

# **MEMORIA FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**OCTUBRE 2023**

## **PROYECTO: LA MIGRAÑA DE DIFÍCIL TRATAMIENTO: LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE CRÓNICO**

**IP: MARIAN PEREZ-MARIN**

**EQUIPO DE INVESTIGACIÓN: MARLESKA ZAMBRANO-CAMIÑA, INMACULADA MONTOYA-CASTILLA, SELENE VALERO-MORENO**

**PROYECTO REALIZADO GRACIAS A LA CONCESIÓN DE LA AYUDA A LA INVESTIGACIÓN AEPCP 2022**

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN .....  | 3  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 4  |
| METODOLOGÍA.....   | 12 |
| Participantes.....   | 12 |
| Instrumentos.....  | 15 |
| Procedimiento y diseño de la investigación.....  | 22 |
| Análisis estadísticos.....   | 27 |
| RESULTADOS.....  | 28 |
| Información general de estado psicológico previo a la intervención: Datos<br>descriptivos .....  | 28 |
| Discapacidad producida por las migrañas .....  | 29 |
| Impacto negativo del dolor de cabeza .....   | 29 |
| Catastrofización.....  | 30 |
| Calidad de vida.....   | 31 |
| Satisfacción con la vida .....   | 32 |
| Afectividad .....  | 32 |
| Estrés psicológico .....   | 33 |
| Resiliencia .....  | 34 |
| Ansiedad y depresión.....  | 35 |
| Riesgo de suicidio.....  | 36 |
| Análisis intersujetos: comparación de medias pretratamiento del grupo control y de<br>tratamiento .....                                | 36 |
| Análisis intrasujetos: Comparación de medias en los diferentes momentos de<br>evaluación en grupo control y en grupo experimental..... | 37 |
| Grupo control.....   | 37 |
| Grupo experimental .....   | 40 |

|  |    |
|--|----|
| Análisis intersujetos: comparación de medias post-tratamiento del grupo control y de tratamiento ..... | 43 |
| Análisis de la eficacia del tratamiento según el paciente: Datos descriptivos.....                     | 48 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....   | 49 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 54 |

## RESUMEN

Las migrañas son un trastorno neurológico caracterizado por fuertes y recurrentes dolores de cabeza que puede limitar la vida de quien lo padece si no tiene un tratamiento eficaz. Hay un tipo de migrañas, migrañas de difícil tratamiento que no responden bien a este y tienen mayor probabilidad de tener migraña crónica, es decir, sufrir los episodios de dolor más de 15 días al mes. Esta enfermedad es muy discapacitante y no solo a nivel físico, se ha visto que producen un gran impacto psicosocial en la persona, disminuyendo su calidad de vida, aumentando su discapacidad, haciéndole más propenso a trastornos mentales como ansiedad y depresión, afectando a ciertos mecanismos psicológicos que perjudican su situación, como el aumento de la catastrofización, el miedo al dolor y la sensibilidad al estrés; haciendo que todo ello les haga sentir su experiencia de dolor más intensa y negativa; por ello, trabajar los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad se considera necesario. El objetivo de esta investigación es estudiar el estado físico y psicológico de los pacientes con migraña refractaria de difícil tratamiento y analizar el beneficio que puede tener sobre su salud física y psicológica aplicarles un protocolo de intervención psicológico diseñado específicamente para estos pacientes. Con 27 pacientes adultos (24 mujeres y 3 hombres) de entre 23 y 70 años ( $M= 48,33$ ;  $DT=10,038$ ) establecimos el perfil de riesgo y protección de estos sujetos y, tras la intervención psicológica, analizamos los efectos de esta en los 23 pacientes que la finalizaron. Para la intervención se asignaron aleatoriamente a los pacientes al grupo experimental o al grupo control para garantizar la homogeneidad entre grupos y poder analizar los resultados del tratamiento correctamente. Se observó una mejoría significativa tras el tratamiento en los pacientes del grupo experimental en las variables de grado de discapacidad, impacto negativo del dolor de cabeza, catastrofización y calidad de vida al compararlos consigo mismos y de las variables de impacto negativo del dolor de cabeza y calidad de vida al compararlos con el grupo control, además de un buen tamaño del efecto en el impacto negativo del dolor de cabeza, la catastrofización, la calidad de vida, el afecto positivo en la última semana, la resiliencia y la depresión al compararlas entre grupos después de la intervención, lo que respalda la replicabilidad a nivel poblacional. Nuestros datos muestran la necesidad de implementar un protocolo de intervención psicológica para los pacientes con migrañas, sobre todo para las de difícil tratamiento, pues es visible la mejoría de la situación de los pacientes que, en un principio, están en pésimas condiciones tanto a nivel de salud física como psicológica.

