

CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y SU COMPARACIÓN CON UNA MUESTRA DE PACIENTES SOMATIZADORES¹

Ariel Darío Falcoff²
(afalcoff@yahoo.com.ar)

Introducción

La Cefalea Tipo Tensional es la forma más común de cefalea primaria y a pesar de su gran impacto económico y social, muchos autores consideran que ha sido hasta el momento insuficientemente estudiada (Waldie & col. 2015; Speciali y col. 2008). Presenta gran variabilidad respecto a su frecuencia, duración y severidad. Cuando se presenta en forma de crisis esporádicas, suele ser bien tolerada y frecuentemente ni siquiera motiva una consulta. Sin embargo, en un grupo importante de pacientes en los cuales se manifiesta en su forma crónica (CTTc), observamos gran compromiso de la calidad de vida. A este grupo pertenecen los pacientes reclutados para el estudio realizado.

La Clasificación Internacional de Cefaleas, 2ª edición (ICHD-II), divide a la Cefalea Tipo Tensional (CTT) en tres formas clínicas, según la frecuencia -cantidad de días al mes o al año que el paciente se ve afectado por la dolencia: episódica infrecuente, episódica frecuente y crónica. La mencionada forma crónica queda definida por afectar más de 15 días al mes o 180 días al año (Kaniecki, 2012).

La prevalencia total de CTT varía según la población, el subtipo de la misma, edad y género. La prevalencia a lo largo de la vida desglosada según sexo se suele considerar de alrededor de 88 % para mujeres y 68 % para varones (Schwartz & col., 1998; Mathew & Peterlin, 2016).

Si bien suele considerarse que los cuadros migrañosos son de naturaleza más incapacitante, la altísima prevalencia de la CTT hace que dé cuenta de la mayor parte del impacto socioeconómico que pueden producir las cefaleas en general (Edmeads y col., 1993). Se considera a la clínica de la CTT poco específica, determinada por características negativas respecto a otras formas de cefalea: dolor no localizado, no

¹ Artículo revisado y aprobado para su publicación el día 1 de Julio de 2019.

² Médico Especialista en Psiquiatría y Doctor en Medicina por la Universidad de Buenos Aires. Jefe de Cátedra "Psicopatología", Universidad Nacional de San Martín e Investigador del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y del Movimiento. Coordinador Docente de la Carrera de Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires. Médico del Hospital de Agudos T. Álvarez.

pulsátil, no agravado por la actividad y no demasiado severo. Clásicamente descrito como opresivo, generalmente en “banda” y bilateral. No se suele asociar a otros síntomas neurológicos, autonómicos o migrañosos significativos (Kaniecki, 2012).

Los investigadores reconocen que la causa exacta de la CTT permanece desconocida. Se considera que es altamente posible que se trate de diferentes mecanismos imbricados de forma compleja, incluyendo factores miofaciales periféricos y otros que están en relación al SNC y que involucrarían mecanismos de sensibilización central. Los mecanismos miofaciales pericraneales serían de mayor importancia en las formas episódicas, mientras que la sensibilización de las vías de nocicepción central, lo serían para contribuir a las formas crónicas de CTT (Ashina y col. 2018; Bendtsen y Fernández de la Peñas, 2011; Ashina, 2004).

Aunque se sabe claramente que el estrés psíquico favorece la producción del mecanismo de sensibilización central, la bibliografía no suele responder en forma certera acerca de la existencia de condiciones que puedan explicar la susceptibilidad que presentan algunos individuos para desarrollar dicho mecanismo (Fumal & Schoenen, 2008; Mathew & Mathew, 2011, Volcy Gómez, 2008).

