

Relación entre cefalea tensional y disfunción familiar en una unidad de medicina familiar

Relation of tension headache and family dysfunction in a family medicine unit

Jorge Octavio Carvajal Rivera^I; Rafael Villa-Barajas^{II}; Carlos Gómez-Alonso^{III}; Alain R Rodríguez-Orozco^{IV}

^IEspecialista en Medicina Familiar. Unidad No. 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social, Morelia, Michoacán, México.

^{II}Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Educación Médica. Unidad No. 80 de Medicina Familiar del Instituto Mexicano de Seguro Social, Morelia, Michoacán, México.

^{III}Matemático. Centro de Investigaciones Biomédicas del Instituto Mexicano de Seguro Social, Morelia, Michoacán, México.

^{IV}Doctor en Ciencias en Biomedicina. División de Posgrado. Facultad de Medicina "Dr. Ignacio Chávez". Universidad Michoacana De San Nicolás de Hidalgo. Director del Instituto de Investigaciones en Temas de Familia, Alergia e Inmunología. Morelia, Michoacán, México.

RESUMEN

La cefalea tensional es la forma más frecuente de cefalea primaria. Este trabajo se realizó con el objetivo de estimar si existe asociación entre cefalea tensional y disfunción familiar. 60 pacientes evaluaron sus familias a través del cuestionario FF-SIL de funcionamiento familiar. La cefalea tensional fue más frecuente en miembros de familias disfuncionales que en aquellos que provenían de familias funcionales ($p=.028$). Fueron frecuentes las manifestaciones clínicas relacionadas con estrés postraumático en el paciente problema, existe un complejo y conflictual ambiente familiar que incluye a estos enfermos, lo que nos sugiere el uso de los recursos de la familia como opción terapéutica aún pobremente explorada.

Palabras clave: Disfunción familiar, cefalea tensional, estrés postraumático.

ABSTRACT

Tension headache is the more frequent presentation of primary cephalgia. Aim of this paper is to estimate if there is an association between tension headache and familial dysfunction. Sixty patients evaluated their families by through FF-SIL questionnaire of familial performance. Tension headache was more frequent in members of dysfunctional families than in those from functional families ($p = .028$). Clinical manifestations related to post-traumatic stress were frequent, there is a familial complex and difficult environment including these sick persons, suggesting us the use of family resources as therapeutical option not very explored yet.

Key words: Familial dysfunction, tension headache, post-traumatic stress.

INTRODUCCIÓN

La cefalea tensional es la forma más frecuente de cefalea primaria, y se ha estimado que un 78 % de la población general adulta la ha padecido alguna vez en la vida.¹ Se ha considerado una enfermedad psicosomática que se asocia a ansiedad y depresión,^{2,3} por lo que es muy frecuente que estos pacientes, además de ser tratados con diversos analgésicos, reciban ansiolíticos o antidepresivos. A pesar de ello, son frecuentes los fracasos terapéuticos, y aun en países desarrollados, se ha advertido un mal manejo de estos pacientes, así como la necesidad de desplegar nuevas iniciativas terapéuticas, incluyendo las educativas.^{4,5}

Hoy se reconoce la necesidad de brindar atención psicológica a quienes la padecen ayudándolos a identificar y a resolver las situaciones de estrés que contribuyen a la aparición de su cefalea,^{5,6} y parte de esta atención psicológica puede y debe dirigirse al tratamiento de la familia disfuncional, que es la que brinda el sustrato para la aparición y tendencia a la cronicidad de las crisis de cefaleas.

Por otro lado, el FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar (De la Cuesta D, Pérez-González E, Louro-Bernal I. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana, 1994). Su aplicación es fácil y cómoda en la atención primaria tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento.⁷ Este cuestionario permite evaluar la *cohesión* (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la *armonía* (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la *comunicación* (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la *permeabilidad* (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la *afectividad* (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los *roles* (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar), y la *adaptabilidad* (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera).

