

# **DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA PSICBIOLÓGICA**

*José I. Baile Ayensa y María J. González Calderón*

## **RESUMEN**

El presente trabajo de revisión analiza algunos aspectos claves para entender la migraña, uno de los problemas de salud más frecuentes en la sociedad actual, el cual genera numerosas dificultades de índole tanto personal como social, tal como las bajas laborales. Se examinarán, desde una perspectiva psicobiológica, la definición, tipos y recomendaciones diagnósticas de esta enfermedad.

## **ABSTRACT**

This revision essay analyses some key aspects to understand migraine, one of the most frequent health problems nowadays in our society provoking numerous difficulties both, personal and social and also off sick from work. These aspects will be examined from a psychobiological perspective, its definition, types and diagnostic recommendations for this disease.

## **RÉSUMÉ**

Ce travail prétend analyser quelques aspects fondamentaux qui nous permettent de mieux comprendre la migraine, l'un des problèmes de santé les plus fréquents dans notre société, et qui est à l'origine de nombreuses difficultés aussi bien personnelles que sociales, notamment les arrêts de travail. On étudiera, du point de vue psychobiologique, la définition, la typologie et les recommandations diagnostiques de cette maladie.

## **I. DEFINICIÓN**

Presentar dolores de cabeza es una de las afecciones de salud más comunes a las que se enfrentan las personas. Se estima que prácticamente la totalidad de la población ha sentido en alguna ocasión dolor de cabeza; así mismo, es elevado el número de personas que lo sufren diariamente, siendo el porcentaje de varones que lo padecen ligeramente mayor que el de las mujeres. (Véase Figura 1)

El concepto "dolor de cabeza" es en sí mismo muy ambiguo; éste es uno de los motivos por los que, en la actualidad, se realiza una diferenciación entre este concepto como trastorno principal en sí mismo, de aquellos problemas de salud que cursan con este síntoma, lo que nos llevaría a una primera distinción en el constructo *dolor de cabeza* como "enfermedad o como síntoma". El término técnico para denominar al mismo es *cefalea*, el cual se refiere a los dolores de cabeza que van desde la órbitas oculares hasta la nuca.

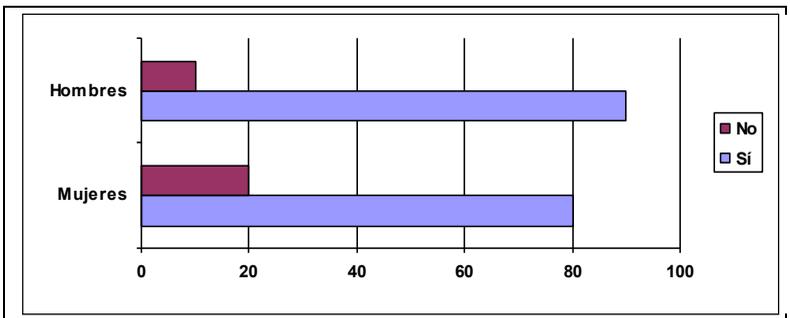


Figura 1.- Proporción de hombres y mujeres que han sufrido alguna vez un episodio de cefalea (Titus y Pozo, 2009)

Con el objeto de definir y ubicar la migraña, podemos considerar el siguiente esquema clasificatorio de los dolores de cabeza:

1.- **Dolor de cabeza secundario** (consecuencia de otro problema primario de salud, como la hipertensión).

2.- **Dolor de cabeza primario** (cuyo origen no se encuentra en otro problema primario de salud):

2.1.- Cefaleas no migrañosas.

2.2.- Migrañas.

