

Cefalea tipo tensión en mujeres. Características, impacto y utilidad de la fisioterapia en su tratamiento

Gemma Victoria Espí-López,* Inmaculada Colorado Lluch,** Ma. Teófila Vicente Herrero***

RESUMEN

Introducción: La cefalea tipo tensión muestra una elevada prevalencia con repercusión en la calidad de vida de la persona y un grado de discapacidad que se traduce en coste sociosanitario. **Objetivo:** Es un estudio descriptivo en una muestra aleatoria de mujeres con cefalea tipo tensión valorando sus características, repercusión en su calidad de vida, comorbilidades asociadas y planteamientos fisioterapéuticos a implantar. **Métodos:** Se incluyeron 68 mujeres con edad media de 39.1 años, diagnosticadas con cefalea tipo tensión (criterios IHS). En la entrevista clínica estructurada se valoraron, mediante cuestionarios: calidad de vida, discapacidad, impacto de la enfermedad y comorbilidades asociadas: ansiedad, depresión y movilidad cervical mediante CROM craneal. **Resultados:** El comienzo del dolor suele ser suboccipital e interparietal y refieren como desencadenante el estrés. La repercusión en las escalas de discapacidad muestra: en ansiedad estado 25.32 puntos, ansiedad rasgo 25.63 puntos; depresión 9.78 puntos; impacto de dolor 60.66 puntos; discapacidad funcional 6.21 puntos y emocional 23.35 puntos. La movilidad cervical mostró valores normales. **Conclusiones:** La cefalea tipo tensión afecta a la calidad de vida con especial incidencia de ansiedad y depresión asociadas, siendo reseñable la discapacidad producida por el dolor y la repercusión laboral. El abordaje conjunto de profesionales implicados podría mejorar el resultado final de las terapias usadas.

Palabras clave: Cefalea tipo tensión, ansiedad, depresión, discapacidad, impacto, fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Tension type headache shows a high prevalence and impact on the various aspects of life, creating a degree of disability that results in a high health care cost. **Objective:** A descriptive study of a random sample of women with tension type headache assessing their characteristics, impact on quality of life, comorbidities and physiotherapy approaches to implement. **Methods:** We included 68 women with a mean age of 39.1 years, tension type headache diagnosed according to IHS criteria. Structured clinical interview is conducted, using questionnaires assessing: quality of life, disability generated and impact of disease and associated comorbidities such as anxiety and depression and cranial cervical mobility by CROM. **Results:** The onset of pain is usually suboccipital and interparietal and workplace stress as a trigger concern. The impact on disability scales shows: in state anxiety 25.32 points, trait anxiety 25.63 points, depression 9.78 points, impact of pain 60.66 points, functional disability 6.21 points and emotional 23.35 points. Cervical mobility was normal. **Conclusions:** Tension type headaches affect quality of life with special emphasis associated anxiety and depression, being noteworthy disability from pain and labor impact stress. The professionals involved joint approach could improve the outcome of the therapy.

Key words: Tension-type headache, anxiety disorder, depressive disorder, disability, impact, physical therapy.

INTRODUCCIÓN

La cefalea tipo tensión (CTT) se encuadra dentro de las cefaleas primarias según la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS, por sus siglas en inglés)^{1,2} con criterios bien definidos,

éstas constituyen un problema para las personas que lo padecen con repercusiones en su calidad de vida³.

Debido a su alta prevalencia, entre el 30 y 80% de la población, constituye un problema de salud con impacto socioeconómico⁴. Aproximadamente el 60% de los sujetos que la padecen sufren un episodio de CTT al mes y el 3% tienen episodios de más de 15 días al mes. Las pacientes que padecen CTT son, mayoritariamente, de género femenino (80%), raza blanca (65%) y con una edad media de 40.7 años (DT 15). Se reconocen como factores precipitantes o desencadenantes a la ansiedad, el estrés, la frustración, los trastornos del sueño y las alteraciones hormonales, entre otros^{3,5}.

Los estudios muestran una afectación predominante en las edades más productivas de la vida, entre los 20 y 50 años⁶, con repercusión valorable en la calidad de vida e impacto

* Doctora en Fisioterapia. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Valencia, España.

** Unidad de Calidad. Universidad de Valencia.

*** Doctora en medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Grupo Correos-Valencia y Castellón. España.

Recibido para publicación: noviembre, 2013.

Aceptado para publicación: diciembre, 2013.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

laboral⁷. En EUA, a la CTT se le reconoce una incidencia de 30.3/1,000 en varones y 55.4/1,000 en mujeres. Muchos han sido los autores que han evaluado el impacto de la CTT Silva et al, en 2004⁸, evaluaron en Brasil su impacto en 251 sujetos con resultados de baja puntuación en los dominios de vitalidad y dolor corporal. Es clara la mayor afectación de las mujeres que Lyngberg et al en 2005⁹ cifran en una relación hombre-mujer de 1:3 en Dinamarca, con cifras de incidencia de CTT de 14.2/1,000, destacando la percepción de los sujetos de tener una salud más débil, con incapacidad para relajarse después del trabajo y dormir pocas horas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en Brasil por Felício et al en 2006³, donde mostraron una relación mujer/hombre de 4:1 con edad media de los afectados de 40.7 años (DT 15). En países como Cuba, la CTT constituye la primera causa de consulta médica, afectando al 50-60% de la población de los que, entre el 8-10%, requieren tratamiento médico para su control¹⁰.