**Palabras clave:** migrañas; salud mental; calidad de vida; intervención psicológica; catastrofización; impacto negativo del dolor de cabeza; discapacidad; depresión; ansiedad; suicidio; resiliencia.

## INTRODUCCIÓN

La **migraña** es un trastorno neurológico que se manifiesta por medio de episodios recurrentes de dolor de cabeza con una intensidad moderada o grave que puede limitar la vida de la persona que la padece, pues su duración se encuentra entre 4 y 72 horas si no se tiene un tratamiento eficaz. Habitualmente el dolor de cabeza viene acompañado de otros síntomas como hipersensibilidad a estímulos externos, náuseas y vómitos, entre otros. Hay diferentes categorías dentro de las migrañas, podemos distinguir entre migrañas crónicas (MC) y migrañas episódicas (ME), en este estudio nos centramos en las MC, considerándose MC cuando el dolor de cabeza está presente durante 15 días o más en el mes durante al menos tres meses. (González-Oria et. al, 2019; AEMICE et. al, 2021)

La migraña está considerada dentro de las cefaleas primarias, lo que significa que no se conoce la causa estructural o metabólica que justifique su sintomatología (Magis, 2015; Sharpe et. al, 2019). Asimismo, es conveniente diferenciar entre los pacientes que responden bien o fácil al tratamiento de los que no, dado que los que no lo hacen necesitan mayor atención y persistencia en el tratamiento, pues poseen mayor riesgo de desarrollar MC. Dentro de la migraña de difícil tratamiento encontramos dos categorías principalmente, la migraña resistente y la migraña refractaria, teniendo como distintivo el número de tratamiento previos que han fracasado. Por ello, la migraña resistente es la que sigue siendo significativamente debilitante pese a varios intentos de tratamiento, pero finalmente se consigue uno efectivo, mientras que la migraña refractaria sigue siendo significativamente debilitante tras probar el número máximo de tratamientos posibles para el paciente (Sacco et. al, 2020).

La Organización Mundial de la Salud considera la migraña como la tercera enfermedad más prevalente en el mundo, teniendo una prevalencia del 15%, en Europa la prevalencia desciende al 11,4% de su población (Ruggeri et. al, 2020) y en España es del 12%, siendo el 80% de ellas mujeres de entre 20 y 40 años, donde se considera que, pese a esta elevada, prevalencia que está infradiagnosticada e infratratada (Garrido et. al, 2018; González-Oria et. al, 2019; AEMICE et. al, 2021).

Como se ha comentado, las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer migrañas, la causa de ello suelen ser los factores hormonales y genéticos asociados al cromosoma X, pues se conoce que influyen en la aparición de esta enfermedad (Pascual, 2019).

Llevar a cabo un diagnóstico precoz de la enfermedad es primordial, pues con ello existe la posibilidad de disminuir la comorbilidad, la pérdida de la calidad de vida y la afectación psicológica de estos pacientes, pues es considerada una enfermedad muy incapacitante (Pérez, 2019a; González-Oria et. al, 2019). Pese a ello, sabemos que en España pasan años hasta que el diagnóstico y con él, el tratamiento, se lleva a cabo, siendo de 6,4 años en la ME y de 7,3 en la MC (Garrido et. al, 2018).

Por lo que respecta concretamente a la **MC refractaria** se estima que pueden padecerla hasta el 5% de los pacientes con migraña que se tratan en las unidades de cefaleas, siendo un diagnóstico de descarte, pues no se conoce causa de su condición, habiendo probado ya, durante al menos 3 meses, la dosis adecuada de tratamiento farmacológico de cada fármaco de los siguientes grupos: Betabloqueantes, Ácido valproico, Topiramato, Tricíclicos, Flunarizina, Candesartán y Onabotulinumtoxina (González-Oria et. al, 2019). Anteriormente se consideraba que, con haber probado y que no funcionaran 3 de esos fármacos durante el tiempo establecido, se podían clasificar dentro de la categoría de refractaria. En 2020 la Federación Europea de cefaleas modificó los criterios para su diagnóstico, estableciendo que tenían que haber probado todos los posibles tratamientos farmacológicos actuales y que estos no funcionaran para así denominarse refractarias (Sacco et. al, 2020).