Según el anterior esquema, una primera aproximación a la definición de migraña sería entenderla como un dolor de cabeza sin origen en otro trastorno previo, que tiene una sintomatología específica, diferente de las cefaleas comunes. El término migraña procede del latín "hemicraneal", y hace referencia a su habitual manifestación del dolor en la mitad craneal. Una definición de migraña podría ser:

*Migraña: es un tipo de cefalea que se manifiesta por su presentación pulsátil (latidos) e intensidad entre moderada y severa, iniciado generalmente de forma unilateral, y que se asocia a náuseas y vómitos o susceptibilidad a la luz, sonidos y olores. Suele tener una duración comprendida entre 4 y 72 horas. Este dolor fisiológico, en su manifestación repetida, genera un malestar psicológico, de carácter ansioso.*

### **Características de la migraña**

Una de las manifestaciones singulares de la migraña es el "aura", el cual se presenta en aproximadamente el 20% de los ataques migrañosos. El aura consiste en un déficit neurológico transitorio y reversible, tanto visual como somatosensitivo, motor o lingüístico (Berkow y Beers, 1999). La tipología de aura más común es aquella en la que tiene lugar una manifestación visual alterada que anuncia la aparición de un ataque migrañoso (*aura típica*); ésta se caracteriza por la percepción de manchas negras, centelleos luminosos y líneas brillantes en zig-zag, así como por la presencia de áreas de pérdida del campo visual (Ferrer y Ribas, 2006).

Laínez (2005) distingue la siguiente tipología de auras:

- Aura típica.
- Aura prolongada: con duración superior a una hora.
- Aura de inicio agudo: comienza y evoluciona en menos de 5 minutos.
- Aura presente en la migraña hemipléjica familiar: se manifiesta en recurrentes episodios de parálisis de la mitad del cuerpo.
- Aura característica de la migraña basilar: cursa con alteraciones del habla, vértigos, alteraciones auditivas, marcha inestable, hormigueos en la cara, parálisis, e incluso alteración de la conciencia.

Así mismo, existen otros tipos de auras que afectan a la visión, como la pérdida temporal de la misma en un ojo, si bien su manifestación es muy rara.

En la Figura 2 puede observarse una simulación acerca de cómo sería la alteración visual que se presentaría en un aura migrañosa.

## DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA PSICBIOLÓGICA

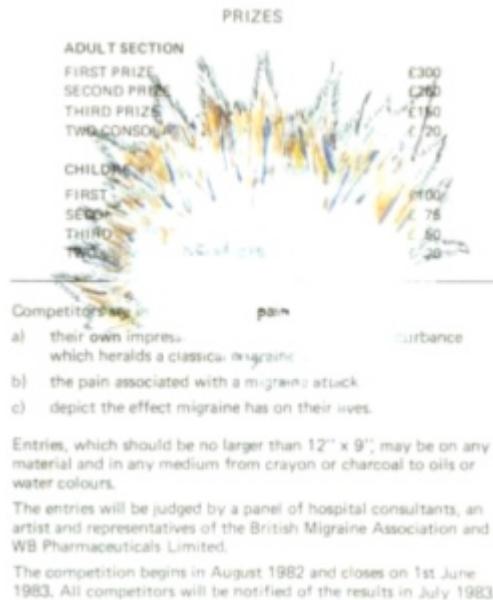


Figura 2. Simulación de una alteración visual de un aura migrañosa (Fuente: [http://cefaleas.sen.es/publico/migran\\_con\\_aura.htm](http://cefaleas.sen.es/publico/migran_con_aura.htm))

Otra de las singularidades de la migraña es su tendencia a empeorar si el sujeto que la padece se mueve o realiza esfuerzos.

La migraña es un tipo de cefalea muy común, se estima que llegan a padecerla el 3-5 % de la población, alcanzando tasas del 15 % en el estrato de mujeres en edad reproductiva.

### Mitos sobre la migraña

Uno de los problemas habituales en la consideración de la migraña es que para muchas personas se trata de un mero dolor de cabeza, que debe ser tratado con un simple analgésico o esperar a que desaparezca o se atenúe. Sin embargo, constituye una verdadera enfermedad neurológica que requiere del tratamiento profesional, y que en manifestaciones repetidas

puede derivar un problema psicobiológico importante, e incluso social, debido a las situaciones invalidantes que genera. En la Tabla 1, pueden verse otros mitos sobre la migraña.

