

La intervención psicológica en la cefalea tensional y la migraña

LAURA GARCÍA PÉREZ. Estudiante del máster en psicología clínica en la Universidad de Zaragoza.

Resumen

Antecedentes: Las cefaleas tensionales y las migrañas son dos problemas que afectan a un elevado porcentaje de la población, la cual experimenta elevados niveles de discapacidad y sufrimiento. Desde un punto de vista psicológico, se ha desarrollado una amplia investigación para conocer los procedimientos más eficaces a la hora de intervenir con estos pacientes.

Método: A través de una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos y después de aplicar ciertos criterios de inclusión y exclusión, se ha realizado una síntesis de los artículos más relevantes relacionados con la cefalea tensional y la migraña.

Resultados: En general, las intervenciones con tratamientos psicológicos en pacientes diagnosticados de cefalea tensional o de migraña han sido más eficaces que otros tratamientos, como la fisioterapia o la acupuntura.

Conclusiones: Aunque no hay datos concluyentes para afirmar la existencia de una única técnica de intervención psicológica eficaz, podemos observar que la intervención que más se ha llevado a cabo en los últimos años es el entrenamiento en relajación. Si bien es cierto, las terapias cognitivo conductuales se encuentran en periodo de crecimiento en la actualidad.

Palabras clave: intervención, cefalea tensional, migraña y psicológico.

Abstract

Backgrounds: Tension-type headaches or migraines are two problems that affect a high percent of population, which experiment high levels of disability and suffering. From a psychological point of view, it has been developed a huge investigation to know the most effective procedures to intervene with those patients.

Methods: Through a search in different databases and after applying inclusion and exclusion criteria, it has been made a synthesis of the most relevant articles related with the tension-type headache and migraine.

Results: In general, the psychological treatment interventions have been more effective than other treatments, such as the acupuncture or the physiotherapy, in diagnosed patients with tension-type headache or migraine.



prolepsis

Conclusions: Although there are no decisive data to confirm the existence of a unique efficiency psychological intervention technique; the results sustain the idea that the relaxation treatment is the most carried intervention in recent years. It is also true that cognitive behavioral therapies are currently in a growth period.

Keywords: intervention, tension-type headache, migraine and psychological.

Introducción

La cefalea tensional (CT) se define como episodios recurrentes de dolor de cabeza que pueden durar desde minutos a semanas, siendo esta la forma más común de dolor de cabeza. Las causas son diversas, aunque puede estar ocasionada por el estrés, la depresión o la ansiedad, pero también por actividades que obliguen a mantener mucho tiempo la cabeza en una misma posición. Los dolores pueden localizarse en la zona occipital, interparietal y frontal, aunque los pacientes suelen referir dolor en más de una de estas zonas, siendo en el 90% de los casos un dolor bilateral y presentándose en ocasiones asociados problemas de fofobia o fonofobia, (Espí, 2010; Campellone, 2013; Lozoya, 2013). Por lo general, no suelen aparecer náuseas o vómitos, sin embargo el 20% de los pacientes pueden presentar signos de anorexia leve o moderada. La cefalea tensional no suele empeorar con la actividad diaria, pero a veces, estos dolores pueden ser crónicos causando así graves problemas de salud y un gran

sufrimiento a las personas afectadas, además de provocar absentismo laboral o reducción de actividades diarias (Mueller, 2007; Chowdhury, 2012).

Por otra parte, se denomina migraña al dolor fuerte de cabeza que afecta, generalmente, a un lado o una parte de ella y a menudo va acompañado de náuseas y vómitos. Este dolor puede manifestarse por causas hereditarias o por una actividad cerebral anómala desencadenada por diversos factores. El consumo excesivo de alcohol, café o tabaco, los resfriados, el bruxismo, la tensión ocular o la fatiga, son algunos de los factores que tienen una clara incidencia en la aparición de las cefaleas tensionales y las migrañas (Muller, 2007; Campellone, 2013; Lozoya, 2013).