**Las migrañas producen un gran impacto psicosocial** y económico tanto en las personas que las padecen como en la sociedad. A nivel del paciente, padece un impacto muy notorio en su vida, esta enfermedad es considerada discapacitante, pues interfiere en todos los ámbitos de la persona, bienestar físico, psicológico, social y laboral (AEMICE et. al, 2021).

Como hemos mencionado, es una enfermedad muy prevalente en nuestra sociedad, y es considerada la primera causa de discapacidad en personas adultas menores de 50 años en España, presentando más de la mitad de ellos un grado de **discapacidad** grave o muy grave (Pérez, 2019b). Esta discapacidad producida por las migrañas se ve reflejada en la calidad de vida de las personas, viéndose claramente limitada, tanto de manera directa

por el dolor de cabeza producido en las crisis y los síntomas asociados que presentan, como de forma más indirecta en los periodos que poseen entre crisis, pues presentan síntomas de carácter cognitivo, psicológico y emocional, además de las limitaciones que pueden presentar en las actividades que realiza, ya sean a nivel social, laboral o de ocio. Se ha observado que esta interferencia en la vida de los pacientes es más acusada en las mujeres que en los hombres, ya sea referida a la disminución de la calidad de vida o al grado de discapacidad (AEMICE et. al, 2021). Además, esta disminución en la calidad de vida de la persona y el alto grado de discapacidad producido por las migrañas, empeoran la gravedad de esta, provocando una reacción en cadena en dirección a un mayor deterioro del paciente (Leonardi et. al, 2010; Raggi et. al, 2011).

Asimismo, los expertos destacan que la presencia de otras **enfermedades o trastornos mentales comórbidos** aumenta significativamente el impacto negativo de la migraña en la vida del paciente, aumentando su grado de discapacidad, favoreciendo la cronicidad de las migrañas, dificultando el tratamiento y disminuyendo su adherencia a posibles tratamientos futuros (Buse et. al, 2013; Novic et. al, 2016; AEMICE et. al, 2021).

A nivel psicológico, hay una gran comorbilidad con trastornos tales como depresión, manía, ansiedad y angustia. A su vez, la importancia de los aspectos psicológicos se ve reflejada en los posibles desencadenantes de las crisis, estando entre estos el **estrés, la ansiedad y la depresión, junto con alteraciones del sueño, de la alimentación, hormonales y factores ambientales**, entre otros (Kelman, 2007; González-Oria et. al, 2019). Es decir, la parte psicológica se ve gravemente afectada, como causa y como consecuencia, hecho reflejado en la literatura sobre cefaleas donde proponen la necesidad de tratamientos no farmacológicos que ayuden al paciente por medio de **intervenciones psicológicas** que se focalicen en el aprendizaje de técnicas de meditación, de manejo del estrés y de promover la actividad física, pues se han mostrado eficaces en la disminución de la intensidad del dolor, de la discapacidad producida y en el malestar psicológico asociado, además de una mejora del estado anímico (Probyn et. al, 2017; González-Oria et. al, 2019; Lee et. al, 2019). Se ha evidenciado la necesidad de este tratamiento psicológico paralelo al farmacológico, sin embargo, también se destaca que los estudios existentes son todavía escasos (Lee et. al, 2019; González-Oria et. al, 2019; Santos y Pozo, 2020; Aguilar-Shea et. al, 2021; AEMICE et. al, 2021).

Esta intervención psicológica debe abarcar múltiples aspectos, pues el dolor crónico produce en los individuos numerosas consecuencias psicológicas negativas, pudiendo destacarse principalmente la afectación de tres mecanismos psicológicos (Lee et. al, 2019): **la catastrofización del dolor, el miedo al dolor y la aceptación del dolor.**

Es cierto que, tanto la interpretación del dolor como su respuesta son subjetivas, por ello, la presencia en el paciente de **procesos cognitivos inadecuados a este nivel acentuará su percepción e intensidad de dolor** físico, más allá de la condición física en sí a la base del dolor (Lethem et. al, 1983; Edwards, 2005; Roth et. al, 2005; Dahlke et. al, 2017). Esta alteración de los procesos cognitivos también afecta a otros aspectos de la condición psicológica de la persona. Así, considerar que el dolor actual se perpetuará en el tiempo, posee un impacto negativo en el afrontamiento, la conformidad y la desesperanza de los sujetos, además valorar este dolor como algo inexplicable, como es el caso de las migrañas, se ha observado una peor evolución y aumento en la angustia psicológica y en la somatización (Williams y Keefe, 1991).

