Castro-Quezada (2020) refieren que la cefalea tensional es el tipo de dolor de cabeza más frecuente, llegando a presentarse hasta en el 70% de los adultos, por lo menos una vez al año. También afirman que la ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes, afectando a aproximadamente el 40% de las personas en algún momento de su vida. Por esto, se estima que hasta hasta el 70% de las personas con cefalea tensional también experimentan ansiedad, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. La evidencia científica actual respalda esta fuerte relación entre la ansiedad y la cefalea tensional, con estudios que indican que las personas con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de cefalea. Qiu, et al. (2021), hace referencia a un metaanálisis donde se encontró que personas con trastornos de ansiedad presentar una probabilidad 2.5 veces más de desarrollar cefalea tensional que aquellas que no presentaron niveles significativos. Así mismo, Perez, et al. (2020) y Zhang, et al. (2021), afirman que aquellas personas que poseen diagnósticos de ansiedad generalizada o fobias, son más propensos a presentar cefalea tensional.

No obstante, la relación entre la cefalea tensional y la ansiedad, no se ha dilucidado por completo, existiendo algunas incógnitas aun en la actualidad, sin embargo, la creencia de un origen multifactorial es la más sólida; Albuja, & Castro-Quezada (2020) consideran factores psicológicos, neurológicos y genéticos, como detonantes de esta condición. Entre los factores psicológicos que detonan o exacerban la cefalea tensional, se encuentran alteraciones emocionales tales como la depresión, además de factores estresores cotidianos como problemas económicos, dificultades en las relaciones, trabajo o situaciones particulares en el hogar. Sin embargo, también se pueden

atribuir factores psicologicos tales como la personalidad, los mecanismos de afrontamiento y la falta de sueño.

Por su parte, entre los factores neurológicos se contempla el procesamiento del dolor como principal factor que influye sobre el desarrollo de la ansiedad y la cefalea tensional. En la cefalea tensional, se puede identificar una hipersensibilidad en la experiencia dolorosa. Esta hipersensibilidad se relaciona con alteraciones en el funcionamiento del talamo, que funge como centro de relevo sensorial, recibiendo aferencias de diferentes areas del cuerpo y enviando señales de dolor a la corteza cerebral. En el caso de las personas con una mayor sensibilidad, el talamo continua enviando señales de dolor, pero con una amplitud mayor, por lo que la percepcion dolorosa, se eleva. Asi mismo, la corteza cingulada anterior, se asocia con la evaluacion del dolor y la toma de desiciones relacionadas con está percepcion dolorosa; por lo tanto, si el funcionamiento de la corteza cingulada anterior se altera, puede acarrear una rumiacion del dolor y por ende, una dificultad para controlarlo.

La amígdala también juega un papel importante en la regulacion emocional relacionada con el estrés y miedo, por lo que, si se altera su funcionamiento, la respuesta a estos dos aspectos puede exacerbar la sensacion de dolor. por su parte, la corteza prefrontal, la amigdala y el hipocampo, se encargan de regular las emociones, por lo que una alteracion a nivel de estas estructuras, puede encontrarse también intimamente relacionado con la ansiedad y en consecuencia con la cefalea de tipo tensional. por ultimo, la respuesta al estrés, también puede estar involucrada tanto en la ansiedad como en la cefalea tensional, involucrando en primera instancia al sistema limbico, quien se encarga de procesos mentales tales como las emociones, la memoria y la motivacion. De tal forma que, si el estrés cronico puede ocasionar que el sistema limbico puede

alterar su funcionamiento y conducir a la ansiedad, depresión e hipersensibilidad al dolor. En este mismo orden de ideas, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), se encarga de regular la respuesta al estrés, por lo que niveles crónicos de estrés, conducen a la liberación de catecolaminas y otras hormonas que alteran el funcionamiento del sistema nervioso.

Finalmente, Chamburi, Uthman y Rahman (2022) hacen referencia a los factores genéticos como un componente altamente significativo, enfatizando en que tanto la herencia como la interacción con el medio ambiente, son aspectos que influyen sobre la aparición y aumento de la ansiedad y de la cefalea tensional.

La cefalea tensional tiene una relación directa con la presencia del estrés y la ansiedad, pues Campuzano & Martínez (2005) intentaron explicar la presencia de las enfermedades y su incremento con relación al estrés, bajo tres modelos: el primer modelo se conoce como modelo de Diátesis-Estrés, también conocido como modelo de predisposición al estrés. El segundo es llamado modelo de la personalidad resistente y el tercero es el modelo de trastorno de Identidad Disociativa.

Modelo de Diátesis-Estrés - Predisposición al Estrés

Este modelo propuesto originalmente por Zubin & Spring (1977), quienes afirmaron que la combinación de factores de orden biológico (diátesis) y factores ambientales o de vida que pueden causar una respuesta emocional desagradable (estrés), favorece el desarrollo de trastornos psicológicos como la ansiedad. En este sentido, se entiende que algunas personas tienen una mayor propensión a hiperreaccionar a determinados estresores ambientales de manera que son más vulnerables que otras a las enfermedades relacionadas con el estrés.

La predisposición al estrés según Gómez et al. (2020), corresponde a la diátesis haciendo referencia a la propensión que un individuo tiene a desarrollar algunos trastornos o el nivel de vulnerabilidad que presenta partiendo de sus características biológicas y/o genéticas. Con relación a lo genético, se entiende que algunas personas tienen una tendencia mayor a desarrollar ciertos trastornos partiendo de la herencia. En este sentido, los factores genéticos engloban características físicas o neurobiológicas que pueden incrementar la susceptibilidad a presentar niveles de estrés que corresponden a factores hereditarios. Mientras tanto, los factores ambientales o de vida, involucran eventos traumáticos, estresores diarios, tales como el trabajo, situaciones familiares y cambios significativos, como divorcios, cambios de vivienda y trabajo, entre otros.

Por ende, la interacción entre estos dos factores previamente mencionados, aumentan la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental. De tal forma que, un individuo con una diátesis fuerte y un nivel alto de exposición al estrés puede incrementar estas alteraciones; mientras que alguien con una diátesis menos elevada, requerirá niveles más altos de estrés para manifestar alguna alteración en su salud mental. No obstante, también pueden existir factores protectores tales como el apoyo social, las herramientas personales de afrontamiento y un entorno favorecedor.

Modelo de la personalidad resistente

El modelo de la personalidad resistente fue desarrollado por el psicólogo Salvatore Maddi y su esposa Suzanne Kobasa, en 1979 citados por Zubin & Spring (1977). Este modelo sostiene que las características de la personalidad pueden ayudar a las personas a afrontar el estrés, además de sobrellevar efectivamente las situaciones cotidianas. De acuerdo con los autores de este modelo, la personalidad resistente, también llamada “*Hardiness*”, se trata de un modelo que abarca características de personalidad que brindan herramientas de afrontamiento ante el estrés. La

personalidad resistente se compone de tres componentes principales: compromiso, control y desafío.

En el primer componente, que es el compromiso, aquellas personas con una personalidad resistente tienen la tendencia a identificar los eventos estresantes como oportunidades de desarrollo personal. Estas personas, tienen un compromiso con la vida y sus objetivos son claros, lo que da un mayor sentido a las acciones. El segundo componente, es el control, aquellos que tienen una personalidad resistente, reconocen y asumen las consecuencias de sus acciones, por lo que manifiestan una mayor capacidad para trabajar sobre sus áreas de oportunidad. Finalmente, el desafío como tercer componente, que implica la percepción de las dificultades como un estímulo positivo para aprender y crecer a través de ellas (Zubin & Spring, 1977).

Modelo de trastorno de identidad disociativo

De acuerdo con el modelo del trastorno de identidad disociativo, propuesto por Dell (2006), se sostiene que la identidad disociativa surge como respuesta a experiencias traumáticas en las diferentes etapas del desarrollo. De tal manera que este proceso de disociación surgió como un mecanismo de afrontamiento para ayudar a sobrellevar dichos eventos perturbadores. En este mismo contexto, desde la perspectiva de la psicología y la psicopatología, el término "identidad disociativa" suele referirse al Trastorno de Identidad Disociativo (TID), anteriormente conocido como Trastorno de Personalidad Múltiple. Este trastorno es caracterizado por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad distintos en una misma persona junto con amnesia entre estas identidades. Cada identidad puede tener características, recuerdos y comportamientos únicos.