*MITO 1: Las migrañas no son más que dolores de cabeza.*

*REALIDAD: La migraña es una enfermedad neurobiológica, los dolores de cabeza no son más que un síntoma. "La migraña es una de las afecciones más dolorosas y más frustrantes de la medicina. Las personas afectadas ven su migraña como malévola, destructiva de la calidad de vida, costosa, fatigante y humillante".*

*MITO 2: Las migrañas y otras cefaleas periódicas son causadas por problemas psicológicos, como pueden ser, por ejemplo, las tensiones y las depresiones.*

*REALIDAD: La migraña es una enfermedad neurológica y no una enfermedad psicológica.*

*MITO 3: Cada médico detecta y trata correctamente una migraña.*

*REALIDAD: La migraña es una de las enfermedades peor diagnosticadas, tratadas y comprendidas. Muchos médicos no se toman aún las migrañas seriamente. El mayor deseo de un migrañoso sería que el médico tenga migraña alguna vez, para que pueda saber a ciencia cierta lo que representa. Se supone que las migrañas no se diagnostican en un 60% de las mujeres y un 70% de los hombres.*

*MITO 4: Los migrañosos son solamente perezosos.*

*REALIDAD: Según la Organización Mundial de la Salud, la migraña es una de las enfermedades que más dificulta llevar a cabo un ritmo de vida normal. Sin una terapia adecuada quien la padece debe dejar de trabajar durante horas o incluso días a raíz de los dolores y de los efectos secundarios que esta enfermedad conlleva.*

*Tabla 1. Mitos y Realidades sobre migrañas (Adaptado de:  
[www.dolordecabeza.net](http://www.dolordecabeza.net))*

## **II. TIPOLOGÍA**

Anteriormente se ha indicado que las cefaleas se clasifican primariamente entre aquéllas que son el problema principal de salud (cefaleas primarias), donde se ubicaría la migraña, y las que son secundarias a la presencia de otro trastorno de salud, siendo en esos casos la cefalea un mero síntoma. De entre los numerosos problemas de salud que cursan con cefalea, Titus y Pozo (2009) destacan los siguientes:

## DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOBIOLOGICA

- Traumatismos craneales.
- Trastornos vasculares.
- Trastornos intracraneales de origen no vascular, como meningitis no infecciosa o tumores.
- Ingesta o supresión de ingesta de ciertas sustancias, alimentos o medicamentos (por ejemplo, el glutamato o el alcohol).
- Infecciones como la meningitis, la gripe o el tifus.
- Trastornos de la homeostasis, como falta de oxígeno, apnea del sueño o hipoglucemia, entre otros.
- Alteraciones de estructuras faciales, como sinusitis, otitis o procesos dentales.
- Trastornos psiquiátricos.
- Neuralgias craneales y dolor facial de origen central, como neuritis óptica, herpes zóster, etc.

La mayoría de los casos de cefalea secundaria se deben a la presencia de la infección común de gripe, no alcanzando el 0,5 % el número de ellas que están asociadas a un problema de salud grave primario.

Por otro lado, se estima que más del 90% de las consultas médicas sobre cefaleas se refieren a aquéllas de tipo primario, en ausencia de otro trastorno de salud primario.

A continuación, se expone un resumen de los diferentes tipos de cefaleas, según la 2ª Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas, realizada por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, 2004).

## 1. Migraña.

- ❑ 1.1 Migraña sin aura.
- ❑ 1.2 Migraña con aura.
- ❑ 1.3 Síndromes periódicos en la infancia que frecuentemente son precursores de migraña.
- ❑ 1.4 Migraña retiniana.
- ❑ 1.6 Migraña probable.

## 2. Cefalea de tipo tensión (CT).

- ❑ 2. Cefalea de tipo tensión (CT).
  - 2.1 CT episódica infrecuente.
  - 2.2 CT episódica frecuente.
  - 2.3 CT crónica.
  - 2.4 CT probable.