Según la tercera edición de la clasificación internacional diagnóstica de dolor de cabeza (ICHD III, 2013), las cefaleas tensionales se dividen en tres grupos; las cefaleas primarias, las cefaleas secundarias, y neuropatías craneales dolorosas, otros dolores

prolepsis

faciales y otros dolores de cabeza. Este trabajo, se centrará solo en las cefaleas primarias, y más en concreto en la migraña y la cefalea tensional.

En la tabla 1 aparecen los criterios diagnósticos de la tercera edición de la clasificación internacional diagnóstica de dolor de cabeza.

Tabla 1. Criterios de la ICHD III para el diagnóstico de cefalea tensional y migraña:

- A. Migraña**
 - Migraña sin aura
 - Migraña con aura
 - Migraña con aura típica
 - Aura típica con dolor de cabeza
 - Aura típica sin dolor de cabeza

- B. Cefalea tensional**
 - Cefalea tensional episódica
 - Episódica frecuente
 - Episódica infrecuente
 - Cefalea tensional crónica

Nota: La clasificación completa puede verse en la ICHD III (2013).

Según estos criterios propuestos por la tercera edición de la clasificación internacional diagnóstica de las cefaleas primarias (2013), dentro de la migraña se diferencian dos grandes subtipos, la migraña sin aura y la migraña con aura, caracterizada esta última por la presencia de síntomas focales transitorios. Dentro de la cefalea tensional, también se puede diferenciar entre cefalea tensional crónica, de mayor gravedad, y cefalea tensional episódica. La dificultad de diagnóstico entre las cefaleas primarias más frecuente con la que se encuentra la ICHD (2013) es discriminar

entre la cefalea tensional y la migraña sin aura leve, ya que a menudo los pacientes sufren de ambos trastornos simultáneamente (Bendtsen, 2009).

La cefalea tensional, al igual que la migraña, pueden ocurrir a cualquier edad, aunque son más comunes en los adolescentes y en los adultos, siendo en estos últimos la edad promedio de inicio entre los 25 y los 30 años (Chowdhury, 2012, Campellone, 2013). Tanto en la migraña como en la cefalea tensional, las mujeres son más propensas 4 a padecerlas que los hombres con una

prolepsis

proporción de 5 mujeres por cada 4 hombres (Mueller, 2007).

La prevalencia de la migraña y de la cefalea tensional es de un 18% en el primer caso y de un 38% en el caso de la cefalea tensional (McLean, Coutts y Becker, 2012). Un 60% de la población europea adulta padece cefalea tensional, demostrando esta una mayor prevalencia que la migraña, que solo refiere un 15% del total de dolores de cabeza (Gil-Martínez et al. 2013).

El diagnóstico de la cefalea tensional es esencialmente clínico y se basa sólo en los síntomas, por lo que es aconsejable tomar nota detallada de la historia del paciente a través de un examen clínico, para así descartar cualquier causa secundaria, o a través de una evaluación psicológica. Además hay que llevar a cabo un examen físico y neurológico para cerciorarse de la presencia del trastorno, a través de la palpación de los músculos de la cabeza o con la ayuda de alguna técnica de neuroimagen (Bendtsen, 2009; Chowdhury, 2012; Haque et al., 2012).

Los tratamientos que se pueden encontrar en los casos de la cefalea tensional o la migraña son muy variados, pero existen dos tipos de tratamientos en los que se incluyen todos los demás, los

tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos. Dentro de los tratamientos farmacológicos más utilizados se encuentran los analgésicos simples y los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina). Los tratamientos no farmacológicos incluyen la fisioterapia, la acupuntura y los tratamientos psicológicos entre otros. Los tratamientos psicológicos como el entrenamiento en relajación, el biofeedback o la terapia cognitivo conductual, cuentan con validez científica y parece ser que han demostrado suficiente eficacia en el tratamiento de este tipo de trastornos (Nicholson, Buse, Andrasik y Lipton, 2011).