Es importante tener en cuenta lo que menciona Romero-Lopez (2016), que el término "identidad disociativo" puede ser confuso, ya que la disociación en sí misma es un fenómeno psicológico más amplio que no siempre implica la presencia de identidades múltiples. La disociación se refiere a un mecanismo de defensa psicológico que implica la separación de ciertos aspectos de la conciencia, la memoria o la identidad para hacer frente a situaciones de estrés extremas o traumáticas. Aunado a esto, Veloz & Lorenzo (2017) abordaron la relación que existe entre la somatización y las emociones, haciendo hincapié en que las emociones son un aspecto relevante para el posible desarrollo de una alteración en la salud del individuo, sin embargo, sostienen que las emociones no producen síntomas somáticos por el simple hecho de existir, sino que son las representaciones emocionales a nivel inconsciente las que desencadenan esta respuesta.

La cefalea tensional desde una perspectiva psicológica

La concepción de salud ha pasado por una serie de transformaciones a lo largo de la historia, partiendo de una concepción puramente biológica según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (OMS, 1948, 1992), hasta llegar a la definición actual, que comprende tanto lo físico, como lo mental y lo social, haciendo hincapié en que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que también es importante mantener niveles óptimos de bienestar físico, mental y social. De tal manera que esta percepción ha impactado sobre el diagnóstico de las enfermedades, haciendo evidente la existencia de patologías que van más allá de lo físico. La OMS (2013) definió a la salud mental como "...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad...".

De la Fuente et al. (2014) hicieron referencia a la marcada inclinación de la sociedad actual hacia el pensamiento biomédico, que se caracteriza por técnicas diagnósticas y reparadoras de la lesión, dejando de lado aquellos síntomas somáticos que no poseen una explicación clínica de significancia. Mientras que, por su parte, Veloz & Lorenzo (2017) refieren que la somatización ha pasado a ser un problema de salud pública de máxima importancia, debido a que, en gran parte del tiempo, el síntoma no disminuye ante un tratamiento médico habitual. Complementando esta aseveración, Modrego et al. (2018) afirmaron que un aspecto muy importante a la hora de abordar la temática de la atención a los trastornos somáticos que refiere a que las situaciones con las que se enfrentan los pacientes con este tipo de patologías, tales como las intervenciones del personal médico van encaminadas a la farmacología, y se ven descuidados otros aspectos como lo es el tratamiento psicológico que es nulumamente prescrito.

No obstante, referir el término somatización no es algo nuevo. En la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1980) se abordaban los trastornos somatomorfos describiéndolos como aquel grupo de desórdenes con síntomas físicos que no poseen una demostración orgánica o fisiológica, por lo que se presupone que tienen una etiología psicológica. En la actualidad, el DSM V (APA, 2014), aborda estas alteraciones, agrupándolas en el apartado de trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados. Las características fundamentales de dichas alteraciones son las siguientes: es necesaria la presencia de uno o más síntomas que causen malestar o problemas importantes en la vida diaria, además, deben de ir acompañados de sentimientos, pensamientos o conductas excesivas relacionadas con los síntomas y la persistencia del malestar debe ser mayor a seis meses. La etiología de estas patologías puede ser diversa, ya que depende del contexto del individuo, se ha identificado con frecuencia que el desenvolvimiento en una familia con ambiente disfuncional,

ansiedad y depresión, como los principales detonantes de este tipo de trastornos (Arancibia et al, 2016).

Capítulo II. Tratamientos psicológicos para la cefalea tensional en adultos

Actualmente se tienen una gran convicción de que la salud implica una interacción entre aspectos físicos, mentales y sociales, tal como lo aseveró la OMS (1948), quien sostiene que más allá de la simple disminución de enfermedades, la cuestión es preservar el bienestar del individuo en áreas física, mental y social. Es así como esta percepción ha impactado sobre el diagnóstico de las enfermedades haciendo evidente la existencia de patologías que van más allá de lo físico.

En este orden de ideas, se asume que las emociones repercuten sobre la aparición y desarrollo de las enfermedades, más no se consideran en el proceso de recuperación. Sin embargo, los pacientes policonsultantes representan un elevado número de individuos. En términos de salud pública, García & Castro (2017) afirmaron que los pacientes poli-consultantes en adultos llegan a consumir aproximadamente un tercio de los gastos en salud, un 30% del total de pacientes adultos y consumen un 80% de las consultas de los centros de salud; siendo un factor para tomar en cuenta en las intervenciones que se realizan con este grupo de pacientes por parte del equipo de salud. Mientras tanto, en relación con la información correspondiente a Ciudad Juárez, no se encontraron suficientes investigaciones al respecto, por lo que se considera indispensable profundizar en la generación de esta información.

Durante la revisión de la bibliografía, se ha encontrado poca información enfocada en el tratamiento de las cefaleas tensionales desde una perspectiva psicológica. Así mismo, como se ha mencionado, la cefalea tensional, es una de las principales causas de consulta en neurología, sin embargo, la atención brindada no es integral, ya que la sintomatología no desaparece por completo al dejar desatendido el componente emocional que detona esta alteración. Los criterios de selección de la investigación fueron seleccionados siguiendo la estrategia PICOS que utilizó los

siguientes parámetros: *Population*, que indica la población con la que se pretende trabajar en la investigación; *Intervention*, que determina las características de las intervenciones empleadas; *Comparison*, aborda los tipos de comparadores utilizados en la revisión; *Outcomes*, aborda los resultados que se esperan obtener de este estudio y, *Study design*, menciona los diseños de los estudios empleados en la investigación. La siguiente tabla, presenta la descripción de los datos de la estrategia PICOS.

Tabla 1.

Estrategia PICOS

Population	Intervention	Comparison	Outcomes	Study design
Personas adultas con diagnóstico de cefalea tensional	Tratamientos psicológicos para la cefalea tensional	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes diagnosticados con cefalea tensional y pacientes no diagnosticados • Tamaño del efecto • Comparación por género 	Puntuaciones obtenidas de medias en las escalas aplicadas	Estudios clínicos aleatorizados, cuasi-experimentales y observacionales.

Para la elaboración de la presente consulta se llevó a cabo una exploración exhaustiva de la bibliografía existente a la fecha, empleando la información contenida en los buscadores Med line, Cochrane, Ebsco, Scopus y Pubmed, sobre los artículos publicados en el periodo 2015 -2020, relacionados con tratamientos psicológicos para la cefalea tensional en adultos; empleando los siguientes parámetros de búsqueda: “Cefalea tensional”, “Somatización”, “Somatic*”, “Psicosomatic*”, “Psicolog*”, “Adult*”, “Intervención”, “Programa”, “Sistematic*”, “Estudio”; así como sus traducciones al inglés. Dichos parámetros se organizaron de la siguiente manera, para generar la estrategia de búsqueda empleada:

Español:

“Cefalea tensional” OR “Somatización” OR “Somatic*” OR “Psicosomatic*” AND “Psicolog*”
AND “Adult*” AND “Intervención” OR “Programa” OR “Sistematic*” OR “Estudio”

Traducción al inglés:

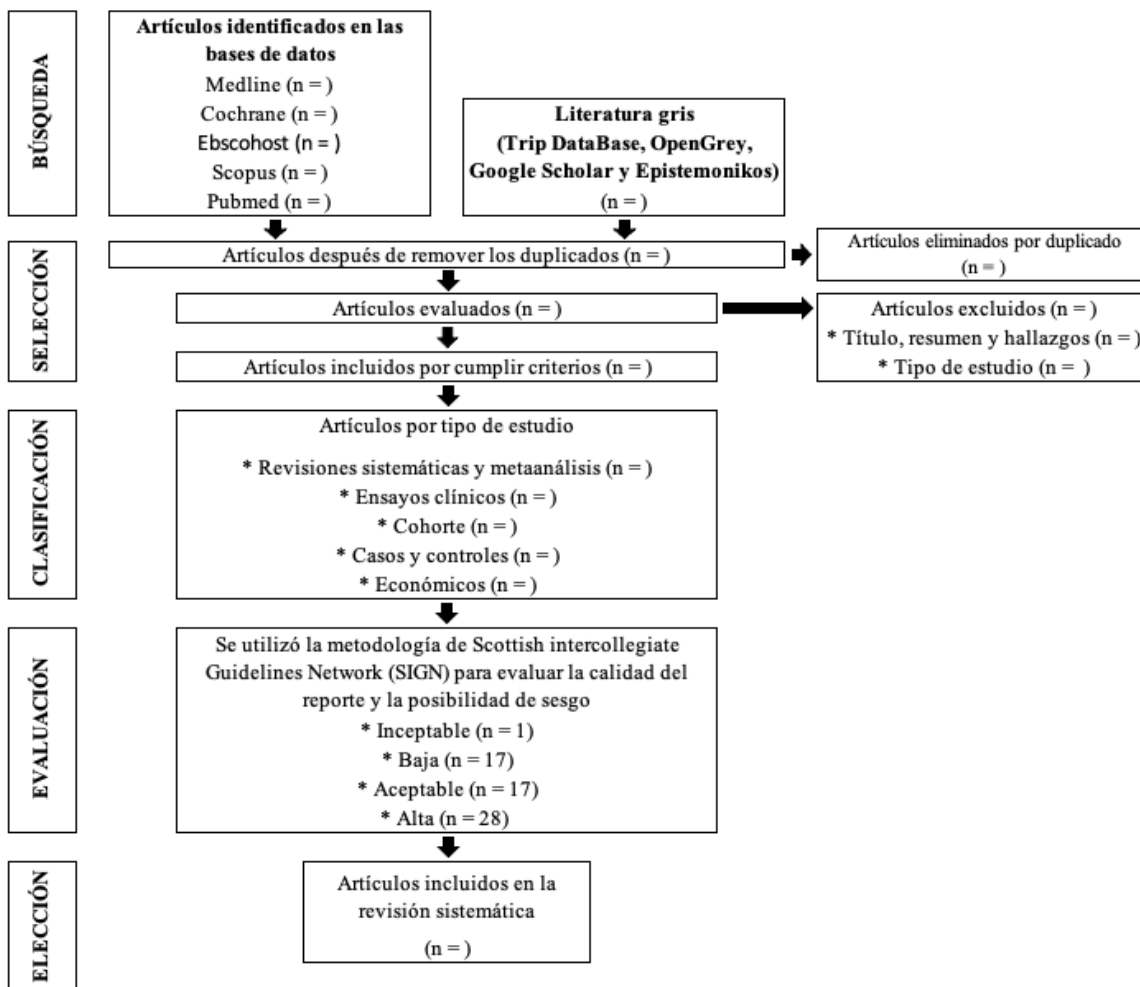
“Tension type headache” OR “Somatization” OR “Somatic” OR “Psychosomatic” AND
“Psycho*” AND “Adult” AND “Intervention” OR “Program” OR “Systematic” OR “Study”