Independientemente de los tratamientos farmacológicos sintomáticos o preventivos utilizados en la cefalea tipo tensión (CTT) son de destacar, por su utilidad en la práctica, los tratamientos no farmacológicos, basados en terapia manual, cinesiterapia, ejercicios o control del estrés y así lo señalan autores como Espí López y Gómez Conesa en 2009¹¹, aunque el hecho de que se apliquen de forma combinada, dificulta saber cuál es la técnica más eficaz.

Las evaluaciones efectuadas en CTT, tanto en los tratamientos farmacológicos como con los no farmacológicos, ofrecen una información sesgada, basada fundamentalmente en la sintomatología de dolor, sin tener en cuenta otros ámbitos de repercusión. Generalmente se incluyen en las evaluaciones aspectos como: la frecuencia o la intensidad del dolor, su duración y, en ocasiones, la repercusión en calidad de vida. El objeto de este estudio es recabar los datos más completos de las características que envuelven a la CTT como: la lateralidad del dolor, la pulsatilidad, la posible agravación por la actividad física, la frecuencia, intensidad, severidad, factores desencadenantes y agravantes, así como evaluar los diferentes ámbitos que intervienen en la concepción de salud, valoración de la calidad de vida y afectación de movilidad cervical. De forma previa a la aplicación de cualquier tratamiento o terapia es fundamental una evaluación clínica y laboral, lo más completa posible, que nos permita saber en qué aspectos de la cefalea se puede influir con más opciones de mejora y qué técnica dentro de un tratamiento fisioterápico resulta más eficaz.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia del sexo femenino en la CTT, se realiza un análisis descriptivo en una muestra de mujeres mediante entrevista clínica estructurada y cuestionarios validados para recoger aspectos de repercusión en la calidad de vida, criterios de discapacidad e impacto sociolaboral. Las pacientes incluidas han de cumplir criterios de la Sociedad Internacional para el Dolor de Cabeza (IHS, por

sus siglas en inglés) de CTT. El conocimiento de estos aspectos pretende ser de utilidad en los posteriores tratamientos que se apliquen, partiendo de una mayor información de apoyo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes: En este estudio se incluyeron a mujeres en tratamiento por cefalea y remitidas por sus médicos asistenciales al Centro de Fisioterapia.

Diseño del estudio: De octubre de 2012 a junio de 2013, se llevó a cabo una entrevista clínica estructurada a mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Se recogieron las características demográficas y las propias de la cefalea en el mes previo al estudio y, posteriormente, las pacientes cumplimentaron una serie de cuestionarios validados sobre los aspectos relacionados con la calidad de vida: ansiedad, depresión, discapacidad e impacto producido por el dolor. Finalmente se evaluó la movilidad cervical mediante dispositivo específico (*Cuadro 1*).

Metodología utilizada

- En la entrevista clínica se incluyeron características de la cefalea: lateralidad del dolor, pulsatilidad, posible agravación por la actividad física, frecuencia, intensidad, severidad, factores desencadenantes y agravantes, tratamientos previos y su eficacia.
- La ansiedad fue evaluada mediante el cuestionario validado por The State-Trait Anxiety Inventory– trait form (STAI-TA) (Spielberger et al 1979)¹². Se autoevalúa la ansiedad como estado transitorio y como un rasgo latente con 20 preguntas y 4 opciones de respuesta que van de 0 = nada a 3 = mucho. Las puntuaciones varían desde 0 hasta 60 puntos; por encima del percentil 50 se establece la existencia de ansiedad. Para los hombres, este percentil coincide con la puntuación de 19, tanto para STAI estado como para STAI rasgo. Para las mujeres, las puntuaciones superiores van de 21 para STAI estado y 24 para STAI rasgo y establecen este nivel. Este instrumento posee garantías psicométricas con una buena consistencia interna (coeficiente alpha de 0.83 a 0.92).
- La depresión fue evaluada mediante el cuestionario validado Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al, 1961)¹³, consta de 21 ítems con cuatro niveles de respuesta. Fue adaptada al español y validada por Conde y Useros (Conde y Useros, 1975)¹⁴. El BDI ha mostrado una buena consistencia interna (coeficiente alpha 0.86) (Beck et al., 1996)¹⁵. De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico/cognitivos, y los seis restantes a síntomas somático/vegetativos. La suma total de la puntuación de 0 a 9 sugiere que no existe depresión; de 10 a 18 puntos depresión leve; de 19 a 29 puntos depresión moderada y > 30 puntos depresión grave.