Las técnicas de relajación muscular parten del trabajo desarrollado por E. Jacobson a finales de la década de los 20. En el caso de la cefalea tensional, esta técnica tiene como objetivo ayudar a los pacientes a reconocer y controlar el dolor que surge en el curso de las actividades diarias (Bendtsen, 2009). Para Lipchik, Smitherman, Penzien y Holroyd (2006), esta técnica es una de las más utilizadas, ya que permite al paciente controlar las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor de cabeza, y se suele utilizar conjuntamente con otras técnicas de intervención psicológica, como el biofeedback o la terapia cognitivo conductual, a la hora de tratar estos problemas.

prolepsis

Una de las terapias de tercera generación muy novedosa y que parece tener bastante eficacia en el tratamiento psicológico de la cefalea tensional y la migraña, es la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Esta terapia tiene como objetivo enseñar al paciente a convivir con el dolor, recuperando la normalidad y los aspectos valiosos de su vida (Amigo, 2012; Mo Tamedi, Rezaiebaran y Tavallaie, 2012).

Otros tratamientos psicológicos que en algunos casos se han utilizado son el biofeedback, o retroalimentación, y el mindfulness, aunque esta última no cuenta con estudios que demuestren su eficacia. (Bendtsen, 2009; Rosen, 2012).

Por último, la terapia cognitivo conductual tiene como objetivo enseñar al paciente a identificar los pensamientos y creencias que generan estrés y agravan los dolores de cabeza. Dentro de estas terapias se incluyen diversas técnicas, pero quizás la más eficaz es la técnica de inoculación del estrés adaptada al dolor por Turk, Meichenbaum y Genes en 1983. Esta técnica se desarrolla en tres fases, a lo largo de las cuales se instruye al paciente para que sea capaz de afrontar la situación (Amigo, 2012).

Lipchik et al., (2006), incluyen dentro de la terapia cognitivo conductual la autogestión, la cual ha demostrado eficacia en la intervención en pacientes con cefaleas primarias. Estos modelos de autogestión proporcionan al paciente una educación que le enseña a solucionar problemas, además de habilidades de afrontamiento para manejar su enfermedad, como puede ser identificar los factores desencadenantes, hacer y mantener cambios en el estilo de vida o mejorar el manejo del estrés, entre otras.

Hasta la fecha, los estudios llevados a cabo sobre el tratamiento aplicado en cefalea tensional y migraña se han centrado, sobre todo, en la intervención farmacológica. Asimismo, las investigaciones realizadas sobre la intervención psicológica, han centrado su foco de interés en la eficacia de las diversas técnicas comentadas anteriormente, aportando una gran evidencia científica a favor de ellas a lo largo de los últimos años, sobre todo en el caso de la relajación.

Teniendo en cuenta lo comentado anteriormente se ha propuesto como objetivo de esta revisión comprobar si las técnicas de intervención psicológica son más eficaces que otros tratamientos para la mejora de la cefalea tensional

prolepsis

y la migraña. Para ello se va a llevar a cabo una revisión de las diversas investigaciones recientes sobre el tema.

Método

Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed, Medline y Dialnet. Se seleccionaron aquellas investigaciones que contaban con pacientes adultos, diagnósticos de CT o migraña, y que en su metodología incluyen una línea base, un proceso de seguimiento y una fase de evaluación inicial y final para observar los cambios producidos.

La búsqueda de los artículos se realizó utilizando palabras clave como “intervention”, “tensio type headache”, “migraine” y “psychological” y se limitó la búsqueda a artículos en inglés y español comprendidos entre los años 2004 y 2014, contando con un total de treinta y tres artículos.

Resultados

Todas las investigaciones que se comentan en este trabajo, cuentan con unos determinados criterios de inclusión y de exclusión comunes a la hora de elegir a los participantes (véase tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los criterios de inclusión y exclusión que utilizan las investigaciones

| Crterios de inclusión | Crterios de exclusión |
|---|--|
| -Participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años. | -Personas con abuso de medicación (profiláctica, analgésica o antipsicótica) u otras sustancias. |
| -Participantes con diagnóstico de CT o migraña. | -Aquellos que tengan otros dolores o que el dolor esté ocasionado a una enfermedad |
| -Nivel óptimo de lectura para comprender el consentimiento informado y las instrucciones. | -Inicio de la enfermedad después de los 50 años. |

Para la realización de las investigaciones, algunos autores como D’Souza, Lumley, Kraft y Dooley (2008), Holroyd, Labus y Carlson (2009), Holroyd et al. (2010) y Varkey, Cider, Carlsson y Linde