El cuestionario FFSIL contiene 14 preguntas, a las que se le asigna una puntuación, y la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Este trabajo se realizó con el objetivo de estimar si existe asociación entre cefalea tensional y la disfunción familiar en una unidad de atención primaria de salud.

MÉTODOS

Dicho estudio se llevó a cabo del 30 de septiembre de 2003 al 15 de febrero de 2004. El tamaño muestral se determinó con la fórmula de proporciones, atendiendo al número de pacientes diagnosticados con cefalea tensional en nuestra unidad, y al número total de pacientes derechohabientes de esta. Se incluyeron finalmente familias con un miembro entre 18 y 55 años con cefalea tensional (10 o más episodios al año de cefalea), se tomaron estos rangos de edades por ser las edades donde se encuentran cerca del 90 % de los pacientes de nuestra unidad con diagnóstico confirmado de cefalea tensional, y en todos los pacientes seleccionados el diagnóstico se realizó según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea.⁸ Además, se tuvo en cuenta que supieran leer y escribir, que estuvieran adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia, Michoacán, y que no padecieran enfermedades subyacentes que provocaran cefalea secundaria como: hipertensión, enfermedades que afectan cerebro y meninges (accidentes vasculares encefálicos, tumores cerebrales, hidrocefalia, meningitis, traumatismos craneoencefálicos, infecciones de cabeza y cuello incluyendo faringitis y sinusitis, y traumatismos craneoencefálicos). Se excluyeron del estudio a pacientes que no respondieron todo el cuestionario y aquellos que decidieron no participar.

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y que además decidieron participar en el estudio, firmaron su consentimiento para participar en él. Todos los pacientes respondieron 2 cuestionarios autoadministrados: el cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar, que previamente se validó con α de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$), y otro cuestionario donde se preguntaban datos demográficos, antecedentes de situaciones de estrés postraumático, síntomas asociados a este y aspectos sobre la dinámica familiar. Se aceptó una significación del 95 % en todas las mediciones propuestas. El protocolo fue aprobado por los Comités de Ética e Investigaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Morelia, Michoacán, México.

RESULTADOS

Se estudiaron 60 pacientes, en proporción favorable al género femenino 3:1, con el rango de edad entre 18 y 55 años, con una media de 37,67 años y una desviación estándar de 9,9. Llama la atención que el 46,7 % de los pacientes tenían entre 32 y 45 años de edad.

Las respuestas al cuestionario FF-SIL mostraron en forma global: 1 familia funcional (1,7 %), 26 familias moderadamente funcionales (43,3 %), 32 familias

disfuncionales (53,3 %) y 1 familia severamente disfuncional (1,7 %). La cefalea tensional fue más frecuente en miembros de familias disfuncionales que en aquellos que provenían de familias funcionales ($p=0,028$).

El número de episodios traumáticos en nuestros pacientes no se relacionó con el número de episodios de cefalea ($p=0,11$), ni con la duración de las crisis ($p=0,21$), y en más del 85 % hubo dificultades para expresar sus emociones. El 83,3 % (50/60) de los pacientes refirieron una o más de una de las experiencias traumáticas en su niñez y adolescencia, relacionadas con la desintegración familiar, adicciones de ellos o sus padres, defunciones de familiares próximos, deserción escolar, conflictos escolares y laborales, conflictos conyugales entre ellos o sus padres, preocupaciones económicas, preocupación por el abandono familiar y problemas con la integración a grupos. En cada uno de los casos se encontró riesgo para mantener la integridad de al menos un miembro de la familia, o sufrieron desesperanza o temor luego de esta experiencia. Igualmente padecían trastornos del sueño 28/50 (56 %), trastornos de la atención y la memoria 26/50 (52 %), irritabilidad y/o pobre manejo de la ira 23/50 (46 %), y respuestas exageradas ante situaciones generadoras de tensión emocional 23/50 (46 %).