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Tener entre 18 y 65 años • Diagnóstico de ETTH frecuente o CTTH, en ambos casos más de tres meses • Padecer episodios de dolor entre 30 minutos a 7 días • Cumplir dos o más de las características siguientes: - Localización bilateral del dolor - Dolor no pulsátil - Tener dolor de intensidad leve o moderada - Que la cefalea no aumente con la actividad física • La cefalea puede estar asociada a sensibilidad pericraneal • Estar en tratamiento farmacológico sin control completo del dolor	• Pacientes con ETTH infrecuente, y los pacientes con la TTH probable en sus formas frecuente e infrecuente • Nunca pueden tener vómitos durante sus episodios de cefalea • Los pacientes con ETTH pueden padecer de manera aislada fotofobia o fonofobia durante sus episodios de cefalea • Los pacientes con CTTH pueden padecer de manera aislada fotofobia, fonofobia o náuseas leves durante sus episodios de cefalea • Dolor que se agrave por el movimiento de la cabeza • Problemas metabólicos u osteomusculares con sintomatología similar de cefaleas • Traumatismos previos en la columna cervical • Historia de vértigo • Hipertensión arterial mal controlada • Rigidez articular, arterioesclerosis o artrosis avanzada • Pacientes en proceso de adaptación farmacológica • Tensión emocional excesiva • Pacientes con dispositivos cardíacos • Inestabilidad articular • Alteraciones neurológicas • Laxitud de los tejidos blandos cervicales • Alteraciones radiológicas • Hiper movilidad o hiperlaxitud generalizada • Embarazo

Fuente: The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia. 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.

- El impacto de la cefalea en la vida diaria se evaluó mediante el Headache Impact Test-6 (HIT-6) (Ware et al, 2000)¹⁶. Consta de seis preguntas con diferentes opciones-respuesta calificadas como: nunca (0 puntos), casi nunca (5 puntos), a veces (10 puntos), frecuentemente (15 puntos), y siempre (20 puntos). Con 48 puntos o menos no hay limitación funcional, entre 50 y 60 es recomendado acudir a un médico, entre 50 y 54 algo de impacto, entre 55 y 59 impacto moderado, y más de 60, impacto severo y posee una alta fiabilidad en estudios previos (alpha 0.87) (Kawata et al, 2005)¹⁷.
- La discapacidad ocasionada por la cefalea se evaluó mediante la versión española del Headache Disability Inventory (HDI), con dos ítems relacionados, con la frecuencia e intensidad del dolor y un cuestionario de 25 ítems acerca de los aspectos emocionales y funcionales con cuatro posibles opciones de respuesta, con un coeficiente de fiabilidad alfa de 0.76-0.83 (Jacobson et al, 1994; Rodríguez et al, 2000)^{18,19}. Se considera que hasta 49 puntos no hay limitación funcional, entre 50 y 55 impacto leve, entre 56 y 59 impacto moderado, y con 60 o más impacto severo.
- Intensidad de dolor. Las mujeres cumplimentaron la frecuencia, así como la intensidad del dolor evaluada con la escala visual de dolor (EVA) (Williamson y Hoggart, 2005)²⁰, que refiere a la intensidad del dolor del sujeto evaluada de 0 a 10 (0 = no dolor, 10 = dolor severo).

- Rango de movilidad de la región cráneo-cervical, evaluada con el dispositivo CROM. Este instrumento ha demostrado una buena fiabilidad intraexaminador en los movimientos de flexión, extensión, inclinación y rotación cervical ($ICC > 0.80$) (Tousignant et al., 2000)²¹. Para considerar la normalidad en los rangos de movilidad cervical se toman como base las publicaciones existentes²², si bien no existen estudios publicados sobre la fiabilidad de la articulación cráneo-cervical, por lo que previa a su aplicación se realiza un estudio inter-examinador con dos examinadores diferentes a 10 pacientes que no participaban en el estudio, resultando una correlación de Pearson de 0.98.

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos se codificaron y analizaron con el programa SPSS v.19.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 68 mujeres con una edad media de 39.1 años (DT = 11.62), tiempo medio de evolución de la cefalea de 11.21 (DT = 12.37). El 44.1% de las pacientes tuvieron familiares directos con cefaleas.

La localización del dolor craneal varía en el 39.7% en zona occipital, el 33.8% en zona interparietal y en el 26.5% en región frontal.

Inicio del dolor: éste fue variable, al 19.1% se les instaura a primera hora de la mañana, al 42.6% a cualquier hora a lo largo del día, al 8.8% a última hora del día y el 29.4% no presentaba un horario fijo, variando de un día a otro; la duración de los episodios del dolor fue entre 1 y 3 días, con media de 1.50 días (DT = 0.82).

Características del dolor: el 100% de los pacientes padecían dolor bilateral con intensidad media, en ningún caso era pulsátil, y en 50 (73.5%) ésta no aumentaba con la actividad física, en 18% se modificaba levemente con la actividad física pero sin limitar la actividad normal. 59 pacientes (86.8%) sufrieron cefaleas de intensidad moderada y nueve pacientes (13.2%) la percibieron como suave y la intensidad media del dolor evaluado mediante la escala visual analógica (EVA), se situó en 6.60 (DT = 1.76).

Las pacientes refirieron síntomas asociados de forma aislada o conjunta como: fotofobia o fonofobia leve en el 61.8% y sensibilidad pericraneal en el 47.1%.