## 3. Cefalea en racimos y otras cefalalgias trigémino-autonómicas.

- ❑ 3.1 Cefalea en racimos.
- ❑ 3.2 Hemicránea paroxística.
- ❑ 3.3 SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing).
- ❑ 3.4 Cefalalgia trigémino-autonómica probable.

## 4. Otras cefaleas primarias.

- ❑ 4.1 Cefalea punzante primaria.
- ❑ 4.2 Cefalea tusígena primaria.

- ❑ 4.3 Cefalea por ejercicio primaria.
- ❑ 4.4 Cefalea asociada a la actividad sexual primaria.
- ❑ 4.5 Cefalea hipóica.
- ❑ 4.6 Cefalea en estallido (thunderclap) primaria.
- ❑ 4.7 Hemicránea continua.
- ❑ 4.8 Cefalea crónica desde el inicio.

## 5. Cefalea atribuida a traumatismo craneal, cervical o ambos.

- ❑ 5.1 Cefalea post-traumática aguda.
- ❑ 5.2 Cefalea post-traumática crónica.
- ❑ 5.3 Cefalea aguda atribuida a latigazo.
- ❑ 5.4 Cefalea crónica atribuida a latigazo.
- ❑ 5.5 Cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático.
- ❑ 5.6 Cefalea atribuida a otro traumatismo craneal, cervical o ambos.
- ❑ 5.7 Cefalea post-craniotomía.

## 6. Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical.

- ❑ 6.1 Cefalea atribuida a ictus isquémico o a accidente isquémico transitorio.
- ❑ 6.2 Cefalea atribuida a hemorragia intracraneal no traumática.
- ❑ 6.3 Cefalea atribuida a malformación vascular no rota.

- ❑ 6.4 Cefalea atribuida a arteritis.
- ❑ 6.5 Dolor arterial carotídeo o vertebral.
- ❑ 6.6 Cefalea atribuida a trombosis venosa cerebral.
- ❑ 6.7 Cefalea atribuida a otro trastorno vascular intracraneal.

### **7.Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular.**

- ❑ 7.1 Cefalea atribuida a aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo.
- ❑ 7.2 Cefalea atribuida a disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo.
- ❑ 7.3 Cefalea atribuida a enfermedad inflamatoria no infecciosa.
- ❑ 7.4 Cefalea atribuida a neoplasia intracraneal.
- ❑ 7.5 Cefalea atribuida a inyección intratecal.
- ❑ 7.6 Cefalea atribuida a crisis epiléptica.
- ❑ 7.7 Cefalea atribuida a malformación de Chiari tipo I.
- ❑ 7.8.Síndrome de Cefalea transitoria y Déficit Neurológicos con Linfocitosis del líquido cefalorraquídeo (HaNDL).
- ❑ 7.9 Cefalea atribuida a otro trastorno intracraneal no vascular.

### **8. Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión.**

- ❑ 8.1 Cefalea inducida por el uso o exposición aguda a una sustancia.
- ❑ 8.2 Cefalea por abuso de medicación.
- ❑ 8.3 Cefalea como acontecimiento adverso atribuida a medicación crónica.
- ❑ 8.4 Cefalea atribuida a la supresión de sustancias.

### **9. Cefalea atribuida a infección.**

- ❑ 9.1 Cefalea atribuida a infección intracraneal.
- ❑ 9.2 Cefalea atribuida a infección sistémica.
- ❑ 9.3 Cefalea atribuida a VIH/SIDA.
- ❑ 9.4 Cefalea post-infecciosa crónica.

### **10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.**

- ❑ 10.1 Cefalea atribuida a hipoxia, hipercapnia o ambas.
- ❑ 10.2 Cefalea por diálisis.
- ❑ 10.3 Cefalea atribuida a hipertensión arterial.
- ❑ 10.4 Cefalea atribuida a hipotiroidismo.
- ❑ 10.5 Cefalea atribuida a ayuno.
- ❑ 10.6 Cefalalgia cardiaca.
- ❑ 10.7 Cefalea atribuida a otro trastorno de la homeostasis.