Los criterios de inclusión aplicados a esta revisión sistemática fueron los siguientes: a) Los artículos que informen sobre los trastornos mentales de ansiedad, depresión o somatización; b) Artículos que aborden la temática de la cefalea tensional y c) Que se hayan publicado entre los años 2015-2020. Entre tanto, se excluyeron aquellos artículos relacionados con medicina u otras áreas distintas a la psicología y los artículos cuyo enfoque fuera una población diferente a la del interés de este artículo.

De esta forma, se revisaron los artículos empleando las ecuaciones de búsqueda mencionadas, en los buscadores indicados, aplicando los criterios de inclusión y exclusión deseados, concentrando sólo aquellos que cumplan con la totalidad de estos. Así mismo, los datos de los artículos fueron concentrados en la base de datos elaborados en un documento de Excel, por lo que se considera la estrategia PICOS como principal método de extracción de datos relevantes para la investigación. Los procesos y resultados de la revisión sistemática se muestran en la figura 1.

Figura 1.

Diagrama del proceso de selección de artículos



Tratamientos para la cefalea tensional

El tratamiento para la cefalea tensional suele tener múltiples enfoques, que se engloban principalmente en farmacológicos y no farmacológicos. Los primeros se enfocan particularmente en la desaparición del síntoma, mientras que los segundos pueden abordar la sintomatología de manera preventiva y remedial. Entre los tratamientos farmacológicos más comúnmente empleados

se encuentra el uso de analgésicos, generalmente de venta libre y, en consecuencia, muchas veces utilizados sin prescripción médica alguna. Asimismo, el uso de relajantes musculares, antidepressivos tricíclicos y terapia hormonal son otros fármacos frecuentemente utilizados (Benítez et al., 2021). Por su parte, el enfoque no farmacológico en la atención de la cefalea tensional abarca principalmente cambios en el estilo de vida, además de terapia física y psicológica (Butery, 2022).

Tratamientos farmacológicos

En el tratamiento farmacológico de la cefalea tensional, se pueden utilizar varios tipos de medicamentos para aliviar el dolor y reducir la frecuencia de los episodios. Entre estos medicamentos se encuentran los antiinflamatorios no esteroides (AINEs), como el ibuprofeno, el acetaminofén y la aspirina, que tienen propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias. El modo de acción de estos analgésicos es bloquear la actividad de las prostaglandinas, que están involucradas en la respuesta del cuerpo al dolor e inflamación.

En este mismo sentido, se identifican otros tratamientos farmacológicos con una especificidad mayor, de acuerdo con las características presentes en cada paciente. Tal es el caso de cefaleas tensionales persistentes o intensas, donde los AINEs no son completamente funcionales, dilucidando la necesidad de involucrar otro tipo de medicamento como relajantes musculares, que ayuden a reducir la tensión muscular que contribuye a la presencia e intensificación de este tipo de cefalea (Rodríguez-Castro & Castillo, 2019).

De igual manera, Benites et al. (2021), refirieron que los antidepressivos tricíclicos favorecen la regulación de esta patología, que, aunque, como su nombre lo indica, su principal

función es sobre la depresión, también tienen propiedades analgésicas. No obstante, es importante recordar que el componente emocional es muy importante en la etiología de este tipo de cefalea, por lo que también puede coadyuvar en la regulación de las emociones. Incluso, la terapia de reemplazo hormonal puede considerarse como un tratamiento para la cefalea tensional, partiendo de la premisa de que los cambios hormonales, tal como sucede durante el ciclo menstrual, pueden detonar la aparición de este tipo de cefaleas.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada caso de cefalea tensional requiere su valoración individual, por lo que, en cuanto a los tratamientos farmacológicos, no pueden ser generalizados para todos los casos. Además, la medicación no exime al paciente de abordar la problemática desde un panorama holístico, que involucra cambios en el estilo de vida, fisioterapia, terapia cognitivo-conductual y otras intervenciones según la evaluación médica.

Cambios en el estilo de vida

Al igual que el abordaje farmacológico, los cambios en el estilo de vida pueden desempeñar un papel importante en el manejo y la prevención de la cefalea tensional. Entre los cambios con mayor impacto sobre este aspecto, Butery (2022) refirió que se encuentran el cuidado de la alimentación e hidratación, así como el control en el consumo de alcohol y cafeína; además de la realización de actividad física, mantener una óptima higiene del sueño y administración del tiempo y espacios de ocio y recreación.

La falta de nutrientes, niveles significativos de deshidratación y consumo de cafeína y otras sustancias alteran el funcionamiento normal del organismo, por lo que es necesario tener bajo control estos factores para favorecer el funcionamiento adecuado del cuerpo. En este mismo orden

de ideas, la realización de ejercicio y una rutina sana de sueño permiten la regulación de funciones básicas del sistema nervioso, repercutiendo sobre la salud física en general. Asimismo, administrar el tiempo y generar espacios de ocio y recreativos contribuyen en la disminución del estrés, que es el principal detonante de este tipo de dolor de cabeza.

Terapia física

Por su parte, Del-Blanco & Zaballos (2018) sostuvieron que la terapia física puede proporcionar varios beneficios en el manejo de la cefalea tensional al abordar aspectos musculares y posturales que pueden contribuir a la tensión y al dolor de cabeza. Entre las técnicas más frecuentes de fisioterapia se encuentra la relajación muscular, que se enfoca en la disminución de la tensión de la musculatura involucrada en el surgimiento de la cefalea tensional. Por ende, la ergonomía es de alta relevancia, al mantener una postura adecuada en las diferentes actividades cotidianas, previniendo la tensión muscular relacionada con una mala postura y, por consecuencia, la cefalea tensional.

En este mismo sentido, la movilización articular, realizada por un fisioterapeuta, implica manipulaciones suaves de las articulaciones para mejorar la amplitud de movimiento y reducir la rigidez, lo cual puede ser beneficioso en algunos casos de cefalea tensional; al igual que las técnicas de liberación miofascial, cuya finalidad es liberar la tensión en la fascia, el tejido conectivo que rodea los músculos para aliviar la rigidez y mejorar la función muscular.

Terapia cognitivo conductual

Un componente significativo en la evolución de esta patología de la cefalea tensional es el emocional, por lo que, por su parte, se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual, que es

el enfoque psicoterapéutico manejado en esta investigación, puede ayudar a identificar y modificar patrones de conducta y pensamiento que generalmente se relacionan con la cefalea tensional. Entre las técnicas comúnmente empleadas en el enfoque cognitivo conductual y que muestran evidencia científica de su funcionamiento en el control de la cefalea tensional, se encuentra el desarrollo de habilidades de afrontamiento, generando estrategias para manejar el estrés y otros factores que alteran la estabilidad emocional.

En conjunto, la reestructuración cognitiva permite identificar y modificar aquellos pensamientos distorsionados o negativos que pudieran contribuir al dolor de cabeza de tipo tensional. Asimismo, establecer metas realistas y pautas para solucionar problemas diversos permite su abordaje de manera efectiva. Aunado a esto, se recomienda llevar un registro de cefaleas para intentar identificar patrones de eventos estresantes, sueño, alimentación y otros factores que puedan relacionarse con la aparición de la cefalea (Hernández et al., 2022).