Al 47.1% de las pacientes se les desencadenaba el dolor con esfuerzos como toser, sonarse o similar, al 33.8% tras la ingesta de ciertos alimentos como el chocolate, el queso o café y 28 de ellas refirieron cierta relación con los trastornos hormonales. Como desencadenantes del dolor, el estrés está considerado como el factor más importante (70.6%), seguido

del laboral (45.6%), emocional (35.3%), familiar (22.1%) y académico (10.3%).

Entre los factores que alivian el dolor está la relajación (55.9%) como el más eficaz y seguido del sueño (44.1%) y en un porcentaje mucho menor los ejercicios respiratorios (2.9%).

El impacto del dolor fue moderado en las actividades de la vida diaria (AVD), actividades de tiempo libre moderado (ATL) y en actividades laborales (AL) (Cuadro 2).

En cuanto a la repercusión laboral por el dolor, en el mes previo al tratamiento trabajaron con dolor de cabeza una media de 10.87 días (DT = 6.37), con sensación de no rendir adecuadamente en el trabajo una media de 9.82 días (DT = 8.66), con percepción de disminución del rendimiento laboral (del 66.99%), el nivel de absentismo se situó en una media de 0.81 días (DT = 2.37) (Cuadro 3).

Respecto al tratamiento farmacológico preventivo y su eficacia, ninguna de las pacientes consumió ISRS, 4 (5.9%) utilizaron como tratamiento preventivo: antidepresivos tricíclicos (5.9%), ansiolíticos (5.9%), AINES (1.5%), y en los casos que junto con la cefalea tensional se asociaron crisis de migraña, habían tomado en alguna ocasión betabloqueantes (7.4%), calcio-antagonistas (2.9%) y antiepilépticos (2.9%) (Cuadro 4).

Respecto a la eficacia del tratamiento preventivo utilizado en el año, al iniciar el estudio y con duración media de entre 3 y 8 meses: el 7.4% de las mujeres mejoró (reducción de crisis en al menos la mitad de las padecidas en los meses previos). El 10.3% redujo la frecuencia del dolor, el 9.5% mejoró sólo en parte, y el 2.9% no sintió ninguna mejoría. Respecto a la intensidad del dolor, el 8.8% sintió mejoría, el 8.8% mejoró sólo en parte, y el 2.9% no sintió mejoría (Cuadro 4).

En relación con el tratamiento sintomático y su eficacia, el 51.5% se medicaban con AINES en las crisis, el 20.6% con paracetamol, el 11.8% con combinados analgésicos, el 11.8% con ácido acetilsalicílico, el 4.4% con relajantes musculares y el 4.4% utilizaba triptanes (en los casos en los que junto con la cefalea tipo tensión se asociaban crisis de migraña). La reducción de la intensidad con los tratamientos fue efectiva en el 57.4% de mujeres y parcialmente efectiva en el 36.8% de éstas (Cuadro 4).

En cuanto a la fisioterapia manual recibida y su eficacia, fue personalizada en cada caso en función de las características del dolor y de la respuesta de las pacientes, el 19.1% habían recibido masaje, el 10.3% recibieron terapia manipulativa, el 8.8% movilizaciones y estiramientos, y el 20.6% habían recibido varios de estos tratamientos combinados. La eficacia en el alivio del dolor con fisioterapia manual, se produjo en el 42.6% de las pacientes, parcialmente en el 20.6% y sin mejoría en el 0.68% (Cuadro 4).

La ansiedad estado mostró una puntuación de 25.32 puntos (DT = 10.26) y la ansiedad rasgo arrojó un valor de 25.63 puntos (DT = 10.37). Los resultados sobre depresión de Beck

Cuadro 2. Resultados de las características de la cefalea: factores desencadenantes, agravantes, aliviadores e impacto en las actividades diarias.

Características	n = 68 FR
Factores desencadenantes	
Esfuerzos (toser, sonarse o similar)	47.1
Ingesta de ciertos alimentos (chocolate, queso, café)*	33.8
Trastornos hormonales	41.1
Estrés	70.6
Factores agravantes	
Laborales	45.6
Emocionales	35.3
Familiares	22.1
Académicos	10.3
Factores aliviadores	
Relajación	55.9
Sueño reparador	44.1
Ejercicios respiratorios	2.9
Impacto moderado del dolor en las AVD	75
Impacto moderado del dolor en las ATL	63.2
Impacto moderado del dolor en las AL	64.7

FR = frecuencias relativas en % (sobre el total de la muestra)

AVD = actividades de la vida diaria

ATL = actividades de tiempo libre

AL = actividades laborales

* De relevancia en pacientes que junto con la cefalea tipo tensión padecían crisis de migraña asociadas.

Cuadro 3. Resultados de la repercusión laboral.

Repercusión laboral	n = 68 media, DT (en días)
Frecuencia de la cefalea	10.87 (6.37)
Sensación de menor rendimiento	9.82 (8.66)
Absentismo	0.81 (2.37)
Rendimiento laboral (%)	66.99

DT = Desviación típica.

mostraron valores de 9.78 puntos (DT = 6.09). El impacto de dolor evaluado con el HIT-6 fue de 60.66 puntos (DT = 7.11). La discapacidad (HDI) en sus diferentes dimensiones mostró que todas las pacientes referían tener dolor más de 15 días al mes, de intensidad suave en el 8.8% y moderada las restantes; en el aspecto funcional los resultados fueron de 26.21 puntos (DT = 12.22) y en el aspecto emocional 23.35

Cuadro 4. Resultados de los tratamientos previos recibidos.