DISCUSIÓN

Se ha referido que las personas con cefalea tensional tienen dificultad para expresar sus emociones,⁹ situación que se encontró en más del 85 % de nuestros pacientes, así como que los episodios de cefalea son un modo inapropiado de quienes la padecen de comunicar su malestar personal causado por las inadecuadas relaciones entre su personalidad y eventos determinados de sus vidas.¹⁰ De tal suerte, factores psicológicos, y en particular trastornos emocionales, con frecuencia traumáticos, pudieran interpretarse como factores de riesgo para el desarrollo de las cefaleas primarias, entre ellas la tensional.^{10,11}

Una limitación de nuestro estudio es que por su diseño no permite inferir causalidad entre la aparición y desarrollo de estrés postraumático y la aparición de la cefalea. Aun cuando el número de episodios traumáticos en nuestros pacientes no se relacionó con el número de episodios de cefalea ni con la duración de las crisis, en más del 80 % se encontraron experiencias traumáticas en la niñez y la adolescencia. Llama la atención la relativamente alta frecuencia de síntomas atribuibles a estrés postraumático, así como la ansiedad y el pobre manejo de las emociones en pacientes con cefalea tensional, aun cuando en más de la mitad de ellos no hubo más de 15 episodios de cefalea tensional en el año, lo que apunta al hecho de que, aún en casos de crisis esporádicas, subyacen problemas psicofisiológicos en el manejo de las emociones y las estrategias de afrontamiento.

Como era de esperarse, fue frecuente (más del 90 %) encontrar familias con problemas en la comunicación, familias rígidas, resistentes al cambio, con ausencia de límites precisos entre las funciones de sus miembros, y poco adaptables, todas estas, características de la familia psicósomática, comunes también a otras enfermedades crónicas consideradas psicósomáticas.¹²

La alta frecuencia de cefalea tensional en la atención primaria, la pobre respuesta terapéutica de estos enfermos a largo plazo a los tratamientos farmacológicos, así como la existencia de un complejo y conflictual ambiente familiar, sugieren el uso de los recursos de la familia como opción terapéutica aún pobremente explorada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache. A review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia*. 1999;19:602-21.
2. Mongini F, Rota E, Deregibus A, Ferrero L, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Accompanying symptoms and psychiatry comorbidity in migraine and tension-type headache patients. *J Psychosom Res*. 2006;61:447-51.
3. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*. 2000;40:818-23.
4. Dowson AJ. Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. *Headache*. 2003;43:14-8.
5. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol*. 2008;7:70-83.
6. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes one or many. *Lancet*. 1999;354:936-9.
7. Ortega VT, De la Cuesta D, Díaz RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*. 1999;15(3):164-8.
8. ICHD-II. The primary headaches. The internacional classification of headache, Internacional headache Society. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1).
9. Torelli P, Abrignani G, castellini P, Lambru G, Manzini GC. Human psyche and headache-tension type. *Neurol Sci*. 2008;(Suppl 1):S93-5.
10. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. Does number of lifetime traumas explain the relationship between post-traumatic stress disorders and chronic medical conditions. Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med*. 2008;31:341-9.
11. Peterlin BL, Tietjen G, meng S, Lidicker J, Bigal M. Post-traumatic stress disorders in episodic and chronic migraine. *Headache*. 2008;48:517-22.
12. Rodríguez-Orozco AR, Kanán-Cedeño G, Vázquez-Romero ME, León-Gutiérrez A, Barbosa-Sánchez CE, Tejeda-Cárdenas RG. Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud Mental*. 2008;31:63-8.

Recibido: 15 de julio de 2008.

Aprobado: 1ro. de octubre de 2008.

Alain R Rodríguez-Orozco. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
Rafael Carrillo, esquina Salvador González Herrejón s/n. Bosque Cuauhtemoc.
Colonia Centro, CP 58 000, PO Box 136, Morelia, Michoacán, México. E mail:
arorozco69@yahoo.com.mx