Particularmente interesante para los propósitos del presente trabajo es la formulación planteada por Torelli y col. (2008). Los autores hipotetizan que en la CTT, la cefalea no es "una cefalea primaria que causa dolor gratuito a quien la padece". Consideran que podría ser más bien “representante de un inapropiado modo de comunicar de quien la sufre, el disconfort subjetivo causado por una inadecuada relación entre su perfil de personalidad y los eventos de su vida” (Torelli y col., 2008). La CTT emergería (desde esa perspectiva) en muchos casos a partir de un punto de clivaje vital, donde las capacidades psicológicas personales del paciente, se encontrarían sobrepasadas por los requerimientos del ambiente que lo circunda. Este corolario, veremos a continuación, es llamativamente similar a la propia definición del proceso de somatización, tal cual es reconocido por la Psiquiatría.

El término “somatización” ha sido analizado desde diferentes enfoques por la Psiquiatría, el Psicoanálisis y diversas otras corrientes del pensamiento psicopatológico. Desde un punto de vista descriptivo, sobresale la definición de Lipowsky (1987): "tendencia a experimentar y comunicar distrés somático y síntomas físicos, no respaldados por hallazgos patológicos, atribuyéndolos a enfermedad física y buscando ayuda médica para ellos..." Es usualmente asumido que esta tendencia se torna manifiesta en respuesta a estrés psicosocial resultante de eventos de vida (Lipowsky, 1987). Por sus obvias relaciones conceptuales, el concepto de Somatización definido en su sentido amplio (no refiriendo a un cuadro psiquiátrico particular), ha sido ampliamente relacionado en la literatura al de síntomas médicamente inexplicados y al de trastornos funcionales, una categoría en la cual suele incluirse a la CTT (Kirmayer &

Robbins, 1991; Caballero Martínez y Caballero Martínez, 2008; Granel, 2006). Está también en la base de la definición de muchos de los así llamados "Trastornos Somatomorfos" (APA, 1995; OMS, 1992).

El presente trabajo se focalizó en la evaluación de comorbilidades psiquiátricas y, sobre todo, de ciertas dimensiones psicopatológicas en una muestra de pacientes con diagnóstico de Cefalea Tipo Tensional crónica (CTTc). Se planteó asimismo la comparación de las variables elegidas con las respectivas encontrados en una muestra de pacientes con un cuadro representativo del concepto de somatización, el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (DSM IV e ICD 10). Esta categoría incluye aquellos pacientes que presentan manifestaciones físicas no explicadas médicamente y que duran más de 6 meses, sin cumplir criterios de Trastorno de Somatización. A pesar de ser una categoría denominada "residual", es la más prevalente entre los cuadros de somatización (De Waal & col., 2004).

Objetivos:

1. Evaluar según clasificación DSM IV las comorbilidades psiquiátricas de una muestra de CTTc.
2. Estudiar variables de estrés psicopatológico, niveles de somatización y dimensiones de personalidad relacionables.
3. Comparar descriptivamente los hallazgos psicométricos encontrados con los respectivos de una muestra de pacientes con Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI).

Pacientes y Método:

Se realizó diseño observacional, descriptivo y transversal incluyendo 2 muestras: 1) pacientes con diagnóstico de CTTc derivados del Servicio de Neurología del Hospital T. Álvarez (HGTA); 2) pacientes, con diagnóstico de TSI, del Servicio de S. Mental del mismo hospital. Se evaluaron niveles de ansiedad, depresión y somatización; además de variables de personalidad.

La muestra de pacientes con diagnóstico de Cefalea Tipo Tensional Crónica (CTT c) fue derivada al Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez desde el Servicio de Neurología de la misma institución entre Marzo de 2011 y Febrero del 2015. Fueron derivados todos los pacientes diagnosticados por el Consultorio de Cefaleas, según criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas, 2ª edición (Olesen & Steiner, 2004).

Por otra parte, la muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado provino del propio Servicio de Salud Mental. También fueron reclutados todos los pacientes que recibieron el diagnóstico respectivo durante el período de tiempo mencionado. Se utilizaron los criterios vigentes DSM IV/ICD 10 para la realización de este diagnóstico.