(2011), utilizan una serie de instrumentos y sistemas de evaluación con el fin de comprobar las mejoras alcanzadas en los participantes tras la aplicación de los diversos tratamientos (véase tabla 3).

prolepsis

Tabla 3. Resumen de los instrumentos de evaluación que se emplean en las investigaciones.

| Instrumento | Aplicación |
|-----------------------|---|
| Autoregistros diarios | Participantes anotan cantidad, incapacidad y duración de los dolores. |
| MIDAS | Evaluar la discapacidad. |
| PANAS-X | Evaluar estado de ánimo. |
| MPQ-SF | Evaluar intensidad del dolor. |
| HRQoL | Evaluar salud y calidad de vida. |
| STAI-T | Evaluar nivel de ansiedad. |
| Examen neurológico | Evaluar cambios que producen la CT y la migraña. |

No obstante, existen multitud de estudios experimentales sobre los diversos tratamientos para paliar la cefalea tensional y la migraña, observándose una cierta polémica entre ellos sobre cuáles demuestran mejoras significa-

tivas en la disminución de los síntomas. Sin embargo, este trabajo se centrará solo en aquellos resultados de las investigaciones más relevantes que se han realizado en los últimos nueve años (tabla 4).

Tabla 4. Descripción de los estudios revisados.

| Autores | Participantes | Grupos | Método | Seguimiento | Resultados |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------|--|-----------------------------|--|
| Söderberg et al. (2006) | 90 CTC 73 mujeres 17 hombres | EF ER Acupuntura | Pre tratamiento Entrenamiento Post tratamiento | A los 3 y a los 6 meses. | ER > EF y Acupuntura, en intensidad y frecuencia. |
| D'Souza et al. (2008) | 141 51 CT 90 migraña | ER TDE Control | Línea base Dos fases de seguimiento/ evaluación | Al mes y a los 3 meses. | ER > TDE y control en intensidad, frecuencia y discapacidad. |



prolepsis

| | | | | | |
|-------------------------|--|-------------------------------------|---|--|---|
| Kraft et al. (2008) | 90 migraña 80 mujeres 10 hombres | ER TDE Control | Línea base. Entrenamiento Evaluación | Al mes y a los 6 meses. | TDE > ER, en entrenamiento a la situación. |
| Holroyd et al. (2009) | 169 CTC 125 mujeres 44 hombres | MA PL TME+PL TME+AM | Línea base Ajuste dosis Evaluación | A los 3, a los 5 y a los 8 meses. | TME+MA > PL, TME+PL y MA, en discapacidad. |
| Holroyd et al. (2010) | 232 migraña 183 mujeres 49 hombres | β-bloq PL TC+PL TC+β-bloq. | Selección Ajuste dosis Evaluación | A los 5, a los 7, a los 10, a los 13 y a los 16 meses. | TC+β bloqueante > PL, β-bloq y TC+PL, en frecuencia |
| Söderberg et al. (2011) | 178 90 CTC 88 sanos | ER EF Acupuntura Control | Línea base Tratamiento Evaluación | A los 3 y a los 6 meses | ER y EF > acupuntura y control, en vitalidad. |
| Varkey et al. (2011) | 91 migraña 82 mujeres 9 hombres | EF ER Medicación | Línea base Tratamiento Evaluación | A los 3 y a los 6 meses | No diferencias significativas. |
| MoˆTamedi et al. (2012) | 26 Mujeres con CTC y migraña | ACT Control | Línea base Tratamiento Evaluación | No hay seguimiento | ACT > control, en discapacidad y angustia afectiva. |
| Motoya et al. (2014) | 4 CT 2 mujeres 2 hombres | No hay grupos | 4 sesiones individuales con aplicación de la TCC. | Al mes | Decrece catastrofismo, escape/evitación, intensidad y frecuencia. Aumenta actividad diaria. |

Nota: EF, ejercicio físico; ER, entrenamiento en relajación; TDE, técnica de divulgación escrita; MA, medicación antidepressiva; PL, placebo; TME, técnica de manejo del estrés; TC, terapia conductual; ACT, técnica de aceptación y compromiso; TCC, terapia cognitivo conductual.