Capítulo III. Propuesta de intervención integral para la cefalea tensional asociada a la ansiedad

Ansiedad en personas con cefalea tensional

Participaron once personas con una edad promedio de $x=45$ años ($DS=7.7$) entre 34 y 59 de los cuales, el 72% (8) fueron mujeres y 28% (3) hombres quienes indicaron contar con tratamiento médico de poli consulta por diagnóstico expreso de dolor de cabeza (cefalea) en diversos centros de salud, entre un mes hasta los ocho meses con médico general y entre un mes y un año con especialista en neurología, con una media de satisfacción de la atención de $x=7.7$ ($DS=1.4$) entre 5 y 10 puntos en una escala de 10.

Los participantes señalaron contar con un promedio de $x=2$ hijos ($DS=1.4$) entre 0 y 6 hijos, siendo el 64% (7) con situación civil de casados, 18% (2) divorciados, 9% (1) soltero y 9% (1) viudo. Reportaron que el 46% (5) cuentan con escolaridad de secundaria, 18% (2) primaria, 18% (2) preparatoria, 18% (2) Profesional. Así mismo, el 26% (4) no trabaja (hogar), 16% (4) empleados de maquiladora, 9% (1) en comercio, 9% (1) ingeniería y 9% (1) en departamento administrativo.

Los once participantes contestaron el instrumento AMAS-A obteniendo un alpha de Cronbach de $a=.789$ considerando indicadores de confiabilidad aceptable del instrumento, para identificar niveles de ansiedad con aceptable veracidad al obtener una puntuación de $x=31.8$ ($DS=1.1$) entre 31 y 34 en la subescala de mentira (Tabla no. 1). La escala obtuvo. Así mismo, resultó una media en puntuación estandarizada (puntuación T) de $x=58.8$ ($DS=7.1$) entre 48 y 68 en la subescala de inquietud/hipersensibilidad, siendo que el 27% (3) resultaron en una categoría

de clínicamente significativa, 46% (5) moderada y 27% (3) con elevación leve. Esto indicó que, considerando la presencia de ansiedad a partir del segundo percentil con corte de 14 puntos porcentuales mayor a la media estándar y 20 puntos mayor a la media clínica, la categoría de moderada representó presencia de ansiedad, por lo que, en esta dimensión, la mayoría de los participantes con cefalea, en hasta un 70%, mantuvieron procesos de internalización que consumía un exceso de energía emocional al percibir fracaso o frustración; principalmente en mujeres ($x=62.1$) respecto a los hombres ($x=50.0$) ($F=14.967$, $Sig.=.004$), independientemente de la edad, la condición civil, del número de hijos, de la escolaridad, del nivel de satisfacción a la atención médica y del tiempo que llevan en atención con especialista neurológico.

Tabla No. 1

Estadísticos de subescalas y Ansiedad Total

N=11	Mínimo	Máximo	Media	DS	Asimetría	Curtosis
Inquietud/Hipersensibilidad	48	68	58.8	7.2	0.039	-1.204
Ansiedad fisiológica	55	75	66.3	5.9	-0.543	-0.117
Preocupación social	40	72	63.4	9.1	-1.895	4.232
T Total	49	75	64.4	7.9	-0.645	-0.157
Mentira	31	34	31.8	1.2	0.883	-1.046

Elaboración propia

Por otro lado, con un promedio de $x=66.3$ ($DS=5.8$) entre 55 y 75 en la subescala de ansiedad fisiológica, el 64% (7) resultaron con ansiedad clínicamente significativa y 36% (4) en ansiedad moderada. Por consiguiente, considerando la presencia de esta dimensión, la totalidad (100%) de los participantes reflejaron respuestas o manifestaciones físicas y sintomatología somática; principalmente en mujeres ($x=68.5$) respecto a los hombres ($x=60.3$) ($F=6.526$, $Sig.=.031$), independientemente de la edad, la condición civil, del número de hijos, de la

escolaridad, del nivel de satisfacción a la atención médica y del tiempo que llevan en atención con especialista neurológico (Tabla no. 2).

Tabla No. 2

Estadísticos de subescalas y Ansiedad Total

N=11	Ansiedad Baja	Elevación leve	Ansiedad moderada	Clínicamente significativa	Ansiedad Extrema
Inquietud/Hipersensibilidad	-	27.3 % (3)	45.5 % (5)	27.3 % (3)	-
Ansiedad fisiológica	-	-	36.4 % (4)	63.6% (7)	-
Preocupacion social	9.1 % (1)	-	27.3 % (3)	63.6 % (7)	-
T Total		9.1 % (1)	36.4 % (4)	45.5 % (5)	9.1 % (1)

Elaboración propia

También, con una media de $x=63.4$ ($DS=9.0$) entre 40 y 72 en la subescala de preocupación social, en donde el 64% (7) resultó con ansiedad clínicamente significativa, 27% (3) moderada y 9% (1) con elevación leve. Se considera que existió presencia de esta dimensión social en los participantes con cefalea asociada al estrés y a las preocupaciones acerca del punto de vista de los demás, de las actividades sociales y de la vida cotidiana; de ahí la noción de cefalea tensional; principalmente en mujeres ($x=67.5$) respecto a los hombres ($x=52.3$) ($F=13.912$, $Sig.=.005$) y la preocupación social es menor a medida que aumenta la escolaridad ($x=64-48$) ($F=6.069$, $sig.=.023$), independientemente de la edad, la condición civil, del número de hijos, del nivel de satisfacción a la atención médica y del tiempo que llevan en atención con especialista neurológico.

Finalmente, con un promedio de $x=64.3$ ($DS=7.8$) entre 49 y 75 en la escala general de ansiedad total, el 9% (1) se ubicó en la categoría de ansiedad extrema, 46% (5) con ansiedad clínicamente significativa, 36% (4) moderada y 9% (1) con elevación leve. La ansiedad total refleja

síntomas como preocupación, inquietud, sentimiento de aprehensión y temor irracional manifestados en la fisiología, cognición y en las interrelaciones tomándose como valor de referencia T65. Al respecto se considera que los once participantes con cefalea manifestaron ansiedad total de acuerdo a los resultados generales del instrumento; principalmente en mujeres ($x=68.2$) respecto a los hombres ($x=54.0$) ($F=22.464$, $Sig.=.001$), y la ansiedad total aumenta a medida que aumenta el tiempo de atención con especialista neurológico ($x=57-65$) ($F=5.498$, $sig.=.042$), independientemente de la edad, condición civil, del número de hijos, de la escolaridad y del nivel de satisfacción a la atención médica.

En los análisis de la interrelación de las subescalas del AMAS-A, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas de la escala Ansiedad total con todas las subescalas del mismo instrumento (ver tabla 3). Esto indica que a mayor inquietud/hipersensibilidad, mayor ansiedad fisiológica y mayor es la preocupación social y correlaciones negativas no significativas con la subescala de Mentira.

Tabla No. 3
Correlaciones entre subescalas y Ansiedad Total

N=11	Ansiedad fisiológica	Preocupación social	T Total
Inquietud/Hipersensibilidad	.717* (0.013)	.640* (0.034)	.924** (0.000)
Ansiedad fisiológica		.671* (0.024)	.861** (0.001)
Preocupación social			.855** (0.001)

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones negativas no significativas con la subescala de Mentira.
Elaboración propia

Propuesta cognitivo-conductual

A principio de la década 2010, Schulte & Petermann (2011) abordaron los trastornos somatomorfos desde una perspectiva social, describiendo los factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de alguna patología de este tipo, principalmente en niños y adolescentes relacionados con psicopatología de familiares cercanos, clima familiar disfuncional, experiencias traumáticas en la infancia y apego inseguro. Años más tarde, De la Fuente et al. (2014) describieron algunas opciones terapéuticas para el abordaje de los trastornos de origen somático. Entre estas opciones incluyeron la atención especializada farmacológica por parte de un psiquiatra y la intervención de un psicoterapeuta. Arancibia et al (2016) consideraron la alexitimia como factor que perpetua los síntomas y reconocieron a la terapia cognitivo conductual en conjunto con la terapia farmacológica por medio de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como una de las técnicas más efectivas en el tratamiento de estos trastornos.

Diseño de intervención

El estudio emplearía un diseño cuasi experimental de medidas repetidas pretest-postest con grupo control. Se administrarían cuatro instrumentos de evaluación antes y después de la intervención. Los instrumentos administrados evaluarían las variables dependientes objeto de estudio: Ansiedad, estrés, depresión, somatización y nivel de dolor. El diseño metodológico de la presente investigación es el siguiente:

G₁ 0₁ X 0₂

Para evaluar el efecto del programa, en primer lugar, se pretende realizar análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas, con las puntuaciones pretest de las personas con cefalea tensional, las puntuaciones posttest de las mismas personas, así como diferencias pretest y posttest entre los grupos experimental y control. También se tiene previsto calcular el tamaño del efecto por medio de la prueba “d de cohen”. Así mismo, se pretende llevar a cabo una regresión logística, que identifique la probabilidad de ocurrencia de la cefalea tensional, antes y después de la aplicación de la intervención.