Para ambos grupos se consideraron los siguientes criterios de inclusión al estudio:

- Edad entre 18 y 70 años;
- Existencia de cada uno de los diagnósticos mencionados al momento actual;
- Ausencia de otra enfermedad neurológica grave;
- Ausencia de trastornos psicóticos.

El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Como variables del mismo se evaluaron:

- 1) diagnóstico multiaxial DSM IV (APA, 1995);
- 2) niveles de ansiedad, medidos por la Escala Hamilton A (versión castellana de Lobo y col., 2002);
- 3) niveles de depresión medidos a través de la Escala Hamilton D (versión castellana de Ramos-Brieva y Cordero, 1986);
- 4) valores de somatización medidos por test SCL 90, versión argentina, subescala de somatización (Casullo y Pérez, 2008);
- 5) dimensiones de personalidad mediante las escalas clínicas del test MMPI 2, versión argentina (Casullo, 1999).

Resultados

La muestra de CTTc exhibió diversas comorbilidades psiquiátricas y afectación en las variables consideradas. Los resultados psicométricos guardaron similitud con los encontrados en la muestra de TSI.

Se consiguieron reclutar 14 pacientes para el grupo de Cefalea Tipo Tensional Crónica (CTTc) y 15 para el de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI), como parte de un estudio más extenso aún no publicado. Hacen un número total de 29 pacientes. Dado que, la metodología de reclutamiento no presentó sesgos importantes detectables, puede considerarse que las muestras obtenidas son representativas de las poblaciones que acuden al Consultorio de Cefaleas (Servicio de Neurología) del Hospital Álvarez y de la atendida por el Equipo de Ansiedad, Depresión y Somatización del mismo hospital.

Características generales y evaluación psiquiátrica de los pacientes de la muestra de CTC c

La edad promedio del fue de 41,94 años. En cuanto a género, el grupo quedó representado con 13 mujeres y un varón. No existieron aspectos significativos en relación a las variables tipo de empleo, nivel de estudios o estado civil.

La evaluación psiquiátrica se realizó mediante la modalidad multiaxial DSM IV, los resultados pueden verse resumidos en la Tabla 1.

El *Eje 1* del DSM IV comprende los cuadros clínicos y otros problemas que puedan ser objeto de la atención médico-psiquiátrica. Describe todos los trastornos de la clasificación, con excepción de los trastornos de personalidad y el retraso mental (se incluyen en el *Eje 2*).

Todos los pacientes del grupo de CTTc presentaron algún diagnóstico psiquiátrico del Eje 1 comórbido. El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) fue el diagnóstico más prevalente con 6 casos (42,85 %), seguido por el Trastorno Adaptativo con ánimo depresivo, con 4 casos (28,57%). El 100% de la comorbilidad psiquiátrica quedó representado por trastornos de tipo ansio-depresivo.

El *Eje II*, refiere a los trastornos de personalidad y/o retraso mental, los resultados también pueden verse en Tabla 1. Los pacientes del grupo de CTTc presentaron una tasa de trastornos de personalidad del 28,58 % (4 pacientes). Hubo 3 casos (21,42 %) con Trastorno de Personalidad no Especificado y un caso de Retraso Mental (7,14%).

El *Eje III* del DSM IV refiere a las enfermedades médicas que son potencialmente relevantes. Quizás a causa del número muestral, no se detectó un patrón significativo a mencionar.

En el *Eje IV* del DSM IV se codifican los problemas socio-ambientales que contribuyen a la afección actual. Como vemos en la Tabla 1, los problemas relativos al grupo primario de apoyo (es decir, la familia) fue la problemática más frecuente. Alcanzaron el 42,85% (6 casos), seguidos por los económicos con 28,57%, es decir, 4 casos.

El *Eje 5* del DSM IV refiere la opinión clínica acerca del nivel general de actividad del paciente. Se realiza mediante una *escala de actividad global* (EEAG), que se puntúa de 1 a 100. Por tratarse de una variable numérica, se promediaron los valores, dando así un valor de puntaje promedio de CTT 59,33, incluido dentro del intervalo 51/60. Da cuenta de “*síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar*” (APA, 1995).