Tratamientos previos recibidos	% respecto a la muestra total n = 68
Tratamiento preventivo	
ISRS	0
Antidepresivos tricíclicos	5.9
Ansiolíticos	5.9
AINES	1.5
Betabloqueantes (en migraña asociada)	7.4
Calcio-antagonistas (en migraña asociada)	2.9
Antiepilépticos (en migraña asociada)	2.9
<i>Eficacia en la reducción de la frecuencia del dolor</i>	
Reducción importante	7.4
Reducción parcial	10.3
Sin mejoría	2.9
<i>Eficacia en la reducción de la Intensidad del dolor</i>	
Reducción importante	8.8
Reducción parcial	8.8
Sin mejoría	2.9
Tratamiento sintomático	
AINES	51.5
Paracetamol	20.6
Combinados analgésicos	11.8
Ácido acetilsalicílico	11.8
Relajantes musculares	4.4
Triptanes (en migraña asociada)	4.4
<i>Eficacia en la reducción de la Intensidad del dolor</i>	
Reducción importante	57.4
Reducción parcial	36.8
Sin mejoría	0
Fisioterapia manual	
Masaje	19.1
Terapia manipulativa	10.3
Movilizaciones y estiramientos	8.8
Tratamientos combinados	20.6
<i>Eficacia en la reducción de la Intensidad del dolor</i>	
Reducción importante	42.6
Reducción parcial	20.6
Sin mejoría	0.68

puntos (DT = 12.16), sumando 49.56 puntos en total (*Cuadro 5*). Los resultados de la movilidad cervical mostraron rangos situados dentro de la normalidad (*Cuadro 6*).

DISCUSIÓN

Este estudio confirma lo ya referido y realizado previamente por otros autores sobre la repercusión negativa de la cefalea tipo tensión (CTT) en aspectos de la calidad de vida de las pacientes. Las características del dolor de las pacientes coinciden con los estándares internacionales de IHS^{1,2} y plantean la importancia de valorar conjuntamente los distintos aspectos involucrados en el dolor y previamente a la instauración del tratamiento o terapia para mejorar la eficacia posterior.

Los resultados inducen a la realización de futuros estudios basados en la terapia manual, física o de otro tipo, complementaria a los tratamientos farmacológicos, partiendo de una previa recolección de datos, lo más completa posible,

Cuadro 5. Resultados de los cuestionarios STAI, Beck, HIT-6 y HDI.

Cuestionarios	n = 68 media (en puntos), DT
STAI-estado	25.32 (DT = 10.26)
STAI-rasgo	25.63 (DT = 10.37)
Beck	9.78 (DT = 6.09)
HIT-6	60.66 (DT = 7.11)
HDI-funcional	26.21 (DT = 12.22)
HDI-emocional	23.35 (DT = 12.16)

DT = Desviación típica.

Cuadro 6. Resultados de la movilidad cervical.

Movilidad cervical	n = 68
Flexión suboccipital	8.13 (DT = 4.35)
Extensión suboccipital	14.96 (DT = 9.08)
Flexión cervical	51.66 (DT = 11.51)
Extensión cervical	51.77 (DT = 11.82)
Inclinación cervical derecha	38.90 (DT = 9.36)
Inclinación cervical izquierda	39.50 (DT = 9.98)
Rotación cervical derecha	60.50 (DT = 9.98)
Rotación cervical izquierda	62.21 (DT = 11.49)

DT = Desviación típica.

descartando otro tipo de cefalea asociada y valorando el mayor número de factores involucrados.

En el presente estudio, el dolor aunque se caracteriza por instaurarse en toda la cabeza a modo de «casco» se localiza predominantemente en la zona occipital e interparietal, y en menor medida en la zona frontal, coincidiendo con lo referido en los estudios de otros autores²³. La severidad del dolor percibida por las pacientes resultó más moderada, si se compara con lo referenciado por otros autores²⁴. El dolor se va instaurando a medida que pasa el día, sin horario fijo de comienzo, probablemente por relacionarse con factores desencadenantes o agravantes medioambientales o laborales, o con las situaciones de estrés y de tensión de la vida diaria y sin horario predeterminado. La edad media de las mujeres que se sitúan en torno a los 40 años es la de mayor exigencia laboral, social y familiar y coincide con lo registrado en otros estudios⁶. El aspecto de condicionantes del trabajo y repercusión laboral está siendo reevaluado en los últimos años en aspectos cada vez más complejos y con herramientas cuantificadoras de riesgo que permitan dar un objetivo y homogeneizar los resultados y actuar también en la prevención laboral de los accidentes de trabajo y en los aspectos laborales desencadenantes o agravantes de la enfermedad, debiendo contar con las herramientas necesarias y con la propia percepción de riesgo del sujeto afectado²⁵⁻²⁷.