Todas las investigaciones realizadas cuentan con un número de participantes bastante elevado (entre 90 y 240), menos aquellas realizadas por MoˆTamedi et al. (2012) y por Motoya et al. (2014), formadas por un total de 26 y 4 participantes respectivamente.

La edad media de los participantes en los estudios experimentales se encuentra entorno a los 37 años. Se puede observar que en todas las investigaciones, el número de mujeres que participa es más elevado que el de hombres, ya que son estas las



prolepsis

que más problemas de cefaleas primarias presentan. En la mayoría de las investigaciones, menos en las realizadas por Motoya et al. (2014), Söderberg, Carlsson y Stener-Victorin (2006) y Varkey et al. (2011), cuentan con un grupo control o placebo con el cual se comparan los resultados obtenidos en los demás grupos de tratamiento.

En el caso del estudio realizado por Varkey et al. (2011), se utilizó el grupo de EF como grupo comparativo, ya que no recibía tratamiento. Por otra parte, Söderberg et al. (2006), no cuentan con un grupo control puesto que el objetivo del estudio que realizaron fue comprobar cuál de los tres tratamientos no farmacológicos mostraba una eficacia mayor en pacientes diagnosticados de CTC. Por último, la investigación llevada a cabo por Motoya et al. (2014), tenía como objetivo el desarrollo de un programa de TCC desarrollado en cuatro fases para valorar el mantenimiento o agudización de la CT tras su aplicación. El motivo por el cual se incluyeron estas investigaciones en la revisión, a pesar de no contar con grupo control, fue por considerarlas relevantes y novedosas, ya que no hay investigaciones realizadas hasta la fecha que comparen diversos tratamientos o que planteen el desarrollo de un nuevo tratamiento psicológico.

En cuanto a la metodología utilizada, se puede observar que en todas las investigaciones hay una fase de línea base o pre tratamiento, una fase de entrenamiento, tratamiento o ajuste de dosis, según el tipo de estudio, y una fase de evaluación. Se puede ver que la investigación realizada por Motoya et al. (2014), no está dividida en estas fases ya que sólo cuenta con 4 sesiones donde se aplica la terapia cognitivo conductual (TCC) y se evalúan los resultados al mes de su finalización.

Además, los estudios experimentales cuentan con la realización de un seguimiento de los participantes en uno o varios momentos temporales tras la finalización de la intervención, menos la investigación realizada por Mo Tamedí et al. (2012), la cual no cuenta con un seguimiento tras la fase de evaluación final, pero se considera importante por emplear para el tratamiento de la CT una terapia de tercera generación y obtener con esta unos resultados favorables.

En general, los resultados obtenidos por las investigaciones, ponen de manifiesto la eficacia que tienen las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la cefalea tensional y la migraña. Tras la aplicación de los



prolepsis

diversos tratamientos psicológicos, como el ER, la TCC, la ACT o la TME, se ha podido observar una disminución de la frecuencia, de la intensidad, del número de ataques ocurridos, de la angustia afectiva, del catastrofismo y del grado de discapacidad, así como un aumento de la calidad de vida, de las actividades diarias realizadas y de la gestión del dolor. (Söderberg et al., 2006; D'Souza et al., 2008; Holroyd, Labus y Carlson, 2009; Holroyd et al., 2010; Mo Tamedí et al., 2012; Motoya et al., 2014; Söderberg et al., 2011).

Por otro lado, investigaciones como las realizadas por Kraft et al. (2008) o Varkey et al. (2011), obtienen en sus resultados datos contradictorios a los obtenidos en las investigaciones antes comentadas. Varkey et al. (2011), no obtiene en los resultados diferencias significativas entre los tres grupos de tratamiento, pero se observa una ligera ventaja a favor del uso de medicación con topiramato, obteniendo con este tratamiento una mayor disminución de la frecuencia y de la intensidad del dolor. Por otro lado, en la investigación realizada por Kraft et al. (2008), se observan resultados a favor de la TDE en la escala de afrontamiento por aproximación emocional en comparación con el ER y el EF.