Tabla 1: Diagnóstico Psiquiátrico Multiaxial según DSM IV de la muestra de CTTc

Diagnósticos			Nº de casos (o promedio)	
DIAGNÓSTICO DSM IV	EJE	I	Trastorno de Ansiedad no especificada	2
			Trastorno Adaptativo	4
			Trastorno Depresivo mayor	6
			Trastorno de Pánico	1
			Hipocondriasis	1
			Sin diagnóstico	0
		II	Trastorno de Personalidad no especificado	3
			Retraso mental	1
			Sin diagnóstico	10
		III	Enfermedades del sistema circulatorio	3
			Síndrome de colon irritable	1
			Hipotiroidismo	2
			Sin diagnóstico	8
		IV	Grupo primario de apoyo	6
			Económico	4
			Laboral	2
			Ambiente social	2
			Sin diagnóstico	
		V	E.E.A.G.	59,33

Evaluación Psicométrica de la muestra de CTTc

La Tabla 2 representa los valores obtenidos en la muestra de CTT. En la escala de *ansiedad* Ham A, se observa un puntaje promedio muy alto, de 28.615. Normalmente se considera que valores de 25 o más implican ansiedad severa.

La variable *depresión* es medida por la escala Ham D. En ella se considera que valores de 19 o más representan también depresión severa. Nuevamente aparece un promedio muy alto, de 21, 286.

En la sub escala de Somatización del Test SCL ubicamos nuevamente valores mayores al de corte para considerar *riesgo* (se alcanza 2,132).

La tabla 2 muestra también los hallazgos en los valores del test MMPI II. Se observa que las Escalas Hs (“Hipocondriasis”), D (“Depresión”), Hy (“Histeria”), Pd (“Desviación Psicopática”), Pt (“Psicastenia”) y Sc (“Esquizofrenia”) presentan en

todos los casos niveles *altos* (esto, es por encima del valor de corte de 65). Las restantes 3 escalas (Mf, Ma y Si) presentan valores normales.

Tabla 2: Valores de las escalas psicométricas administradas

CEFALEA TENSIONAL									
I	Hamilton		SCL (Symptom Checklist) R90	MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)					
	A	D	Somat.	Hs	D	Hy	Pd	Pt	Sc
Promedio	28,615	21,286	2,132	78,818	73,818	77,273	68,091	69,455	76,727
Desvío	7,217	4,631	0,662	9,347	11,080	11,799	10,931	11,379	12,666
Q	13	14	12	11	11	11	11	11	11
P01	33	23	1,667	84,00	68,00	89,00	45,00	62,00	62,00
P02	30	29	1,500	71,00	57,00	70,00	81,00	72,00	82,00
P03	40	28	2,500	82,00	79,00	75,00	73,00	81,00	102,00
P04	29	17	2,250	86,00	75,00	92,00	81,00	59,00	72,00
P05	12	14	0,750	67,00	57,00	68,00	63,00	47,00	60,00
P06	27	16	1,750						
P07		20	2,417	71,00	92,00	65,00	63,00	70,00	75,00
P08	30	24							
P09	33	25	3,167	88,00	79,00	68,00	60,00	64,00	85,00
P10	24	15	2,667	63,00	64,00	73,00	60,00	68,00	75,00
P11	23	20	2,667	81,00	83,00	69,00	74,00	87,00	89,00
P12	30	24	2,500	82,00	81,00	80,00	73,00	81,00	79,00
P13	23	21							
P14	38	22	1,750	92,00	77,00	101,00	76,00	73,00	63,00

P: n° de paciente.

Los casilleros en blanco implican que alguna de las pruebas no fue completada.

Resultados de la muestra de Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI)

Para este grupo, proveniente de un encuadre de salud mental, se reclutaron 15 pacientes 9 mujeres y 6 varones. Su edad promedio fue de 47, 07.