La aplicación de las pruebas elegidas permitiría observar la esperada alta relación entre la ansiedad, el estrés y la presencia de cefalea tensional en personas adultas. Así mismo, se observa una disminución en la presencia de estas a raíz de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual descrito en esta investigación. De igual manera, la comparación de los índices de ansiedad y estrés del pre-pos evaluación, permitiría confirmar la influencia de estos dos sobre la aparición de síntomas somáticos. El procedimiento estadístico de la información obtenida se realizará empleando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) en su edición número 25, para sistema operativo Mac.

Estrategias de registro

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A), busca evaluar la ansiedad considerando diferentes aspectos, tales como Inquietud/hipersensibilidad, Ansiedad fisiológica y Preocupaciones sociales/estrés. La Escala en su edición para adultos consta de 36 ítems, de los cuales 36 se relacionan directamente con ansiedad, y 6 corresponden a una escala de sinceridad. La forma de aplicación puede ser grupal o individual, respondiendo si/no a cada afirmación, según sean las características del individuo (Reynolds et al, 2003).

Se empleará la Escala sintomática de estrés (ESE), que determina el nivel de estrés a partir de la sintomatología psicósomática referida por el sujeto. Esta escala consta de 18 ítems relacionados con síntomas psicósomáticos expresados en el organismo. La frecuencia de estos síntomas posee un valor cuantitativo que va del 0 al 3, siendo el cero la ausencia del síntoma y el 3 una frecuencia elevada.

Por su parte, la variable de depresión será medida con el Inventario de Depresión de Beck, que consta de 21 ítems, auto aplicables para medir la gravedad de los síntomas depresivos en la última semana. Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta, que se califican de 0 a 3 puntos, donde el mayor puntaje indica una mayor sintomatología depresiva.

Así mismo, se empleará el cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ), que mide la intensidad o gravedad de los síntomas somáticos empleando 15 ítems. Este cuestionario posee un alfa de Cronbach $\alpha=0.80$, lo que implica una consistencia satisfactoria.

Mientras que, para evaluar los efectos incapacitantes de la cefalea tensional, sobre las actividades de la vida cotidiana se empleará la escala MIDAS. Este instrumento consta de 8 reactivos relacionados con la frecuencia e intensidad dolorosa de la cefalea tensional. La consistencia interna de la prueba arroja un alfa de Cronbach de 0.83, que indica que es un instrumento confiable (Stewart et al., 2000).

Objetivo de la intervención

El propósito de la intervención sería contribuir en la disminución significativa de la cefalea tensional analizando los factores psicosomáticos relacionados con la misma en pacientes de los servicios de salud pública por medio de un programa de intervención cognitivo conductual.

Procedimiento

La población de la propuesta de intervención estaría conformada por adultos que acuden a servicios de salud pública de la entidad. Por su parte, la muestra será no probabilística, seleccionando a los participantes por conveniencia. Para lograr los análisis significativos se requiere una muestra de mínimo 60 personas en edad adulta que deseen participar en la investigación.

El principal criterio de inclusión será que sean pacientes de la policonsulta, como indicador de poca mejoría ante el tratamiento médico, partiendo de la definición de Picado citado en Ballas et al. (2016) que cita a, quien afirma que paciente policonsultante es aquel individuo que acude a más de 7 consultas médicas, espontáneas, por año, en el mismo centro de salud. En contraste, la presencia de causas orgánicas que puedan relacionarse con el origen de la cefalea será un factor de exclusión. Así mismo, la ausencia de indicadores de alteración neurológica en el electroencefalograma servirá de sustento para descartar alteraciones orgánicas.

Se pretende implementar un programa de intervención cognitivo conductual, por medio del cual se enseñarán técnicas de manejo de las emociones como la ansiedad y estrés, con el propósito de disminuir la cefalea tensional y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La muestra de participantes se dividirá en dos grupos (experimental y control). Ambos grupos recibirán el taller,

sin embargo, al grupo experimental se le enseñarán las técnicas de manejo emocional, mientras que al control no, esperando que las personas que conforman el grupo experimental aprendan a manejar de forma correcta sus emociones.

La intervención consistirá en nueve sesiones agrupadas en tres fases. La primera fase consistirá en realizar la evaluación inicial de los participantes; las sesiones posteriores consistirán en un proceso terapéutico individual para aprender manejo de emociones y conformarán la segunda fase; por último, sesión final servirá para llevar a cabo la evaluación posterior a la intervención, siendo esta la tercera fase. Cada sesión tendrá una duración de una hora aproximadamente.

Número de sesión	Objetivos	Descripción de actividades
Sesión 1	Presentar el programa y llenado de documentos de inicio	Encuadre del taller y llenado de documentos de inicio. <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de actividades, forma de trabajo y duración de cada sesión • Dudas y respuestas • Lectura y firma del consentimiento informado. • Llenado de cuestionario de datos sociodemográficos
Sesión 2	Establecer rapport con los participantes y evaluación previa a la intervención	Técnica de presentación <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién soy?, ¿Cómo soy?, ¿Qué quiero aprender? (Expectativas) Aplicación de Instrumentos seleccionados para la evaluación: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A) • Inventario de Depresión de Beck • Escala sintomática de estrés (ESE) • Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ) • Escala MIDAS
Sesión 3	Identificar la importancia del manejo de las emociones y su relación con la salud	Psicoeducación <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la importancia del manejo positivo de las emociones y su relación con algunos malestares físicos • Sesión de preguntas y respuestas por parte de los asistentes

Sesión 4	Aprender la importancia de la respiración como medio de disminución de la ansiedad	<p>Relajación por Respiración profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se aborda la importancia de la respiración en el control de las emociones y su impacto sobre la salud física y mental. • Se explica paso a paso la forma de respirar profundamente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhalación por la boca en al menos tres segundos, procurando que los pulmones se llenen completamente. 2. Sostenimiento: durante al menos 3 segundos, deben mantener el aire 3. Exhalación por la nariz o por la boca cuando sea para relajarse y continuar con las actividades. (SS, 2014)
Sesión 5	Conocer los efectos que tienen los pensamientos irracionales sobre el estado de ánimo	<p>Detección de pensamientos irracionales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se explica a los participantes que para llevar a cabo la reevaluación de los pensamientos erróneos es necesario que aprendan a separar acontecimientos, pensamientos y sentimientos. Para ello se escribe en la pizarra el A-B-C. La columna A es para los acontecimientos, la columna B para los pensamientos y la columna C para los sentimientos. Se explica cómo se llenaría la hoja con algún ejemplo. 2. Se pide a los participantes que completen por lo menos dos líneas de una hoja A-B-C cada día, una en relación con el evento traumático y la otra con un suceso cotidiano, negativo o positivo. 3. Se les pide, asimismo, que sigan llevando a cabo en casa el ejercicio de control de la respiración dos veces al día y que lo registren. El terapeuta debe fijar con las participantes los momentos elegidos (SS, 2014)
Sesión 6	Reconocer los beneficios de la detención del pensamiento sobre el estado de ánimo	<p>Detención del pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a los pacientes la forma de controlar pensamientos que presenta de forma constante, que le son molestos y que no le ayudan a sentirse mejor. • Solicitar a los y las pacientes que identifiquen una idea no deseada, y cuando esté adentrada en el pensamiento, gritar “alto”. • Esto producirá una respuesta de sobresalto que interrumpe el pensamiento no deseado (SS, 2014) • Enfocar la atención en otro aspecto
Sesión 7	Desarrollar herramientas para resolver problemas	<p>Instruir al paciente en los principios de la técnica de solución de problemas, como estrategia de control sobre las tensiones de la vida.</p> <p>Mostrar y explicar las diferentes fases de la técnica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; 2. Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. <p>Aplicar el procedimiento a un problema seleccionado por el paciente.</p>
Sesión 8	Aprender técnicas de estimulación de puntos gatillo	<p>Mencionar a los participantes que pueden aplicar otras técnicas para disminuir la cefalea tensional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar que son los puntos gatillo y donde se encuentran • Describir la forma correcta de estimulación • Pedir a los participantes que los identifiquen en ellos mismos.