**11. Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales..**

- 11.1 Cefalea atribuida a trastorno del hueso craneal.
- 11.2 Cefalea atribuida a trastorno del cuello.
- 11.3 Cefalea atribuida a trastorno ocular.
- 11.4 Cefalea atribuida a trastorno de los oídos.
- 11.5 Cefalea atribuida a rinosinusitis.
- 11.6 Cefalea atribuida a trastorno de los dientes, mandíbulas o estructuras relacionadas.
- 11.7 Cefalea o dolor facial atribuidos a trastorno de la articulación temporo-mandibular.
- 11.8 Cefalea atribuida a otro trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.

**12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.**

- 12.1 Cefalea atribuida a trastorno por somatización.
- 12.2 Cefalea atribuida a trastorno psicótico.

**13. Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial.**

- 13.1 Neuralgia del trigémino.
- 13.2 Neuralgia del glossofaríngeo.
- 13.3 Neuralgia del nervio intermediario.
- 13.4 Neuralgia laríngea superior.
- 13.5 Neuralgia nasociliar.
- 13.6 Neuralgia supraorbitaria.
- 13.7 Otras neuralgias de ramas terminales.
- 13.8 Neuralgia occipital.
- 13.9 Síndrome cuello-lengua.
- 13.10 Cefalea por compresión externa.
- 13.11 Cefalea por estímulos fríos.
- 13.12 Dolor constante causado por compresión, irritación o distorsión de nervios craneales o raíces cervicales superiores por lesiones estructurales.
- 13.13 Neuritis óptica.
- 13.14 Neuropatía ocular diabética.
- 13.15 Cefalea o dolor facial atribuido a herpes zóster.
- 13.16 Síndrome de Tolosa-Hunt.
- 13.17 "Migraña" oftalmopléjica.
- 13.18 Causas centrales de dolor facial.
- 13.19 Otra neuralgia craneal u otro dolor facial mediado centralmente.

**14. Otros tipos de cefalea, neuralgia craneal y dolor facial central o primario.**

- 14.1 Cefalea no clasificada en otra parte.

### III. ETIOLOGÍA

#### 3.1 Fisiológica

La fisiopatología de la migraña no está claramente establecida. Se ha considerado durante mucho tiempo que la teoría vascular era la explicación más plausible y que lo que subyacía a esta enfermedad era algún trastorno en la fisiología de los vasos sanguíneos craneales. Sin embargo, no está claramente determinado si la constricción o la dilatación de dichos vasos es la causa o la consecuencia de los ataques migrañosos.

El proceso que puede ocurrir en el ataque migrañoso es una inflamación o irritación de los vasos del cuero cabelludo, contrayéndose en un primer momento y dilatándose después, generando en este proceso el consiguiente dolor palpitante.

A continuación, se exponen algunas consideraciones actuales en la explicación de la migraña:

- a) Cada vez existen más evidencias de la posible heredabilidad de la disposición a padecer migrañas. Si alguien padece migraña, es muy probable (casi el 80 %) que algún familiar directo también lo sufra. Si ambos progenitores padecen migrañas, la probabilidad de sufrirla se acerca al 70 %. No está claro cuál es el proceso de transmisión de esta predisposición y se estima que pueden estar implicados varios genes, por ejemplo, el cromosoma 19 en la migraña hemipléjica familiar (Lainez, 2005).
- b) En las migrañas parece clave el funcionamiento anormal central o periférico del sistema trigémino vascular. Éste conduciría a una liberación perivascular de neuropéptidos vasodilatadores sensitivos y neuroquininas de las neuronas del trigémino de la dura mater, generando así una vasodilatación local, edema de la pared vascular y reclutamiento de células inflamatorias. Dicha respuesta inflamatoria neurogénica podría ser la explicación del dolor de cabeza migrañoso (Ferrer y Ribes, 1999).