Los síntomas sensoriales asociados suelen ser fotofobia o fonofobia leve y sensibilidad pericraneal. Autores como Silberstein et al²³ obtienen valores semejantes en la relación con estos síntomas; para Serrano et al²⁸, la contractura de la musculatura pericraneal y el estrés desempeñan un papel fundamental en la presencia de la sensibilidad dolorosa pericraneal, agravada por la disminución del umbral del dolor. Es por ello que la evaluación de estos aspectos, tras la aplicación de un tratamiento, parece importante para valorar la eficacia obtenida con ellos.

Casi la mitad de las mujeres de este estudio tienen antecedentes familiares directos con historia de cefaleas primarias, aunque otros estudios consultados muestran resultados algo diferentes en estos porcentajes^{29,30}. El tiempo de evolución de las cefaleas en nuestro estudio se sitúa en una media de 11.2 años, siendo de entre 13 y 14.5 en otras referencias consultadas^{23,31}. La intensidad de dolor varía en torno a seis en las escalas de dolor y coincide con lo referido en otros estudios consultados^{32,33}.

Un aspecto importante es que de las mujeres que fueron estudiadas, la mayoría refirió como desencadenantes los procesos hormonales y la ingesta de anticonceptivos, coincidiendo también con lo referenciado por la bibliografía y por ello constituyen una condición a valorar en cefalea.

En nuestro estudio destaca como desencadenante el esfuerzo seguido de la ingesta de alimentos; sin embargo, el estrés es el factor desencadenante y agravante más importante, junto

con los factores laborales y emocionales. Si lo comparamos con los resultados que nos ofrecen otros autores³⁰, observamos que el trabajo o el factor social están moderadamente deteriorados en el 60% de los sujetos, el sueño en el 37%, el nivel de energía en el 35% y el bienestar emocional en el 33%.

Según nuestros resultados, la relajación y el sueño son unos de los mejores aliados para el alivio del dolor. Otros autores defienden las técnicas de respiración, conjuntamente con la relajación como buenas aliadas en las cefaleas^{34,35}.

Se refuerza la idea de que los fármacos preventivos no son muy utilizados en las pacientes con cefalea tipo tensión (CTT); sin embargo, sí lo son los fármacos sintomáticos en un alto porcentaje, principalmente AINES y paracetamol, con sensación de eficacia en la reducción de la intensidad del dolor, hecho que coincide con lo referenciado por otros autores³⁶. También son utilizados los tratamientos de relajación y ejercicios cervicales^{37,38}, de control de estrés³⁰, las técnicas manuales^{39,40} o articularias⁴¹, así como también en la combinación de varias de ellas o la acupuntura^{31,42}. Estudios como el de Fumal y Schoenen⁴³, coinciden con los resultados de este trabajo, afirmando que la principal elección de fármaco sintomático por parte de las pacientes son los AINES por su buena tolerancia gastrointestinal junto con los tratamientos de relajación, trabajo muscular y de control de estrés. El mayor consumo de medicación, frente al uso de tratamientos de fisioterapia puede deberse a la pronta eficacia obtenida con los fármacos sintomáticos, frente al beneficio más lento que se obtiene con la fisioterapia, si bien esta es más eficaz con el tiempo. Influye también el desconocimiento de los tratamientos de fisioterapia, específicos para las cefaleas y su falta de arraigo entre la población o su difícil acceso sanitario o socioeconómico entre los afectados.

Cabe destacar que las pacientes de nuestro estudio refirieron un impacto moderado en las actividades de la vida diaria, laborales y de tiempo libre, así como la influencia de la CT en el rendimiento laboral que descendió al 66.99%, coincidiendo con lo publicado por otros estudios realizados en el ámbito laboral⁴⁴. Estudios como el de Stovner et al⁶ confirmaron que la CT tiene lugar en las edades más productivas, entre los 20 y 50 años, donde influye de forma importante en el aspecto laboral y en la calidad de vida.

En la ansiedad evaluada con el cuestionario STAI Estado, las pacientes mostraron niveles considerados de ansiedad. En cuanto a la depresión evaluada con el Inventario de Beck, la muestra de nuestro estudio arrojó una puntuación con niveles marginales de depresión en las pacientes de la muestra. Según otros autores, parece existir una interacción entre los aspectos psicológicos y la calidad de vida en los pacientes con CT, y afirman que la ansiedad influye en la frecuencia de la cefalea y en que existe relación entre la duración de ésta y la depresión, reduciendo la calidad de vida de estos pacientes^{45,46}.

El impacto del dolor evaluado con el cuestionario HIT-6 se considera con 60 puntos o más impacto severo y los resultados de nuestro estudio muestran una puntuación media de 60.66. Comparando los resultados con los obtenidos por Díaz et al⁴⁷ y analizando la evolución del impacto del dolor tras el tratamiento farmacológico en una unidad de cefaleas, se obtuvo inicialmente 65,82 puntos de media y 61,86 tras el mismo. En nuestro estudio, las pacientes presentaron niveles inferiores de impacto de dolor, probablemente debido a que no procedían de una unidad de dolor, sufriendo menor intensidad y en consecuencia, menor impacto.