Hemos representado en la Tabla 3 solo los valores promedio y desvíos estándar de esta muestra, junto a los respectivos promedios y desvíos de la muestra de CTTc, para permitir una mejor visualización comparativa. Dicha comparación queda mejor expresada en el Gráfico 1, donde pueden verse en forma visual las similitudes en los valores de la mayor parte de las dimensiones.

Al igual que lo que ocurre en el grupo de CTC c, encontramos en la escala de *ansiedad* Ham A, puntajes muy altos: 29,200. La escala Ham D (depresión) muestra también valores por encima de la línea de corte, 20,286.

En la sub escala de Somatización del Test SCL, el valor obtenido (1,814) también se ubica entre los considerados *de riesgo* para esta escala.

Respecto de los resultados del test MMPI II, nuevamente se observa que las escalas Hs (“Hipocondriasis”), D (“Depresión”), Hy (“Histeria”), Sc (“Esquizofrenia”) y Pt (“Psicastenia”) presentan en todos los casos niveles por encima del valor umbral de 65 (*valores altos*). La única diferencia sustancial que se evidencia en este aspecto, respecto de la muestra de CTTc, es el hecho que la variable Pd puntúa en valores *normales* (61,273). Las 3 escalas restantes (Mf, Ma y Si) muestran también valores normales, al igual que lo que ocurría en la muestra de CTTc.

Si bien la finalidad del trabajo es descriptiva y no de contrastación de hipótesis, se realizó comparación con pruebas estadísticas (diferencia de medias y diferencia de proporciones, calculando $P < o \text{ igual } 0,05$) entre los valores de las variables para cada grupo. El hallazgo de carencia de diferencias significativas en varias de las dimensiones estudiadas (variables Ham A; Ham D; SCL som; Hy; D; Hs; Pt y Sc), es otro indicio que viene a dar cuenta de las similitudes encontradas en esas dimensiones entre ambas muestras. Sin embargo, a fuer de ser precisos metodológicamente, debe quedar claro que no es por el momento extrapolable en forma confiable a la población, dado que el número muestral es todavía bajo y la muestra es monocéntrica y no aleatorizada.

Tabla 3: Promedios y desvíos estándar comparados de ambas muestras

VARIABLES ESTUDIADAS	TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO		CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA	
	PROMEDIO	D.S.	PROMEDIO	D.S.
HAM A	29,200	4,246	28,615	7,217
HAM D	20,286	5,823	21,286	4,631
SCL Som	1,814	0,851	2,132	0,662
MMPI Hs	74,455	12,307	78,818	9,347
MMP D	72,364	12,738	73,818	11,080
MMPI Hy	73,182	16,660	77,273	11,799
MMP Pd	61,273	18,056	68,091	10,931
MMPI Mf	52,455	11,759	58,818	12,230
MMPI Pa	62,909	16,867	79,364	17,985
MMPI Pt	69,273	15,428	69,455	11,379
MMPI Sc	69,273	15,467	76,727	12,666
MMPI Ma	54,364	10,736	56,545	13,095
MMPI Si	56,727	8,945	63,364	10,376

Discusión

Resumiendo los resultados, el estudio mostró que los pacientes de la muestra de CTT presentaron importante afectación en sus niveles de ansiedad y depresión medidos por Ham A y Ham D. También valores claramente de riesgo en la sub escala de somatización del test SCL 90. Dado que ésta toma en cuenta fundamentalmente somatizaciones de tipo cardiorespiratorias y digestivas más que dolorosas, estaría dando cuenta de una importante tendencia general a la somatización, más allá de la sintomatología propia del cuadro.

Las escalas Hs, D, Hy, Pt y Sc del Test MMPI, también mostraron valores coincidentemente altos. Comentaremos brevemente que evalúan estas últimas escalas para entender su significado psicopatológico.

La escala *Hs* (“Hipocondriasis”) evalúa rasgos de preocupación corporal, ideas de tener una pobre salud, debilidad, cansancio fácil y temores respecto de las enfermedades.