- c) En relación con la explicación neurogénica previamente apuntada, también se considera implicado el neurotransmisor serotonina (5-HT), el cual interviene en la vasoconstricción y la descarga del trigémino neuronal. De hecho, el uso farmacológico de agonistas del receptor 5-HT1 mejora los casos de migraña aguda (Ferrer y Ribes, 1999).
- d) Otra explicación fisiopatogénica que se estima implicada en la etiogénesis de la migraña es la que apunta a fallos en el riego cerebral. La cefalea de la migraña clásica puede estar asociada con vasodilatación cerebral e incremento del flujo sanguíneo; sin embargo, la presencia de aura estaría relacionada con una disminución del mismo.

### **3.2 Psicológica**

Desde una perspectiva psicológica, la migraña puede considerarse como una conducta alterada, que está integrada en un ciclo constituido por los estímulos provocadores-facilitadores, la conducta en sí misma y las consecuencias o efectos que la mantienen. Puede plantearse que ciertas situaciones o estimulación (normalmente situaciones de estrés o estímulos físicos desagradables, tales como sonidos, cansancio o una temperatura elevada) pueden ser condicionados para provocar el inicio de un episodio migrañoso. De igual forma puede estimarse que el inicio de los síntomas migrañosos genera, a su vez, una reacción de ansiedad anticipatoria del episodio, que termina por facilitar el mismo.

En el siguiente esquema se simplifica la perspectiva psicológica en la explicación de la ocurrencia de un episodio migrañoso.

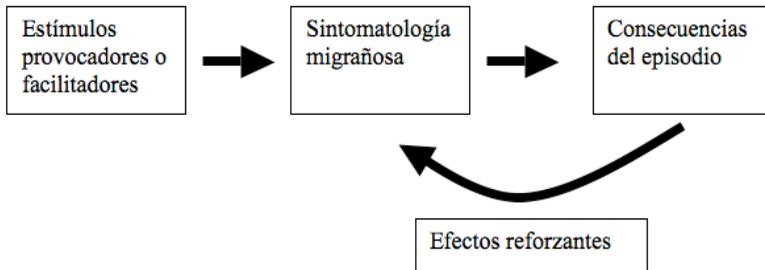


Figura 3. Análisis funcional básico de la migraña desde la perspectiva psicológica

## IV. RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS

### 4.1 Recomendaciones de evaluación médica

El proceso diagnóstico de las cefaleas primarias no incluye una prueba específica que permita una diagnosis directa, motivo por el cual se suele denominar a estas cefaleas "sin imagen".

El diagnóstico debe realizarse a través de un patrón sintomatológico recabando información sobre el paciente. Para la realización de la anamnesis se recomienda la exploración de los siguientes aspectos (Miralles, 1999):

1. Localización del dolor (hemicraneal, holocraneal, en banda, fronto-orbital, occipital...);
2. Características de la cefalea (pulsátil, opresiva, punzante, con tirantez, con sensación de peso, explosiva...);
3. Intensidad (leve, moderada, intensa, incapacitante);
4. Modo de instauración (brusco, en minutos, insidioso...);
5. Tiempo de evolución;
6. Duración del episodio de cefalea;
7. Frecuencia aproximada. En casos crónicos resulta útil la elaboración de un calendario que recoja los episodios de cefalea;
8. Síntomas asociados (náuseas-vómitos, foto-sonofobia, auras, fiebre, artromialgias, convulsiones, focalidad neurológica persistente...);
9. Factores moduladores del dolor (alimentos, esfuerzos, medicación, exceso o falta de sueño, lectura, menstruación...);

10. Medicación que ha tomado para combatir la cefalea; y
11. Situación personal, laboral y familiar.

La anamnesis suele completarse con una recogida de información de la historia familiar. Así mismo, pueden realizarse exploraciones generales y neurológicas para matizar el diagnóstico; esta última incluiría, como apunta Miralles (1999), los siguientes aspectos:

1. Nivel de conciencia, orientación y funciones cerebrales superiores.
2. Pares craneales y función pupilar, incluida una campimetría por confrontación y fondo de ojo.
3. Balance muscular, sensibilidad, reflejos osteotendinosos y cutaneoplantares, coordinación, marcha y equilibrio.
4. Signos de irritación meníngea: rigidez de nuca (limitación a la flexión anterior de la cabeza), signo de Brudzinski (al movilizar el cuello hacia delante las piernas y muslos se flexionan) y signo de Kernig (incapacidad para mantener extendidas las piernas al flexionar de forma pasiva las caderas).

En la Tabla 2 se presenta una clasificación de cefaleas que permite llevar a cabo un diagnóstico diferencial.

DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS MIGRAÑAS DESDE UNA PERSPECTIVA PSICBIOLÓGICA

Tipo	Inicio (años)	Localización	Duración	Frecuencia	Intensidad	Cualidad	Sexo	Síntomas
<b>MIGRAÑA</b>	13-35	Hemicraneal	4-72h	Variable	Moderada-Severa	Pulsátil	M>H	Náuseas, vómitos, foto-fonofobia
<b>CEFALEA TENSIONAL</b>	cualquiera	Bilateral	30min-7días	De ocasional a diaria	Leve o leve-moderada	Pesadez opresiva	M>H	Ninguno
<b>CEFALEA en ACÚMULOS</b>	15-40	Unilateral retroorbitaria	15-180min	A diarios durante semanas o meses	Intensísima, penetrante.	Severa	H>M	Inyección conjuntiva, lagrimeo, miosis, rinorrea
<b>CEFALEA ORGÁNICA</b>	cualquiera	Variable	Variable	Intermitente, nocturna o al despertar	Moderada	Constante, sorda, apagada	M=H	Vómitos, rigidez de nuca, déficit neurológico
<b>HSA</b>	cualquiera	Global, occipito- nuczal	Variable	Única	Agudísima, atroz	Explosiva	H=M	Náuseas, vómitos, rigidez de nuca, pérdida de consciencia
<b>NEURALGIA TRIGÉMINO</b>	50-70	2º-3º -> 1ª división	Segundos, ocurre en descargas	Paroxística	Agudísima	Como descarga eléctrica	H=M	Punto trigger, tics
<b>ARTERITIS DE LA TEMPORAL</b>	>55	Temporal, cualquier región	Intermitente, luego continua	Continua	Variable	Variable	H=M	Arterias doloridas, polimialgia reumática
<b>HEMICRANEAL CONTINUA</b>	11-58	Unilateral	Todo el día con exacerbaciones	Diaria o constante	Moderada	Dolor moderado y punzadas	M>H	Fotofobia, lagrimeo, congestión nasal
<b>HEMICRANEAL PAROXÍSTICA CRÓNICA</b>	Adulto	Unilateral, orbitario o temporal	2-45 min	>5veces al día	Intensísima	Severa	M>H	Inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea
<b>CRÓNICA DIARIA</b>	30-40	Variable holocraneal	Varias horas o todo el día	Diaria o constante	Leve-moderada	Variable	M>H	Larga historia de migraña, cefalea tensional y abuso de analgésicos

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de las cefaleas (adptado a partir de Protocolos diagnósticos de la Agencia Valenciana de Salud)

Los criterios específicos para el diagnóstico de migraña son los que se indican en la Tabla 4 (IHS, 1998):

### **Migraña con Aura**

- A. Haber padecido dos o más cefaleas precedidas de aura
- B. Al menos tres de las siguientes características del aura
  - Uno o más síntomas reversibles que indiquen disfunción focal de la corteza, del tronco o de ambos
  - Desarrollo gradual durante más de 4 minutos
  - Duración menor de 60 minutos
  - Cefalea posterior al aura, tras un intervalo menor de 60 minutos
- C. Síntomas más frecuentes del aura
  - Visión borrosa
  - Escotomas centelleantes
  - Pérdida de visión parcial del campo visual