La discapacidad producida por el dolor de cabeza mediante el Headache Disability Inventory (HDI), teniendo en cuenta que el máximo de puntuación sumando las subescalas funcional y emocional es de 100, se obtuvo en nuestro estudio una puntuación global media de 49.56. Otros autores⁴⁸ emplearon este instrumento en las pacientes con cefalea, mostraron una correlación positiva entre el componente emocional y la discapacidad, así como la existencia de relación entre el dolor y el componente emocional.

Un aspecto a destacar en este trabajo es el lugar de mayor predominancia del dolor, situado en la región suboccipital e interparietal, a modo de casco, por lo que valorar la movilidad cervical parece importante, especialmente si se plantea iniciar los tratamientos fisioterápicos en esta zona que coadyuven al alivio del dolor.

Este trabajo pretende aportar los resultados de apoyo en el abordaje y en la evaluación de los tratamientos basados en las terapias manuales, de forma individual o asociados a otras terapias, o a tratamientos farmacológicos o no, y para obtener una mayor eficacia y consistencia de los resultados.

Una limitación de este estudio es la escasez de la muestra y no valorar a los hombres, lo que impide la comparación y las posibles diferencias sustanciales entre los condicionantes y las características de la cefalea entre los hombres y las mujeres, dejando abierta la opción de realizar este comparativo en el futuro más amplio para ambos sexos y profundizar al tiempo en la comparación de los resultados obtenidos con el apoyo de las terapias complementarias a las farmacológicas utilizadas en pacientes con CT.

A la vista de los resultados, se proponen opciones de mejora que incluyan:

- Tener en cuenta las diferentes características de la cefalea que repercutan en la salud y en la calidad de vida de las pacientes con CT antes de aplicar un tratamiento.
- Valorar la ansiedad y depresión como aspectos presentes en una parte importante de las pacientes que sufren cefalea tipo tensión.
- Tener presente la discapacidad generada por el dolor y sus repercusiones.
- Valorar los puntos de dolor musculares suboccipitales, antes de aplicar los tratamientos.

- Tener en cuenta los factores laborales implicados y, especialmente, la tensión laboral y el estrés como desencadenantes y por su repercusión en riesgos.

En todo caso, es imprescindible un trabajo coordinado entre todas las áreas involucradas en el tratamiento de estas pacientes: sanitarias asistenciales, medicina del trabajo, fisioterapeutas, psicólogos, etc. para obtener el máximo resultado con el mejor uso de los recursos públicos disponibles.

FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Este estudio no está financiado por ninguna institución. Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los profesionales que han colaborado en el diagnóstico de las pacientes, así como a los asistentes que han colaborado en el estudio.

REFERENCIAS

- Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ et al. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006; 26: 742-746.
- Felício AC, Bichuetti DB, Santos WA, Godeiro CO, Marin LF, Carvalho DS. Epidemiology of primary and secondary headaches in a Brazilian tertiary-care center. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(1): 41-44.
- Auray JP. Socio-economic impact of migraine and headaches in France. *CNS Drugs*. 2006; 20: 37-46.
- Liaño H, Liaño M. Cefalea: concepto, epidemiología e impacto socio-económico. *Medicine*. 2003; 8: 5013-5021.
- Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol*. 2006; 13: 333-345.
- Infante E, Pérez del Campo Y, Díaz MJ, Vergara O. Enfoque clínico-etiológico de las cefaleas. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(5): 483-489.
- Silva HM, Garbelini RP, Teixeira SO, Bordini CA, Speciali JG. Efeito da cefaléia do tipo tensional episódica na qualidade de vida relacionada à saúde em funcionários de um hospital público brasileiro. *Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62(3): 769-773.
- Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20(3): 243-259.
- Quesada VAJ, Contreras MLJ, Álvarez AA, Traba TER. Prevalencia de cefaleas primarias en una población rural cubana. *Rev Neurol*. 2009; 49: 131-134.
- Espí LGV, Gómez CA. Eficacia del tratamiento en la cefalea tipo tensión. Revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2010; 32(1): 33-40.
- Spielberger CD, Jacobs G, Crane R et al. State-trait personality inventory Tampa: University of South Florida, Human Resources Institute, 1979.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
- Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*. 1975; 12: 217-219.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory. 2nd ed. San Antonio Texas: The Psychological Corporation; 1996.
- Ware JE, Bjorner JB, Kosinski M. Practical implications of item response theory (IRT) and computer adaptive testing. *Med Care*. 2000; 38(2): 73-83.
- Kawata AK, Coeytaux RR, DeVellis RF, Flinkel AG, Mann JD, Kahn K. Psychometric properties of the HIT-6 among patients in a headache-specialty practice. *Headache*. 2005; 45(6): 638-643.
- Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK, Newman CW. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory (HDI). *Neurology*. 1994; 44: 837-842.
- Rodríguez FL, Cano FJ, Blanco PA. Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behavior Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta*. 2000; 26(109): 739-762.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005; 14: 798-804.
- Tousignant M, de Bellefeuille L, O'Donoghue S, Grahovac S. Criterion validity of the cervical range of motion (CROM) goniometer for cervical flexion and extension. *Spine*. 2000; 25(3): 324-330.
- Garamendi PM. Reflexiones sobre la Ley 34/2003. Valoración de los capítulos relativos a raquis, extremidades superiores e inferiores. Cuadernos de Medicina Forense Nº 38. Octubre 2004) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn38/original1.pdf>. Consultado en junio de 2009.
- Silberstein SD, Göbel H, Jensen R, Elkind AH, Degryse R, Walcott JM, Turkel C. Botulinum toxin type A in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Cephalalgia*. 2006; 26(7): 790-800.
- Straube A, Empl M, Ceballos-Baumann A, Tölle T, Stefanelli U, Pfaffenrath V. Pericranial injection of botulinum toxin type A (Dysport) for tension-type headache - a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Eur J Neurol*. 2008; 15(3): 205-213.
- Esteban V, Vicente MT, Casanova S, Capdevila L, Piñaga M, Morató L et al. Cefaleas. Modelo para la cuantificación del riesgo y valoración de la aptitud laboral. *Medicina del Trabajo*. 2013; 22(2): 78-80.
- Vicente-Herrero MT, Ramírez MV, de la Torre I, Capdevila LM, López-González AA, Terradillos MJ, Santamaría C. Las cefaleas, sus terapias y los riesgos potenciales de accidentalidad. Percepción subjetiva del paciente. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2012; 21(2): 19-28.
- Vicente-Herrero MT, Ramírez MV, Capdevila García LM, López-González AA, Terradillos MJ, Santamaría C. Cefaleas y Migraña. La percepción subjetiva del riesgo para la conducción. Aspectos preventivos a desarrollar. *Revista de Medicina Balear*. 2012; 27(1): 18-27.
- Serrano C, Andrés del Barrio MT, Sánchez MJ. *Medicine*. 2007; 9(70): 4473-4479.
- Matta APC, Moreira PM. Cefaléia do tipo tensional episódica: avaliação clínica de 50 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(1): 95-94.
- Holroyd K, Stensland M, Lipchik G, Hill K, O'Donnell F, Cordingley G. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000; 40(1): 3-16.
- Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S et al. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. *BMJ*. 2005; 331: 376-382.
- Rollnik JD, Tanneberger O, Schubert M, Schneider U, Dengler R. Treatment of tension-type headache with botulinum toxin type A: a double-blind, placebo-controlled study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000; 40(4): 300-305.
- Padberg M, SFTM de Bruijn, RJ de Haan, Tavy DLJ. Treatment of chronic tension-type headache with botulinum toxin: a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Cephalalgia*. 2004; 24(8): 675-680.