Esta afectación de los procesos cognitivos también se ve reflejada en una mayor **sensibilidad estrés** en los pacientes con migraña, incluso aunque no padecieran más estrés diario que la población sana por otras causas, recordando que el estrés aumenta la probabilidad de la persona a desarrollar depresión y/o ansiedad (Huber y Henrich, 2003).

El **estrés** es uno de los cinco desencadenantes de las migrañas más comunes (Sturgeon, 2014) y teniendo en cuenta que el dolor se considera un factor estresante complejo en las personas que padecen una enfermedad de dolor cónico, este posee una mayor influencia en los pacientes con migraña crónica (Kelman, 2007). De este modo, los estresores vitales provocarán mayor estrés del que el paciente es capaz de gestionar adecuadamente, hecho al que se le suma que el tener una enfermedad crónica es un estresor fijo añadido. Además, estar continuamente sometido a tanto estrés, hace que la capacidad de toma de decisiones y la resolución de conflictos del paciente se vea alterada, modificando también su estado anímico (Campuzano y Martínez, 2005).

La estrecha relación que hay entre el **procesamiento emocional y la experiencia del dolor** se basa en que los aspectos físicos y emocional del dolor tienen vías neuronales superpuestas y estructuras cerebrales comunes. Una intervención que cambien estos procesos de pensamientos sobre el dolor podrá modificar el cerebro y con ello la



experiencia de dolor del paciente (Dahlke et. al, 2017; Kim et. al, 2021). Así, la alteración de los procesos cognitivos va acompañada de una alteración del procesamiento emocional, y al tener ambos alterados se altera la percepción del dolor, provocando un aumento de este.

En lo referente a la **ansiedad**, las personas que padecen de migrañas informan de niveles mayores de ansiedad, preocupación e irritación, sensaciones que a su vez pueden actuar de desencadenantes de una crisis (Lateri-Minet et. al, 2003). Esta mayor probabilidad de desarrollar problemas significativos de ansiedad es aún mayor en el caso de los pacientes crónicos (Antonaci et. al, 2011). En la parte cognitiva de la migraña encontramos el exceso de preocupación y el miedo, síntomas que comparte con la ansiedad, al igual que la dificultad en relajarse. Asimismo, la evitación del miedo y el dolor de cabeza pueden formar parte de la sintomatología ansiosa, empeorando de este modo la de la migraña (Lucchetti et. al, 2012, Peres et. al, 2017).

Al igual que con la ansiedad, las migrañas y la **depresión** tienen una relación bidireccional siendo, por ende, un factor de riesgo una enfermedad para la otra, comorbilidad, que a su vez empeora la calidad de vida y aumenta del grado de discapacidad de las personas que las padecen (Sturgeon, 2014). Estas enfermedades tienen varios síntomas en común, entre los cuales podemos destacar la alteración del apetito, la fatiga y la falta de sueño (Peres et. al, 2002). Asimismo, destacar que se ha encontrado 4 veces más riesgo de intentos de **suicidio** en pacientes con migrañas que en población que no había tenido un dolor de cabeza por encima de una intensidad leve (Breslau et. al, 2012).

Estos hechos muestran **la necesidad de una educación psicológica en el tratamiento de las enfermedades crónicas**, pues favorecerá su concienciación sobre la implicación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su dolor (Miles, 2012). Se ha observado que trabajar en la flexibilidad cognitiva favorece las actitudes de aceptación del dolor, pues de este modo se podrían evitar las conductas desadaptativas de control de dolor y la vivencia positiva a pesar de ese dolor (McCracken, 1998; Hayes et.al, 2006; Kelman, 2007; Pincus y McCracken, 2013). Esta **aceptación del dolor** también ayudará a disminuir la catastrofización cognitiva del dolor, del sufrimiento emocional subsiguiente y la dependencia de las estrategias de afrontamiento relacionadas con el control y la evitación (McCracken y Eccleston, 2005; Vowles et. al, 2008;).

Haciendo a su vez que mejore el funcionamiento cognitivo, emocional, social y ocupacional en los pacientes, aumente el afecto positivo y provoque una disminución de la relación que hay entre la intensidad del dolor y las emociones negativas (McCracken y Eccleston, 2005; Kratz et. Al, 2007; Vowles et. al, 2008). La catastrofización se asocia a una mayor disfunción, mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad y/o depresión, mayor deterioro funcional y de la discapacidad, haciendo que empeore la calidad de vida de quien padece esta distorsión cognitiva (Keefe et. al, 1989; Sullivan et. al, 1995; Wollaars et. al, 2007). Esta aumenta los efectos negativos cognitivos de la enfermedad, la rumiación y la sensación de impotencia relacionados con el afrontamiento del dolor (Sturgeon, 2014).