La escala “*D*” (Depresión) se caracteriza por medir, no exclusivamente el nivel de depresión en el momento actual (como lo hace la Ham D) sino que también destaca rasgos de personalidad en relación a desmoralización, infelicidad, disconfort e insatisfacción con las situaciones de vida, falta de intereses, baja autoestima y pesimismo. La escala *Hy* (“Histeria”) identifica pacientes que podrían presentar formas de trastorno sensitivo o motor, sin etiología orgánica, con negación de dificultades psicológicas o emocionales (está inspirada en el constructo clásico de *histeria*). La escala “*Pt*” (“Psicastenia”) refleja tendencia a expresar estrés a través de tensión, ansiedad, preocupaciones, obsesiones, compulsiones, temores de perder el control y debilitamiento del control racional sobre los propios pensamientos y acciones. Está basada en el constructo de Neurosis Obsesiva, tal cual es reconocido por la Psiquiatría clásica. La escala “*Sc*” (“Esquizofrenia”) no implica en si misma el diagnóstico de la grave enfermedad del mismo nombre (en la cual sí se inspira el nombre de la escala). En cambio, evalúa rasgos de alienación, apatía, perturbaciones del pensamiento, sentimientos de desrealización y alteraciones del control de los impulsos. (Friedman & col, 2001; Greene, 2000; Butcher, 1990; Casullo, 1993; Hathaway & McKinley, 1970).

La afectación de las escalas mencionadas implica el hallazgo en los pacientes de la muestra de un perfil particular de rasgos de personalidad, probablemente facilitador de las alteraciones observadas en las variables de estado *ansiedad*, *depresión* y *somatización*. Por supuesto, también correlaciona con los altos niveles de distrés psíquico que la bibliografía previa ya ha destacado en estos pacientes.

Consideramos que estos datos constituyen un interesante descriptor del perfil psicopatológico que puede encontrarse en pacientes con CTT en su variedad crónica.

Estos pacientes puedan estar sufriendo, además de su cefalea, muy altos niveles de síntomas ansiosos y depresivos, una marcada tendencia a experimentar somatizaciones, y una disposición de personalidad que puede incluir rasgos hipocondríacos, histéricos y obsesivos, con cierta labilidad para experimentar estados de desorganización psíquica. Discernir dicho perfil psicopatológico tiene implicancias no solo para el tratamiento psiquiátrico, sino también para el seguimiento por parte del especialista neurólogo.

Por otra parte, como hemos visto, la mayor parte de estos hallazgos resultaron muy similares en la muestra de pacientes con TSI, en los cuales, por definición, puede suponerse un perfil claramente somatizador (otros hallazgos, como los niveles moderadamente altos de la escala Pd y los muy altos de la escala Pa del MMPI 2, no presentaron equivalencias en la muestra de TSI). Los datos preliminares inducen a pensar que existiría cierto “núcleo psicopatológico común” compartido por ambos grupos de pacientes. Hemos, por otra parte, encontrado hallazgos similares en una muestra de pacientes con diagnóstico de Fibromialgia evaluada en el mismo período (Falcoff, 2018).

La presunción de tal núcleo o “core” compartido por cuadros de somatización y algunos trastornos médicos funcionales fue ya planteado en algunos estudios de modelos de estructura latente (Nimnuan & col. 2001; Fink & col. 2007 y Witthöft & col., 2013). Especialmente, Witthöft & col. (2013) explican la relación entre síntomas somáticos funcionales (como las cefaleas) y los trastornos de somatización mediante un modelo *bifactorial*. El mismo se caracteriza por un “factor general” (asimilable a la experiencia de somatización, que nosotros consideramos también relacionable a nuestro núcleo de anomalías psicométricas) y “factores específicos” en relación a enfermedad orgánica, factores medioambientales, etc.

Conclusiones

Se sugiere la existencia de cierto perfil psicométrico específico que caracterizaría a los pacientes con CTTc, reforzando la hipótesis de asociación con fenómenos psicopatológicos.

