

Tratamiento psicológico del "dolor de cabeza"



LIC. PSIC. SUSANA ACQUARONE

DIAGNÓSTICO Y PREVALENCIA

En 1962 el Ad hoc Comité para la clasificación de las cefaleas describió hasta 15 categorías sobre el dolor de cabeza. En 1988, la International Headache Society actualizó dicha clasificación, especificándose básicamente 4 categorías del dolor de cabeza sin etiología orgánica:

- * cefaleas de tipo tensional
- * migraña
- * dolor de cabeza en racimos
- * dolores de cabeza diversos

A partir de diversas investigaciones se estima que la cefalea afecta entre un 10 a 16% a los hombres y un 20 a 26% a las mujeres (Vander Helm-Hylkema, 1990).

Tan sólo un 10% de las cefaleas tienen un origen orgánico; a consecuencia por ejemplo de: epilepsia, tumor intracraneal, enfermedad de los oídos, ojos y dientes o por efecto secundario de algunos fármacos. El resto, es decir, el 90% de las cefaleas son de naturaleza funcional (L. Amigo, C. Fernández, M. Pérez, 1998).

CARACTERIZACIÓN Y ETIOLOGÍA DE LAS CEFALÉAS Y MIGRAÑAS

Cefaleas de tipo tensional: dolor opresivo, tirante, de ligera o moderada intensidad, de localización bilateral y que no empeora con la actividad física rutinaria. Ocasionalmente acompañado de náuseas, fo-

tofbia o fonofobia.

Migrañas: Se delimitan dos tipos según la presencia o ausencia de prodromos, los cuales consisten en un estado variado de signos previos al ataque migrañoso como ser: desasosiego, vómitos, mareos, alteraciones visuales y/o auditivas. Durante esta fase se produce una constricción de los vasos sanguíneos cerebrales que parece provocar una caída de la presión sanguínea en todo el cerebro (Woods, 1994). Una o varias horas más tarde se desencadena un dolor de cabeza unilateral, pulsátil y de intensidad moderada que se agrava con cualquier actividad física. Esta fase se explica por una "vasodilatación de las arterias extracraneales asociada a una inflamación de los tejidos próximos a éstos. La causa del dolor se situaría en la liberación de agentes bioquímicos, bradiquinina y neuroquinina, que son también los causantes de la inflamación".

La "teoría de la tensión muscular" propone que el dolor de cabeza es el resultado de la contracción sostenida de los músculos de la cabeza y cuello, ocasionada por cualquier estresor psicosocial; lo cual modificaría el flujo sanguíneo cefálico.

Los cambios en el flujo sanguíneo cefálico podrían dar cuenta del dolor de cabeza de dos modos diferentes: 1) a través de la anoxia y el incremento en la concentración del ácido láctico derivados de la isquemia y contracción sostenida de la musculatura estriada del cuello y la cabeza, y 2) a través de la distensión compensatoria de las arterias cefálicas y otros cambios tales como incremento circulatorio de neuroquininas, catecolaminas, vasopresina y serotonina, en respuesta a la isquemia localizada en otras regiones (Dalesio, 1982).

En conclusión, los mecanismos fisiológicos del dolor se dispararían bien por la acción sostenida de un estresor psicosocial, bien por un efecto rebote de distensión de las arterias y arteriolas cefálicas producido por la cesación de la situación estresante (Bakal, 1982).

EVALUACIÓN CONDUCTUAL Y TRATAMIENTO

Se toma al dolor de cabeza como una conducta más, y por tanto sujeto a las mismas «leyes del aprendizaje». La evaluación conductual se logra mediante el **análisis funcional** de dicha conducta (AFC), es decir, se evalúan aquellas variables de las cuales el dolor de cabeza es función de éstas. En tal sentido se investigan los parámetros de la conducta-problema (cefalea, migraña, etc.) como ser: frecuencia, duración, intensidad subjetiva del dolor, factores que ocasionan de desencadenantes del dolor (antecedentes al problema), factores de mantenimiento y consecuentes al mismo. Así por ejemplo, es de interés conocer: qué hace la persona durante el dolor de cabeza, si toma medicación, cuáles, si se recuesta, duerme, si recibe apoyo o atención de terceros, de qué manera, si interrumpe sus actividades, etc. Asimismo se evaluarán situaciones donde sería esperable que apareciera el dolor y éste no ocurre. De esta manera se intenta descubrir variables de condicionamiento, sean factores «operantes» o de carácter «respondiente», es decir, si el dolor de cabeza es **condicional** a la presencia de algunas situaciones o eventos particulares. También es relevante investigar la presencia de dolor de cabeza u otros dolores fundamentalmente en familiares directos, para evaluar si median factores imitativos en la adquisición del mismo. El papel de las «cogniciones» antes, durante y después del dolor es un aspecto a investigar con detenimiento y cautela; así como también de otros «estados inespecíficos», subjetivos, donde le indican a la persona que es probable que le aparezca el dolor. Dicho «estado», engloba una serie difusa de sensaciones, percepciones y emociones difícil de identificar y describir en virtud de limitaciones lingüísticas generales y de nuestra ciencia en particular. Cabe resaltar que dicho estado **es respuesta** a «algo» y ese «algo» tenemos que saber en qué consiste específicamente para el sujeto en cues-

tion. Sabido es ya, que lo que está de base ocasionando la tensión muscular, es un inadecuado o insuficiente manejo de los estresores en los distintos ámbitos de su vida cotidiana: personal, afectivo, vincular, social, laboral, profesional, etc.. Muchas veces ocurre que la misma etapa de **evaluación conductual**, aporta nuevos elementos al sujeto que le facilitan un mejor ajuste frente a los estresores.