Discusión

Las intervenciones psicológicas en las cefaleas primarias con tratamientos de tipo conductual, se han convertido en las más aceptadas, tanto por pacientes como por profesionales. Hay una amplia evidencia empírica que apoya la eficacia de las intervenciones psicológicas, tales como el entrenamiento en relajación y los tratamientos cognitivo-conductual, sobre todo cuando se administran de forma individual (Rains y Penzien, 2002; Nicholson et al. 2011;). Aunque actualmente no son técnicas que se usen con una frecuencia superior al tratamiento farmacológico, ya que en muchas ocasiones se utilizan ambas técnicas conjuntamente, las intervenciones psicológicas están demostrando cada vez más beneficios en los pacientes diagnosticados de CT o migraña (Söderberg et al., 2006; Holroyd et al. 2009; Holroyd et al. 2010; Rosen, 2012).

No obstante, hoy en día, sigue existiendo un amplio debate entre los investigadores sobre cuál es el tratamiento psicológico que más beneficios aporta, pero es un hecho que, hasta la fecha, las técnicas de relajación son las más utilizadas y las que han demostrado una eficacia bien establecida a la hora de intervenir

prolepsis

en pacientes diagnosticados con CT (Lipchik et al. 2006). Hay que tener en cuenta el importante papel que están jugando en los últimos años las terapias cognitivo conductuales, ya que han demostrado ser un tratamiento probablemente eficaz para el tratamiento tanto de la migraña como de la CT, aunque no existe claridad sobre cuáles son los principios activos responsables del éxito de estos tratamientos ni en qué pacientes y síndromes concretos son más eficaces.

Una revisión realizada por Navarro (2006), sobre el tratamiento cognitivo conductual en las migrañas, apoya los resultados obtenidos en esta revisión, y añade que, a pesar de que existe un gran número de medicamentos en el mercado para el tratamiento de las migrañas y la CT, el uso de la farmacología por sí solo no ha tenido el impacto necesario para controlar el dolor crónico de cabeza, por lo que el empleo de las técnicas psicológicas conductuales se hace imprescindible para la intervención, sobre todo en el caso de la CTC, siendo necesario en algunos casos un tratamiento conjunto de ambas técnicas de intervención. Tal afirmación, está avalada por investigaciones llevadas a cabo por D'Souza et al. (2008), Fumal y Schoenen (2008), Holroyd et al. (2009-

2010), Kraft et al. (2008), Söderberg et al. (2006), Sun-Edelstein y Mausekoff (2012) y Varkey et al. (2011), las cuales apuntan que a pesar de la eficacia mostrada por las intervenciones psicológicas en CT y migraña, en este último caso, se necesitaría la combinación del tratamiento psicológico con el farmacológico para obtener unos mayores beneficios. Asimismo, añaden que es posible que la combinación de diversas técnicas psicológicas, o de estas junto con el tratamiento farmacológico, generen mejores resultados debido a la causalidad multifactorial de la CT, sin embargo, son necesarias más investigaciones a gran escala para llegar a afirmar el efecto de tal combinación.

No obstante, a pesar de la investigación realizada hasta la fecha sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas en la cefalea tensional y la migraña, en estos momentos, las investigaciones están centradas en diseccionar los procesos psicológicos implicados en el dolor crónico, determinando los factores cognitivos, conductuales, emocionales y psicofisiológicos responsables de la CT, así como en las características de los pacientes, en contraposición de lo investigado hasta la fecha sobre este tema. Es por esto que actualmente



prolepsis

las investigaciones sobre eficacia de tratamientos estén disminuyendo, ya que el foco de interés ha cambiado conforme a las investigaciones realizadas hace años (Díaz, Comeche y Vallejo, 2011).