El que tal perfil sea similar al encontrado en la muestra de pacientes somatizadores permite hipotetizar que las alteraciones puedan representar un núcleo psicopatológico compartido. Se considera la realización de nuevos estudios de mayor magnitud para corroborar los hallazgos y extrapolarlos con mayor alcance.

Para concluir, consideramos que si bien serían necesarias muestras con mayor número de pacientes para ulteriores investigaciones que busquen profundizar en la temática,

creemos ya tener elementos para considerar la importancia de contemplar en forma integrativa a los pacientes que padecen Cefalea Tipo Tensional Crónica. Es decir, no solo tomando en cuenta los aspectos específicos que hacen a las características médicas del cuadro, sino también en lo que podríamos denominar su "condición somatizadora" (entendida, desde este trabajo, como algunos aspectos psicológicos y psiquiátricos subyacentes que pueden determinar una amplificación vivencial de ciertas condiciones físicas).

Por supuesto, dadas las limitaciones del estudio ya mencionadas, consideramos la necesidad de continuar la investigación con estudios de diseño analítico (contrastación de hipótesis), mayor número muestral, idealmente aleatorizados y multicéntricos.

Referencias

American Psychiatric Association (1980). *DSM III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition. Washington DC.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.

Ashina, S.; Lipton, R. B.; Bendtsen, L.; Hajiyeva, N.; Buse, D. C.; Lyngberg, A. C. & Jensen, R. (2018). Increased pain sensitivity in migraine and tension-type headache coexistent with low back pain: A cross-sectional population study. *European Journal of Pain*. 22(5), pp. 904-914.

Barrera-Villalpando, M. I.; Cortés-Sotres, J. F.; Guerrero-Manning H.; Aguirre-González A. (2005). La fibromialgia: un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cualicuantitativo. *Salud Mental*. N° 28: pp. 41-50.

Barsky, A J y Borus, J F. (1999). "Functional somatic syndromes". *Annals of internal medicine*. 130(11), pp. 910-921.

Blanco López, W. y Seguí Díaz, M. (2002). Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido?. *Semergen*. 28(4), pp. 216-8.

- Bellato, E. y col. (2012). Síndrome de Fibromialgia. *Pain research and treatment*. November. (12-14).
- Bendtsen, L. (2000) “Central sensitization in tension-type headache possible pathophysiological mechanisms”. *Cephalalgia*. N° 20, pp. 486-508.
- Bendtsen, L y Fernandez de la Peñas C. (2011) “The role of muscles in tension-type headache”. *Curr Pain Headache Rep* 2. 15(6: 451Y458).
- Blasco Claros, L; Mallo Caño, M.; Mencía Presa, A.; Franch Barceló., J; Casaus Satamán, P.; Peña Roca, J. y Jarrod Pàmias, M. (2006). Perfiles clínicos en pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas españolas de psiquiatría*. 34(2).
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract*. 53(488), pp. 231-239.
- Caballero Martínez, L. y Caballero Martínez, F. C. (2008). Trastornos Somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en Atención Primaria. *Jano: Medicina y humanidades*. N° 1714, pp. 15-30.
- Casullo, M.; Brenlla, M. E.; Fernández Liporace, M.; Ferrante. y Prado, A. (1999). *El inventario MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Buenos Aires, Paidós.
- Casullo, M y Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación*. UBA/ CONICET. Buenos Aires.
- Collado Cruz Cuevas Cuerda, María Dolores. Estrada Sabadell et. al. (2011). *Fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid.
- Creed, F. (2006). ¿Debe la Psiquiatría ignorar la somatización y la hipocondría? *World Psychiatry*. 4(3), pp. 146-150.