Pero es recién a partir del AFC que se desprende la estrategia de tratamiento más adecuada a seguir. Las técnicas de **relajación muscular** así como de **biofeedback de temperatura** son consideradas las técnicas de elección en el caso de las cefaleas. Los estudios refieren que ambas aplicaciones son suficientes para el 60% de los casos. El biofeedback de temperatura se sustenta en el hecho observado de que el aumento de temperatura de la mano, correlaciona estrechamente con la disminución del nivel general de activación simpática, siendo para el caso de las migrañas de mayor efectividad el uso de ambos procedimientos.

Se han realizado diversos estudios referentes al uso de la relajación muscular, observándose que además de ser por lejos la terapéutica más usada, su eficacia aumenta cuando más allá de la práctica en consultorio, ésta se aplica diariamente en casa.

También se ha comprobado que no es necesario conseguir altos niveles de relajación, sino que la simple **práctica diaria de una relajación breve** es lo indicado. Todo lo cual apunta al hecho de que **lo importante es que el sujeto aprenda una estrategia que le permita reducir los niveles altos de tensión.**

De ésta forma los sujetos aprenderán además a discriminar, aparte de reducir y/o evitar la tensión provocada por las situaciones estresantes. Por otra parte, algunas personas se verán beneficiadas con otras herramientas terapéuticas, como ser el entrenamiento asertivo, la técnica de resolución de problemas, un abordaje respecto a una mejor or-

ganización y planificación del tiempo, técnicas cognitivas, etc.

FARMACOLOGÍA

Para el caso de las cefaleas se utilizan analgésicos, ansiolíticos y antidepressivos. Sin embargo, tal como ya ha reconocido la XLVI Reunión de la Sociedad Española de Neurología de 1994, el uso abusivo de los analgésicos puede generar un problema de dependencia que cronifique el dolor de cabeza, además del posible efecto rebote producido cuando los pacientes abandonan la medicación. En el caso de los ansiolíticos y los antidepressivos se buscan aliviar los estados de ansiedad, irritabilidad y angustia que suelen acompañar al dolor de cabeza. Y, en consonancia justamente con el abordaje psicológico del problema, son los ansiolíticos y antidepressivos los que parecen demostrar mayor efectividad.

En la migraña los fármacos utilizados buscan inhibir la acción de las sustancias vasoactivas y reducir la actividad vasomotora y la inflamación. No obstante, a pesar de su efectividad, cabe tener en cuenta que es un tratamiento éste sintomático, que no actúa sobre la etiología del mismo; aparte de los efectos secundarios de tipo hepático, gastrointestinal, etc.

TRATAMIENTO DIETÉTICO

El tratamiento dietético, de efecto profiláctico, está recomendado especialmente en el caso de las migrañas; debido a que la ingesta de determinados alimentos puede desencadenar el ataque migrañoso a causa de sus potentes efectos vasoactivos. Fundamentalmente se han de evitar todos aquellos alimentos que sufren un proceso de fermentación en su elaboración, así por ej, la mayoría de los quesos, el yogur, etc. Asimismo han de consumirse con precaución el chocolate, los cítricos, los porotos, la pizza, el té, café o bebidas cola, las bebidas alcohólicas, entre otros. También se sugiere abstenerse de comidas chinas, en virtud de las cantidades de glutamato de monosodio.

DOS MODOS DE ACCIÓN - DOBLE EFICACIA



SYMBICORT
budesonida/formoterol

TURBUHALER



SYMBICORT[®]

budesonida/formoterol

TURBUHALER[®]

- Symbicort Turbuhaler** controla rápida y sostenidamente los síntomas del asma.
- Symbicort Turbuhaler** permite obtener más días libres de síntomas.
- Symbicort Turbuhaler** brinda más días sin medicación de rescate.
- VERSATILIDAD DE DOSIS.** **Symbicort** permite ajustar la dosis a la medida de cada paciente, de acuerdo a la severidad de su enfermedad, utilizando el mismo inhalador.
- Symbicort Turbuhaler** es cómodo para todo tipo de pacientes, fácil de usar, fácil de enseñar, fácil de aprender

AstraZeneca

Ideas que inspiran vida.
Inhalando Sueño.

Distribuidor Exclusivo para Uruguay
LABORATORIOS HAYMANN S.A.
www.haymann.com.uy