Actualmente, investigaciones como las realizadas por Kikuchi, Yoshiuchi, Ando, Yamamoto (2015), Koenig, Williams, Kemp y Thayer (2015) o Martin et al. (2015), han centrado su foco de interés en los factores desencadenantes de la cefalea tensional, como el estrés, o en las patologías que pueden estar asociadas y surgir como consecuencia de migrañas o CT como por ejemplo la depresión o la enfermedad cardiovascular. La investigación realizada por Martin et al. (2015), pone de manifiesto la importancia que tiene el tratamiento psicológico en los dolores de cabeza para evitar la depresión asociada a la cefalea tensional y la migraña, y conseguir una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Es importante también, señalar que sería adecuado informar a los pacientes sobre los diversos tratamientos que tienen a su disposición, ya que numerosos pacientes no se benefician de los tratamientos psicológicos que existen, produciéndose como

consecuencia un grado de incapacidad irreversible en el paciente. Además se debería de informar sobre los riesgos que tienen los tratamientos farmacológicos, puesto que a pesar de mostrar una eficacia a corto plazo, en el caso de que estos sean administrados durante largos periodos de tiempo pueden tener asociadas consecuencias nefastas (Navarro, 2006; Díaz et al., 2011).

A pesar de todo lo comentado en esta revisión y de que el tema no es reciente, es curioso ver las escasas investigaciones con las que se cuentan y las contradicciones que emanan de ellas. Aunque se ha conseguido comprobar que el tratamiento combinado de fármacos y terapias psicológicas para la cefalea tensional y la migraña parece demostrar una alta eficacia, aun es mucha la investigación que queda por hacer sobre esto (Lipchik et al. 2006; Navarro, 2006).

Por último, comentar que resulta extraño no encontrar ninguna investigación que compare las técnicas psicológicas y farmacológicas en general o alguna que compare todas las técnicas psicológicas para ver cuál es más eficaz a la hora de intervenir sobre la CT y/o migraña. Navarro (2006), propone futuras líneas de investigación centradas en evaluar la

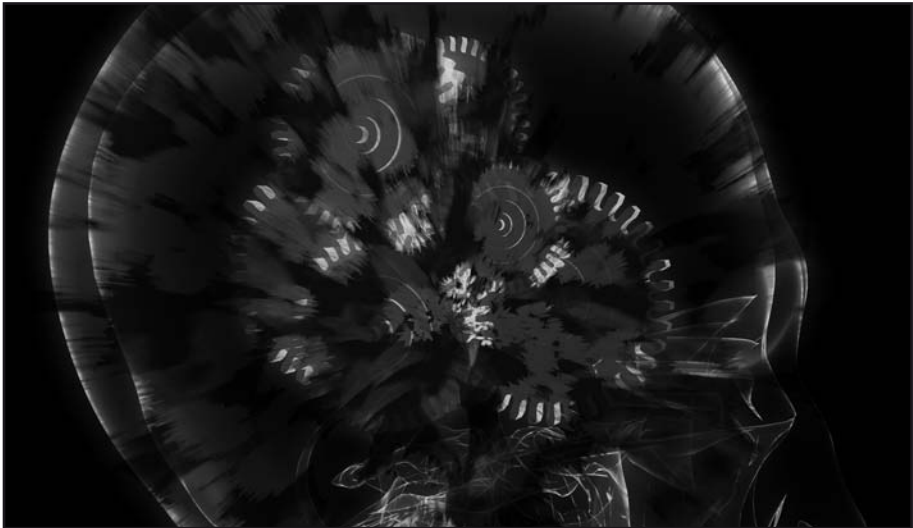
prolepsis

efectividad de las técnicas psicológicas, tanto en conjunto como por separado, tomar en cuenta los diferentes tipos de dolores de cabeza y su comorbilidad, así como los diferentes grupos de edades (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), todo ello unido al uso de una

metodología que permita valorar su efectividad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses en la elaboración y publicación de este artículo.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I. (2012). Manual de psicología de la salud. Madrid, España: Pirámide.
- Bendtsen, L. (2009). Drug and nondrug treatment in tension-type headache. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 2 (3), 155-161.
- Campellone, J. (2013). Cefalea tensional. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000797.htm>
- Campellone, J. (2013.) Migraña. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000709.htm>
- Chowdhury, D. (2012). Tension type headache. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15 (1), 83-88.
- Díaz, M., Comeche, M. y Vallejo, MA. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el dolor crónico. En Pérez, M., Fernández, JR., Fernández, C. y Amigo, I. (Ed.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 123-140). Madrid, España: Pirámide.
- D'Souza, P., Lumley, M., Kraft, C. y Dooley, J. (2008). Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: a randomized, controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 36 (1), 21-32.
- Espí, G. (2010). Eficacia del tratamiento de la cefalea tensional mediante terapia articular y de tejido blando suboccipital. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Fumal, A. y Schoenen, J. (2008). Tension-type headache: current research and clinical

prolepsis

management. *The Lancet Neurology*, 7, 70-83.