### **Migraña sin aura**

- A. Duración de la crisis de 4 a 72 horas.
- B. Tener cinco o más episodios de cefaleas
- C. Al menos dos de las siguientes características del dolor:
  - Localización unilateral
  - Pulsátil
  - Intensidad moderada o severa
  - Se agrava con la actividad física
- D. Al menos uno de los siguientes síntomas acompañantes:
  - Naúseas, vómitos o ambos
  - Fotofobia.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de la migraña

## **4.2 Recomendaciones diagnóstico-evaluativas de carácter psicológico**

Algunas recomendaciones a tener en cuenta por parte de los profesionales de la psicología a la hora de llevar a cabo la evaluación de la migraña serían las siguientes:

1.- Explorar la conducta migrañosa para integrarla en un análisis funcional, es decir, generar un cuadro explicativo donde se ubiquen antecedentes lejanos y próximos, cuadro sintomatológico y consecuencias, estableciendo las relaciones funcionales entre los diferentes elementos.

2.- Mediante entrevista personal y/o familiar, recoger información a través de técnicas de observación y/o autorregistros, y otros instrumentos necesarios, para evaluar así información acerca de los siguientes aspectos relevantes en esta enfermedad:

- Historia personal y familiar de trastornos de cefalea.
- Situaciones y estímulos habituales acontecidos previamente a los episodios de cefalea.
- Sintomatología de los episodios e intensidad subjetiva del dolor.
- Sentimientos y pensamientos asociados a los episodios, prestando especial atención e indagar la posible presencia de distorsiones cognitivas.
- Consecuencias del episodio: emociones, cogniciones, comportamientos, ganancias secundarias por el trastorno, etc.
- Valorar, en relación a todos los aspectos previamente mencionados, la frecuencia, momento del día, ciclos, etc., en los que la migraña tiene lugar.

3.- Examinar aquellas situaciones que a pesar de que "deberían" provocar o disparar un episodio migrañoso, no lo elicitan. Estas condiciones permiten indagar variables diferenciales y, posiblemente, explicativas.

4.- Aplicar, si se considera preciso, instrumentos objetivos de evaluación, como autoinformes de ansiedad, locus de control, fobias inespecíficas, etc. Si se sospecha la posible existencia de una elevada tensión muscular en la zona del cuello-cabeza, que podría estar asociada a la cefalea, pueden emplearse también registros electromiográficos en el proceso diagnóstico (Andrasik, 1985).

5.- Investigar la posible co-ocurrencia de otros trastornos de orden psicológico asociados.

## **V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Andrasik, F. (1985). Jaqueca de tensión. En M. Jersen y C. Last. *Manual de casos de terapia de conducta* (pp 127-138). Bilbao: Ed. Desclee De Brouwer.

Berkow, R. y Beers, M.H. (1999). Manual Merck de información médica. Madrid: Océano Grupo Editorial.

Ferrer, M. y Ribes. C. (2006). *Farmacología de la migraña*. Jaen: Ed. Formación Alcalá.

Laínez, J.M. (2005). *Ya no me duele la cabeza*. Madrid: Santillana Ediciones.

Titus, F. y Pozo, P. (2009). *Comprender la migraña*. Barcelona: Amat Editores.

## **VI. WEBGRAFÍA**

AEPAC (2009). Asociación española de pacientes con cefalea. (disponible en [www.dolordecabeza.net](http://www.dolordecabeza.net))

[GECSEN. http://cefaleas.sen.es/publico/migran\\_con\\_aura.htm](http://cefaleas.sen.es/publico/migran_con_aura.htm)

IHS. International headache society. (Disponible en <http://www.i-h-s.org>)

Miralles, A. (1999). *La migraña en atención primaria*. Diagnóstico estudio, 2. (disponible en <http://www.ctv.es/diagnostico/diagnostico/prin.html>)