34. Rufo-Campos M. Tratamiento preventivo de las cefaleas. *Rev Neurol*. 2001; 33(03): 230-237.
35. Blanchard EB, Andrasik F. El tratamiento del dolor de cabeza crónico. Barcelona, Martínez-Roca, 1989.
36. Diamond S, Balm TK, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tensión-type headache. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2000; 68(3): 312-318.
37. Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia*. 2004; 24(1): 29-27.
38. Knutson G, Owens E. Active and passive characteristics of muscle tone and their relationship models of subluxation/joint dysfunction. Part I. *J Can Chiropr Assoc*. 2003; 47(3): 168-179.
39. Fernández de las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Miangolarra JC, Barriga FJ, Pareja JA. Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache? *Clinical Journal of Pain*. 2006; 22(3): 278-285.
40. Moraska A, Chandler C. Pilot study of chronic tension type headache. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2008; 16(2): 106-112.
41. Demirturk F, Akarcali I, Akbayrak T, Citak I, Inan L. Results of two different manual therapy techniques in chronic tension-type headache. *The Pain Clinic*. 2002; 14(2): 121-129.
42. Melchart D, Hager S, Hager U, Liao J, Weidenhammer W, Linde K. Treatment of patients with chronic headaches in a hospital for traditional Chinese medicine in Germany. A randomised, waiting list controlled trial. *Complement Ther Med*. 2004; 12(2-3): 71-79.
43. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache. *Rev Neurol*. 2005; 161(6-7): 720-722.
44. Vicente-Herrero T, Burke TA, Laínez MJ. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin*. 2004; 20(11): 1805-1814.
45. Peñacoba-Puente C, Fernández-de-las-Peñas C, González-Gutierrez J, Miangolarra-Page J, Pareja J. Interaction between anxiety, depression, quality of life and clinical parameters in chronic tension-type headache. *European Journal of Pain*. 2008; 12(7): 886-894.
46. Cañellas M, García G, Moix J, Infante P, Subirá S. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*. 2005; 3(26): 17-25.
47. Díaz S, Colomina L, Rodrigo A, Castillo E, Moltó JM, Lacruz L, Garcés M. Repercusión de la cefalea percibida por los pacientes mediante la escala HIT-6. Evolución intrapaciente tras el paso por una unidad de cefalea. *Comunicaciones orales de la Sociedad Española de Neurología* 2008. *Neurología*. 2008; 23(10): 617-625.
48. Holroyd KA, Malinoski P, Davis MK, Lipchik GL. The three dimensions of headache impact: pain, disability and affective distress. *Pain*. 1999; 83(3): 571-578.

Dirección para correspondencia:
 Ma. Teófila Vicente Herrero
 Plaza del Ayuntamiento Núm. 24-2a
 46002 Valencia-España
 Tel: 963102752
 E-mail: mtvh@ono.com
 gemma.espi@uv.es