14

Gil-Martínez, A., Kindelan-Calvo, P., Agudo-Carmona, D., Muñoz-Plata, R., López-deUralde-Villanueva, I. y La Touche, R. (2013). Ejercicio terapéutico como

tratamiento de las migrañas y cefaleas tensionales: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de neurología*, 57 (10), 433-443.

Haque, B., Rahman, K., Hoque, A., Hasan, H., Chowdhury, R., Khan, S., Alam, M., Habib, M. y Mohammad, Q. (2012). Precipitating and relieving factors of migraine versus tension type headache. *BMC Neurology*, 12 (1), 82.

Holroyd, K., Cottrell, C., O'Donnell, F., Cordingley, G., Drew, J., Carlson, B. y Himawan, L. (2010). Effect of preventive (β blocker) treatment, behavioural migraine management, or their combination on outcomes of optimised acute treatment in frequent migraine: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 29, 341.

Holroyd, K., Labus, J. y Carlson, B. (2009). Moderation and mediation in the psychological and drug treatment of chronic tension-type headache: the role of disorder severity and psychiatric comorbidity. *Pain*, 143 (3), 213-222.

International headache society. (2013). The international classification of headache disorders, third edition. *Cephalalgia*, 33 (9), 629-808.

Kikuchi, H., Yoshiuchi, K., Ando, T. y 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.

Koenig, J., Williams, D., Kemp, A. y Thayer, J. (2015). Vagally mediated heart rate variability in headache patients-a systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*.

Kraft, C., Lumley, M., D'Souza, P. y Dooley, J. (2008). Emotional approach coping and self-efficacy moderate the effects of written emotional disclosure and relaxation training for people with migraine headaches. *British Journal of Health Psychology*, 13, 67-71.

Lipchik, G., Smitherman, T., Penzien, D. y Holroyd, K. (2006). Basic principles and techniques of cognitive behavioral therapies for comorbid psychiatric symptoms among headache patients. *Headache*, 46 (3), 119-132.

15

Lozoya, J. (2013). Cefalea tensional: causas, síntomas y tratamiento del dolor de cabeza. Recuperado de http://suite101.net/articulo/cefalea-tensional-causassintomas-y-tratamiento-dolor-de-cabeza-a31166#.VHRES_mG804.

Martin, P., Aiello, R., Gilson, K., Meadows, G., Milgrom, J. y Reece, J. (2015).

Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: An exploratory randomized controlled trial. *Behavioral research and therapy*, 73, 8-18.

McLean, A., Coutts, K. y Becker, W. (2012). Pacing as a treatment modality in migraine and tension type headache. *Disability and rehabilitation*, 34 (7), 611-618.

Mo Tamedí, H., Rezaeiaram, P. y Tavallaie, A. (2012). The effectiveness of a groupbased acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact. *Headache* 52 (7), 1106-1119.

Motoya, R., Oda, K., Ito, E., Ichikawa, M., Sato, T., Watanabe, T., Sakuma, J., Saito, K., Niwa, S. y Yabe, H. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the pain sustainment/exacerbation model in patients with tension type headache: a pilot study. *Fukushima Journal of Medical Science*, 60 (2), 133-140.

Mueller, L. (2007). Diagnosing and managing migraine headache. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 107 (6), 10-16.

Navarro, ME. (2006). Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en psicología*, 20, 1-21.

Nicholson, R.A., Buse, D.C., Andrasik, F. y Lipton, R.B. (2011). Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how choose and when to use. *Current treatment options in Neurology*, 13 (1), 28-40.

Rains, J. y Penzien, D. (2002). Behavioral treatment strategies for migraine and tension type headache: a review of the evidence and future directions. *Expert review of neurotherapeutics*, 2 (5), 749-760.

Rosen, N. (2012). Psychological issues in the evaluation and treatment of tension-type headache. *Current pain headache reports*, 16 (6), 545-553.