- De Las Cuevas Castresana, C; Benitez, H y González De Ribera, L. (1992). Perfil de síntomas psiquiátricos y psicosomáticos en estudiantes de medicina. *Actas Luso-Españolas de Neuroogía y Psiquiatría*. 20(6), pp. 246-249.
- De Waal, M. W; Arnold, I. A; Eekhof, J A; y Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*. 18(4), pp. 470-476.
- Edmeads, J.; Findlay, H.; Pryse-Philips W. y Murray T. J. (1993). Impact of migraine and tension-type headache on life-style, behaviour and medication use: A Canadian population survey. *Can J neurol, Sci*. N° 20, 131-137.
- Epstein, S. A.; Kay, G.; Clauw, D.; Heaton, R.; Klein, D. & Waid, R. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: a multicenter investigation. *Psychosomatics*. 40(1), 57-63.
- Ethod, N. (1988). Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry*. N° 145, pp. 950-954.
- Falcoff, A. (2018). Fibromialgia: un cuadro psicopatológico?. *Conexiones Revista Argentina de Salud Mental*. N° 30, pp. 27-31.
- Fietta, P y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 78(2), pp. 88-95.
- Fink, P; Toft, T; Hansen, M. S; Ørnboel, E & Olesen, F. (2007). Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients". *Psychosomatic Medicine*. 69(1), 30-39.
- Fumal & Schoenen (2008). "Tension-type headache: current research and clinical management". *Lancet Neurol*. N° 7, pp. 70–83.
- Greene, R. L. (2000). The MMPI-2: An interpretive manual. Allyn & Bacon. s/l.

Hathaway, S. R y McKinley, J. C. (1970). *Minnesota multiphasic personality inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.

International Headache Society, Classification Subcommittee The International Classification of Headache Disorders. Second Edition (2004). *Cephalalgia*. N° 24 (Suppl. 1), pp. 1-160.

Kaniecki, R. G. (2012). Tension-type headache. Continuum Lifelong Learning in Neurology. *Headache*. 18(4), 823-834.

Kupfer, D; Regier, D A y First, M. B. (2008). *Agenda de Investigación para el DSM V*. Elsevier, España.

Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*. 47 (3-4), pp. 160-167.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 145(11), 1358-1368.

Mathew, P. G. & Mathew, T. (2011). Taking care of the challenging tension headache patient. *Current pain and headache reports*. 15(6), pp. 444-450.

Mathew, P. & Peterlin, B. L. (2016). *Tension-type headache*. In *Clinician's Guide to Chronic Headache and Facial Pain* (pp. 30-44). CRC Press.

Nimnuan, C.; Rabe-Hesketh, S.; Wessely, S. & Hotopf, M. (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal of psychosomatic research*. 51(4), pp. 549-557.

Olesen, J. & Steiner, T. J. (2004). The international classification of headache disorders, segunda edición (ICDH-II). *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. N° 75: 808-11.

- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Ginebra.
- Pujol, J.; López-Sola, M.; Ortiz, H. & col. (2009). Mapping brain response to pain in Fibromialgia patients using temporal analysis of FMRI. *Plos One*. 4 (4: e5224).
- Raphael, K. G.; Janal, M. N.; Nayak, S.; Schwartz, J. E. & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*. 12, (1-2), pp. 117-25.
- Speciali, J. G.; Eckeli, A. L. & Dach, F. (2008). Tension-type headache. *Expert review of neurotherapeutics*. 8(5), pp. 839-853.
- Torelli, P.; Abrignani, G.; Castellini P.; Lambro, G. & Manzoni, J. C. (2008). Human psyche and headache: tension-type headache?. *Neurological Sciences*. 29(1), pp. 93-95.
- Wessley, S.; Nimnuan; C. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*. 11(354), pp. 936-939.
- Vidal Neira, L. y Reyes Llerena, G. (2006). Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de reumatología*. 8 (9-10).
- Witthöft, M; Hiller, W; Loch, N y Jasper, F. (2013). The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International journal of behavioral medicine*. 20(2), pp. 172-183.
- Yunus, M. B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol*. N° 8: 811-37.
- Yunus M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum*. N° 37: 339-52.