Sesión 9	Aplicar la evaluación final y cierre del taller	<p>Aplicación de Instrumentos seleccionados para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A) • Inventario de Depresión de Beck • Escala sintomática de estrés (ESE) • Cuestionario sobre la salud del paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ) • Escala MIDAS <p>Cierre del taller</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué aprendí?, ¿Qué cambiaría? ¿Cómo me siento? <p>Preparación para recaídas</p> <p>Comentarios finales y agradecimiento</p>
----------	---	--

Se espera que mediante esta intervención se logre un impacto positivo en los pacientes que presentan cefalea tensional. Aprendiendo a regular sus emociones, trayendo como consecuencia una disminución en la frecuencia de la manifestación de este tipo de malestar.

Es decir, esta afirmación surge del conocimiento de que al identificar y modificar los patrones cognitivos negativos o alterados, las manifestaciones conductuales y emocionales se verán impactadas de manera positiva, lo que conllevará a una disminución en la incidencia de la cefalea tensional. En este mismo sentido, aprender a manejar el estrés, identificando sus detonantes y estrategias de regulación del mismo, modificará la forma de respuesta, generando un mayor bienestar emocional. Por ende, los pacientes que aprendan a relajarse mediante el control de la respiración y otras técnicas dirigidas a esto podrán experimentar una reducción en la tensión muscular y un funcionamiento mejorado en algunos órganos, lo que también resultará en una disminución de las cefaleas de tipo tensional. De esta manera, el conjunto de técnicas aplicadas en este programa puede mejorar de forma significativa la calidad de vida de los sujetos, al reducir la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza, además de incrementar las herramientas para el manejo del estrés.

Capítulo IV. Discusión y Conclusiones

El abordaje de las condiciones psicológicas asociadas a la cefalea tensional, las intervenciones prácticas y en consecuencia la formulación de una propuesta de intervención tiene importantes implicaciones en la mejora de la calidad de vida de los adultos con esta condición de salud (Arancibia, et al. 2016; Ashina et al., 2017). En este sentido, conocer los fundamentos de las condiciones psicológicas de la cefalea tensional en adultos, nos permitió profundizar, mediante la exploración y el análisis detallado de los factores psicológicos que contribuyen a esta patología.

Obteniendo una visión más clara de interrelación que tienen los factores emocionales, conductuales y cognitivos, al respecto de la aparición y persistencia de la cefalea tensional. Así mismo, gracias a esta investigación, se evidencia la importancia del abordaje desde la dimensión psicológica, tanto al momento de evaluar como de tratar esta afección. Por ende, el conjunto de conocimientos desarrollados por medio de esta investigación, proporcionan una base sólida para el desarrollo de estrategias de intervención, con enfoque cognitivo conductual (Butery, 2022; Campuzano & Martinez, 2005; Gómez-Otálvaro & Serna-Vélez, 2016; Gorosabel, 2013; Lozano et al. 2016).

En conjunto con esto, identificar las intervenciones psicológicas para disminuir la cefalea tensional en adultos, nos ha permitido identificar y documentar intervenciones psicológicas efectivas destinadas a reducir la frecuencia y la intensidad de la cefalea tensional en adultos. Este conocimiento es esencial para proporcionar opciones de tratamiento respaldadas por evidencia científica. Se ha observado una diversidad de enfoques psicológicos en la gestión de la cefalea tensional, desde técnicas de relajación hasta terapias cognitivo-conductuales.

En este orden de ideas, la identificación de intervenciones psicológicas ha incluido la consideración de factores contextuales, como el entorno social y las circunstancias personales. Evidenciando la necesidad de un enfoque holístico que reconoce la interconexión de diversos elementos en la experiencia de la cefalea tensional. Aunado a esto, indagar en los tipos de intervenciones existentes, proporciona una guía valiosa para los profesionales de la salud mental al seleccionar las estrategias de intervención más pertinentes, tanto en el ámbito clínico, como de atención médica. Lo cual puede tener implicaciones significativas para la mejora del manejo de la cefalea tensional en adultos dentro del sistema de atención médica de acuerdo con Veloz & Lorenzo (2017).

En consecuencia, proponer un programa de intervención cognitivo conductual para atender la cefalea tensional", desarrollar un programa de intervención específico centrado en la terapia cognitivo conductual para abordar la cefalea tensional en adultos, ofrece una estructura y metodología adaptada a las características psicológicas de dicha patología, desde enfoque holístico al abordar tanto los aspectos cognitivos como los conductuales de la cefalea tensional.

Esta integración busca abordar la complejidad de la condición, reconociendo la interacción entre los aspectos mentales y comportamentales, favoreciendo la implementación y el seguimiento del tratamiento de manera más efectiva de acuerdo con Ballas et al. (2016). Con base en los objetivos y conclusiones previamente descritos, algunas recomendaciones para la atención de la cefalea tensional, por parte del sector salud, son las siguientes:

- Fomentar la colaboración entre profesionales de la salud, incluyendo médicos, neurólogos, psicólogos y fisioterapeutas, para ofrecer un tratamiento integral que aborde tanto los aspectos físicos como psicológicos de la cefalea tensional.

- Incorporar programas de intervención psicológica, como la presente propuesta terapéutica para lograr la reducción de la frecuencia e intensidad de la cefalea tensional. Esto puede llevarse a cabo mediante servicios de salud mental dentro de las instituciones.
- Desarrollar programas educativos para pacientes y profesionales de la salud que aumenten la conciencia sobre la cefalea tensional. Esto incluye la comprensión de sus causas, síntomas y la importancia de abordar los factores psicológicos asociados.
- Garantizar el acceso a especialistas en cefaleas, como neurólogos con experiencia en este tipo de dolencia, para un diagnóstico preciso y la elaboración de planes de tratamiento personalizados.
- Ofrecer orientación sobre la adopción de estilos de vida saludables, que incluyan la gestión del estrés, la promoción de la actividad física regular y la mejora de la calidad del sueño, como parte integral del tratamiento. Además de incorporar tecnologías de la salud, como aplicaciones móviles o plataformas en línea, que puedan proporcionar seguimiento y apoyo continuo a los pacientes, facilitando la autorreflexión y el monitoreo de los síntomas.
- Fomentar la investigación continua sobre las causas y tratamientos de la cefalea tensional para mantenerse actualizado sobre las últimas evidencias y ajustar las prácticas clínicas en consecuencia.
- Fomentar una relación colaborativa entre el profesional de la salud y el paciente, involucrando activamente al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado.
- Incluir medidas para evaluar el impacto de la cefalea tensional en la calidad de vida de los pacientes, y utilizar estos resultados para adaptar y mejorar los programas de tratamiento. En conjunto con el establecimiento de sistemas para el monitoreo continuo y la evaluación de

los resultados del tratamiento, con el fin de ajustar y mejorar las estrategias según sea necesario.

Referencias bibliográficas

- Álvarez-Melcón, A. C., Valero-Alcaide, R., Atín-Arratibel, M. A., Melcón-Álvarez, A., y Beneit-Montesinos, J. V. (2018). Efectos de entrenamiento físico específico y técnicas de relajación sobre los parámetros dolorosos de la cefalea tensional en estudiantes universitarios: un ensayo clínico controlado y aleatorizado. *Neurología*, 33(4), 233-243.
- Albuja, M., & Castro-Quezada, S. (2020). The association between anxiety and chronic tension type headache in a general population sample. *Journal of Headache and Pain*, 21(1), 1-8.
- American Psychological Association [APA] (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 3a Edición*. Washington DC, APA.
- American Psychological Association [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5a Edición*. Washington DC, APA.
- Arancibia, M.; Sepúlveda, E.; Martínez, J. y Behar, R. (2016) Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54 (2): pp. 151-161.
- Ashina, S., Bendtsen, L., Buse, D. C., Lyngberg, A. C., Lipton, R. B., y Jensen, R. (2017). Neuroticism, depression and pain perception in migraine and tension-type headache. *Acta Neurologica Scandinavica*, 136(5), 470-476.
- Ashina, M., Li, J., Nahmias, K., & Lipton, R. B. (2021). Association between anxiety disorders and chronic tension type headache: A meta-analysis. *The Journal of Pain*, 22(12), 1821-1830.
- Ballas, M., Malagón, M., Peláez, F., Cruz, M., Ávila, L., Villagra, V., ... y Rodríguez, M. (2016). Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud (APS) Consultorio "San Luis" Peñalolén. *Psiquiatría y salud mental* 33(3/4), 117-122.
- Bar-Haim, Y., Lamich, D., & Lavie, N. (2020). Attention and anxiety: From mechanisms to clinical implications. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 35, 100687.
- Beck, A. T., & Taylor, C. B. (2020). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Step-by-step treatment planning for clients*. Routledge.
- Benítez, E., Sánchez, J., Marcos, M. & Sánchez, S. (2021). Los antidepresivos en la neurología: una visión más allá de la depresión. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(2), 101-114.

- Bouton, M. E., y Bodie, B. L. (2020). Conditioning and extinction in anxiety disorders and addiction: A review of recent experimental findings. *Biological Psychiatry*, 88(3), 232-243.
- Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2023). Attention training for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 124, 102629.
- Butery, N. (2022). *Programa de terapia de Mindfulness para disminuir la intensidad y la frecuencia del dolor en la Cefalea Tensional Crónica*. Protocolo de Ensayo Clínico Aleatorizado. SSA.
- Campuzano, M., & Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15(2), 169-185.
- Cano, F., & Rodríguez, J. (2017). Patología psicósomática. En A. Polaino Lorente, C. Chiclana Actis, F. López Cánovas y G. Hernández Torrado, (Eds.) *Fundamentos de Psicopatología* [epub]. ISBN 978-84-15998-50-1.
- Chamburi, T., Uthman, T. A., & Rahman, S. N. A. (2022). The efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic tension type headache: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 46(1), 127-142.
- De la Fuente, A., Pellico, A., Fernández, M., Landaluce, M., Rodríguez, M. y Mora, E. (2014). Abordaje de los trastornos psicósomáticos desde atención primaria de salud: opciones terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos. *Medicina general* (7), 182-192.
- Del-Blanco, J. & Zaballo, A. (2019). Cefalea tensional. Revisión narrativa del tratamiento fisioterápico. *In Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 41 (3), 1-5).
- Dell, P. (2006). Nuevo modelo de trastorno de identidad disociativo. Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 1-26.
- Duque, P., Vásquez, R., y Cote, M. (2015). Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 237-242.
- Fuentes, C. R. M., Simón, S. M. J., Garrido, A. M., Serrano, P. M. D., Larrañaga, R. M. E., y Yubero, J. S. (2017). Síntomas psicósomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Aten Primaria*, 1-7.
- García & Castro (2017). Pacientes policonsultantes en los servicios de pediatría: trastornos de somatización y trastorno facticio por otros (síndrome de Münchausen by proxy) . *Rev. Med. Clin. Condes*; 28(6) 923-931.

- Gómez, Y., Ángel, J., Cañizares, C., Lattig, M., Agudelo, D., Arenas, Á., & Ferro, E. (2020). The role of stressful life events appraisal in major depressive disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 49(2), 67-74.
- Gómez-Otálvaro, M. A., & Serna-Vélez, L. (2016). Cefalea: Más que un simple dolor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(6), 41-53.
- Gorosabel, J. (2013). *Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Hernández, M., Benavides, D. & Martínez, E. (2022). Intervención psicológica de corte cognitivo conductual en dolor crónico. *Polo del Conocimiento*, 7(11), 1221-1242.
- Hernández, R. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2016). *Diagnóstico y Tratamiento de cefalea tensional y migraña primer y segundo nivel de atención*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Hofmann, S. G., & Baumeister, R. F. (2023). *Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A practical guide*. Springer Publishing Company.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2023). *Población y Vivienda 2022*. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- International Headache Society [IHS] (2018). *III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas*. IHS.
- Keuken, M., y Meulders, M. (2023). Interoceptive exposure and interoceptive awareness in the treatment of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(1), 1-26.
- Kikuchi, H., Yoshiuchi, K., Ando, T., & Yamamoto, Y. (2015). Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *Journal of psychosomatic research*, 79(3), 239-242.
- Liu, Y., & Wang, X. J. (2023). The role of serotonin in anxiety disorders: A critical review. *Brain and Behavior*, 132, 101815.
- López-Gil, M., & Artigas, M. (2020). Serotonin and anxiety: A current perspective. *Trends in Pharmacological Sciences*, 41(11), 822-835.

- Lozano, C., Mesa, J., de la Hoz, J., Pareja, J., & Fernández, C. (2016). Efficacy of manual therapy in the treatment of tension-type headache. A systematic review from 2000 to 2013. *Neurology (English Edition)*, 31(6), 357-369.
- Modrego, M., Baquero, T., Prego, J., Dongil, E. & Capafons, A. (2018). Somatizaciones en Atención Primaria. Oportunidades de intervención. *Información psicológica*, (115), 39-53.
- Mohan, A. & Chaudhary, S (2018). Stress and immunity: brief review of mechanisms in psychoneuroimmunology. *Innoriginal: international journal of sciences*, 1-4.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1948). *Constitución de la organización mundial de la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *CIE 11: International classification of diseases for mortality and morbidity (11th Revision)*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Investing in Mental Health*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*. 53 Consejo Directivo, 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS;
- Pérez, M. & Oliver, G. (2017). *Inmunología en el humano sano*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Pérez, M. A., Morillo-García, M., García-López, M., Martín-Almaraz, C., & Ruiz-Veiga, M. (2020). Association between generalized anxiety disorder and chronic tension-type headache: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*, 21(1), 1-10.
- Przekop, P., Przekop, A., & Haviland, M. G. (2016). Multimodal compared to pharmacologic treatments for chronic tension-type headache in adolescents. *Journal of bodywork and movement therapies*, 20(4), 715-721.
- Pupo, N., Hernández, L., y Presno, C. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 218-229.

- Qiu, X., Chen, Y., Zhang, H., Li, J., & Lipton, R. B. (2021). Association between anxiety disorders and chronic tension-type headache: A meta-analysis. *The Journal of Pain*, 22(12), 1821-1830.
- Rentería (2018). *Salud mental en México*. INCyTU, Ciudad de México, Vol. 7.
- Reynolds, C., Richmond, B. y Lowe, P. (2003). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos-AMAS*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez-Castro, E., & Castillo, J. (2019). Cefalea tensional. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(71), 4154-4162.
- Romero-López, M. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 448-456.
- Romero, C., Cabrera, M., Gómez, M. y Jiménez, S., (2015). Efectividad de las técnicas de manipulación cervical vs. técnica de compresión en puntos gatillo en pacientes con cefalea tensional. *Fisioterapia*, 37(2), 67-74.
- Sánchez, M., del Barrio, A., López-Zuazo, A., Higes, P. y Yusta, I. (2015). Cefalea (I). Cefalea tensional. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(70), 4147-4154.
- Schulte, I. & Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 569-583.
- Secretaría de Salud [SS] (2011). *Programa sectorial de Salud. Secretaría de salud*. México.
- Secretaría de Salud [SS] (2014). *Programa de Acción Específico - Salud Mental 2013-2018*. México.
- Secretaría de Salud [SS] (2022). *Ocupación médica*. <https://www.gob.mx/salud#392>
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Kolodner, K., Sawyer, J., Lee, C., & Liberman, J. (2000). Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of people with migraine. *Pain*, 88, 41-52.
- Veloz, J., & Lorenzo, A. (2017). La somatización: desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1443-1465.
- Waldie, K., Buckley, J., Bull, P., & Poulton, R. (2015). Tension-type headache: A life-course review. *Journal of Headache & Pain Management*, 1(1), 1-9.

Zhang, Y., Li, J., Zhao, Y., Li, L., & Lipton, R. B. (2021). Association between specific phobia and chronic tension-type headache: A population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 280, 101-105.

Zubin, J. & Spring, B. (1977): "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of Abnormal Psychology*, 86, pp. 103-126.

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: /__ /____ /__ /

La presente investigación es conducida por Jesús Gabriel Guevara Contreras, estudiante del Doctorado en Psicología, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. El objetivo del presente estudio es conocer el efecto de algunas técnicas de terapia cognitivo conductual, sobre la disminución de cefalea tensional en pacientes del Hospital de la familia de Ciudad Juárez, Chihuahua. Por lo que se hará uso de pruebas psicológicas para conocer los niveles de ansiedad y somatización antes y después de la intervención.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recabada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Se hace constar que las pruebas psicológicas que se aplicarán, presentan un riesgo mínimo y que podrá dejar de participar en el proyecto en cualquier momento sin temor a represalias.

He leído la información provista en este formulario de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. El investigador responsable se compromete a explicarme la forma de trabajo en esta intervención, además de aclararme las dudas que me surjan con respecto al estudio, así como a mantener mi anonimato al momento de presentar o publicar los resultados de dicho proyecto.

Autorizo al responsable de la investigación para hacer uso de los datos obtenidos a partir de este proceso para los propósitos descritos anteriormente.

Nombre y firma del (a) participante:

Anexo 2

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz la respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinado para ello.

Nombre: _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Estado civil:

Soltero (a) ____ Casado (a) ____ Viudo (a) ____ Unión libre ____ Separado (a) ____

Tiene hijos: No ____ Si ____ Cuantos ____

Escolaridad:

Nula ____ Primaria ____ Secundaria ____ Preparatoria ____ Licenciatura ____ Posgrado ____

Ocupación:

Hogar ____ Estudiante ____ Empleado (a) ____ Desempleado (a) ____

¿Cuál es su lugar de trabajo?

¿Cuánto tiempo tiene en este empleo?

¿Cuál es su cargo en este trabajo?

Nivel de satisfacción en su trabajo

Nada ____ Poco ____ Bastante ____ Mucho ____

¿Cuánto tiempo tiene acudiendo con el neurólogo?

Anexo 3

AMAS-A

C.R. Reynolds, Ph. D., B.O. Richmond, Ed. D. y P.A. Lowe, PH.D. (2003)

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Género: Masculino: _____ Femenino: _____

INSTRUCCIONES

Al reverso de esta forma hay algunas afirmaciones que describen la manera en que algunas personas piensan, se sienten o actúan en diferentes momentos. Lea cuidadosamente cada afirmación. Encierre el SI que está junto a la pregunta en un círculo si usted piensa que, en general, esto es cierto en su caso. Encierre el NO en un círculo si usted piensa que esto no es cierto en su caso. Si quiere cambiar alguna de sus respuestas, ponga un tache sobre su respuesta original y encierre su nueva respuesta en un círculo. Su propia opinión acerca de sus pensamientos y sentimientos es la única respuesta correcta.

Para cada oración, encierre su respuesta en un círculo.

SI	NO	1.	Me preocupa hacer lo correcto
SI	NO	2.	Es frecuente que me sienta inquieto (a)
SI	NO	3.	Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia
SI	NO	4.	Siempre soy agradable con todos
SI	NO	5.	Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen bien para mi
SI	NO	6.	Muchas veces me siento acelerado (a) o intranquilo(a)
SI	NO	7.	Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención
SI	NO	8.	Siempre soy amable
SI	NO	9.	A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia
SI	NO	10.	Es frecuente que la gente diga que soy inquieto (a)
SI	NO	11.	La vida se está complicando demasiado
SI	NO	12.	Siempre soy educado
SI	NO	13.	Es fácil que hieran mis sentimiento
SI	NO	14.	Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso
SI	NO	15.	Me preocupa el dinero
SI	NO	16.	Me preocupa lo que va a pasar
SI	NO	17.	Estoy nervioso (a)
SI	NO	18.	Me cuesta trabajo tomar decisiones
SI	NO	19.	Me preocupa hacerme viejo (a)
SI	NO	20.	Me preocupa el futuro
SI	NO	21.	Mis músculos se sienten tensos
SI	NO	22.	Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo
SI	NO	23.	Es fácil que me desespere con los demás
SI	NO	24.	Siempre digo la verdad
SI	NO	25.	Me preocupa lo que los demás piensan de mi
SI	NO	26.	Me cuesta mucho trabajo estar quieto (a)
SI	NO	27.	Me preocupa la muerte
SI	NO	28.	Siempre soy bueno(a)
SI	NO	29.	Muchas veces me siento cansado (a)
SI	NO	30.	Me preocupo cuando me acuesto a dormir
SI	NO	31.	Siento que alguien me va a decir que hago mal las cosas
SI	NO	32.	Me caen bien todas las personas que conozco
SI	NO	33.	Me siento preocupado(a) gran parte del tiempo
SI	NO	34.	Me despierto pensando en mis problemas
SI	NO	35.	Es frecuente que me sienta muy estresado
SI	NO	36.	Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo

Anexo 4

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones; por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente elija una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste. 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo. 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. 	6	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar. 1. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes. 2. Me siento irritado todo el tiempo. 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
2	<ul style="list-style-type: none"> 0. En general no me siento descorazonado por el futuro. 1. Me siento descorazonado por mi futuro. 2. Siento que no tengo nada que esperar del Futuro. 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar. 	7	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no he perdido el interés en la gente. 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar. 2. He perdido en gran medida el interés en la gente. 3. He perdido todo el interés en la gente.
3	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no me siento como un fracasado. 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos. 3. Siento que soy un completo fracaso como persona. 	8	<ul style="list-style-type: none"> 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho. 1. Pospongo tomar decisiones más que antes. 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes. 3. Ya no puedo tomar decisiones.
4	<ul style="list-style-type: none"> 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo. 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo. 	9	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía. 1. Estoy preocupado(a) por verme viejo(a) o poco atractivo(a). 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a). 3. Creo que me veo feo(a).
5	<ul style="list-style-type: none"> 0. En realidad, yo no me siento culpable. 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo. 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo. 	10	<ul style="list-style-type: none"> 0. Puedo trabajar tan bien como antes. 1. Requiere de más esfuerzo para iniciar algo. 2. Tengo que obligarme para hacer algo. 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
11	<ul style="list-style-type: none"> 0. Puedo dormir tan bien como antes. 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo. 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir. 	17	<ul style="list-style-type: none"> 0. Yo no lloro más de lo usual. 1. Llora más de lo que solía hacerlo. 2. Actualmente lloro todo el tiempo. 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

	3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.		
12	0. Yo no me canso más de lo habitual. 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo. 2. Con cualquier cosa que haga me canso. 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.	18	0. Mi apetito no es peor de lo habitual. 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo. 2. Mi apetito está muy mal ahora. 3. No tengo apetito de nada.
13	0. Yo no me siento que esté siendo castigado. 1. Siento que podría ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que he sido castigado.	19	0. Yo no he perdido mucho peso últimamente. 1. He perdido más de dos kilogramos. 2. He perdido más de cinco kilogramos. 3. He perdido más de ocho kilogramos.
14	0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo. 1. Estoy desilusionado de mí mismo. 2. Estoy disgustado conmigo mismo. 3. Me odio.		A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos: sí _____ no _____
15	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas. 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores. 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.	20	0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes. 1. Estoy preocupado acerca de los problemas físicos, tales como dolores, malestar estomacal o constipación. 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más. 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
16	0. Yo no tengo pensamientos suicidas. 1. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad.	21	0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba. 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora. 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 5

Escala sintomática de estrés (ESE)

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Ocupación: _____ Puesto: _____

¿HA PADECIDO ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?

Los síntomas que se presentan regularmente relacionados con la menstruación o los que pueden relacionarse con la ingestión de bebidas alcohólicas no deben ser señalados.

Nº	Síntomas	Raramente o nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Acidez o ardor en el estómago				
2	Pérdida del apetito				
3	Deseos de vomitar o vómitos				
4	Dolores abdominales				
5	Diarreas u orinar frecuentemente				
6	Dificultades para quedarse dormido o despertarse durante la noche				
7	Pesadillas				
8	Dolores de cabeza				
9	Disminución del deseo sexual				
10	Mareos				
11	Palpitaciones o latidos irregulares del corazón				
12	Temblor o sudoración en las manos				
13	Sudoración excesiva sin haber realizado esfuerzo físico				
14	Falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico				
15	Falta de energía o depresión				
16	Fatiga o debilidad				
17	Nerviosismo o ansiedad				
18	Irritabilidad o enfurecimientos				

Para uso del examinador:

Anexo 6

SÍNTOMAS FÍSICOS (PHQ-15)

En las últimas 4 semanas, ¿en qué medida lo han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

	No me afectó nada (0)	Me afectó un poco (1)	Me afectó mucho (2)
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en los brazos, piernas o las articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dolor menstrual u otros problemas con la menstruación SÓLO PARA MUJERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sensación de que el corazón late con mucha fuerza o rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dolor o problemas durante las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, heces blandas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Sensación de fatiga o de poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____)

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke y colegas, a través de un subsidio educacional otorgado por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Anexo 7

INICIALES — — —

Escala MIDAS

Fecha: / /

ESTE CUESTIONARIO SE USA PARA DEFINIR LA PÉRDIDA DE DÍAS EN TODAS LAS ÁREAS: PERSONAL, PROFESIONAL Y FAMILIAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR HABER SUFRIDO CRISIS DE MIGRAÑA.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste las siguientes preguntas respecto a todas las cefaleas que ha sufrido en los últimos 3 meses. Escriba su respuesta al lado de la pregunta. Escriba un "0" si la cefalea no ha afectado su actividad en los últimos 3 meses.

1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha podido ir a trabajar por su cefalea? _____
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en el trabajo por sus cefaleas? (No incluya los días que ha incluido en la pregunta 1) _____
3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha realizado sus tareas domésticas por sus cefaleas?

4. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en la realización de tareas domésticas por la presencia de cefalea? (No incluya los días mencionados en la pregunta 3) _____
5. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se perdió actividades familiares, sociales o lúdicas por sus cefaleas? _____

Puntuación total:

Puntuación	Grado Discapacidad MIDAS
0-5 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad nula o mínima
6-10 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad leve
11-20 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad moderada
>21 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad grave

- A. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses sufrió de cefalea? (Si el dolor ha durado más de un día, contabilizar días por separado) _____
- B. En una escala de 0-10, ¿cómo se podría puntuar el dolor sufrido con su cefalea? (Donde 0=sin dolor, y 10=dolor intenso) _____