En este tipo de enfermedades es común que los pacientes piensen que **no tienen control** sobre su dolor, favoreciendo experiencias de dolor más negativas, mayor discapacidad y catastrofización del dolor y menor salud emocional positiva, por ello, fomentar una elevada **autoeficacia** ante el dolor reducirá estos efectos negativos y desarrollará unas **capacidades de afrontamiento** más activo (Crisson y Keefe, 1988; Arnstein et. al, 1999; French et. al, 2000; Hamilton et. al, 2005; Mankovsky et. al, 2012). Estas mismas capacidades de afrontamiento más adaptativas promoverán que los pacientes se vean más capaces e implicados en la terapia, permitiendo trabajar el desarrollo emocional, la autoestima, la asertividad, la meditación y la relajación, pues se sabe que poseen efectos beneficiosos en las enfermedades de dolor crónico (Cole, 1998; Lee et. al, 2007). Tratar la autoeficacia también es primordial, pues es común en las personas con cefaleas que tenga una escasa conciencia de autoeficacia que, al ir unida a unas estrategias de respuesta inadecuadas, aumenta el grado de discapacidad general del paciente (Cho et. al, 2010).

Las migrañas tienen impacto negativo en las **relaciones sociales y familiares** de los pacientes, pues el dolor producido durante las crisis puede conducir a que los pacientes rechacen actividades, produciendo en ocasiones en los amigos o familiares el sentimiento de que el dolor es exagerado o inventado (Wachholtz et. al, 2017; D'Antona y Matharu, 2019). A nivel de pareja, se ha visto que las migrañas pueden producir un efecto negativo en la relación, empeorando la comunicación y disminuyendo el tiempo compartido (Lipton et. al, 2003). Estos hechos repercuten negativamente en el **apoyo social** del que dispone el paciente, apoyo necesario para un mejor manejo del estrés y una mejor calidad de vida (Vera-Villaruel y Guerrero, 2003). Por ello es necesario trabajar en las

**habilidades de comunicación y de escucha** de los pacientes, pues estas favorecen sus relaciones sociales, mejorando a su vez el apoyo social que percibe (Miles, 2012).

Al igual que las migrañas **interfieren en la realización de actividades sociales, de ocio y tareas cotidianas**, también **dificultan o impiden trabajar** a la persona que las padece (Aydemir et. al, 2011; Raggi et. al, 2011). Las migrañas no solo son una gran carga para la calidad de vida de los pacientes, sino que implican a su vez un coste económico para el paciente y para la sociedad, pues al ser tan discapacitante, hace uso de una gran cantidad de recursos sanitarios, asociado al descenso de la productividad laboral y el aumento del absentismo en el trabajo, este efecto negativo se ve más agravado en los casos de migraña crónica, sobre todo en la refractaria (AEMICE et. al, 2021). Todo ello perjudica aún más al paciente al privarle de un ámbito social y del sentimiento de utilidad a nivel de trabajo.

Pese a la evidencia del impacto psicológico de la migraña y la necesidad de intervención psicológica acompañante en estos pacientes (Dudeney et. al, 2022), todavía en España no existe un protocolo de intervención psicológica instalado en los contextos de salud para esta población. Se les suele recomendar técnicas concretas como la relajación o el mindfulness, o se les deriva a salud mental cuando ya han aparecido otros trastornos mentales comórbidos que acentúan la enfermedad, pero no se trata la afectación psicológica que tiene la enfermedad, se tratan los síntomas psicológicos de gravedad una vez han aparecido trastornos mentales secundarios, y ni siquiera esto es una práctica habitual. En múltiples estudios se evalúa la calidad de algunas técnicas psicológicas, en su mayoría por separado. Si bien es cierto que, si existen algunos manuales o tratamientos psicológicos para el dolor crónico, sobre todo de espalda (Vallejo, 2005, Moix y Casado, 2011; Geneen et. al, 2017; Hilton et. al, 2017), sin embargo, en el caso de las migrañas, en las unidades de cefaleas no existen protocolos de actuación psicológica para esta enfermedad concreta y además en las unidades de dolor, se carece de personal especializado que lo pueda llevar a cabo (González-Oria et. al, 2019; AEMICE et. al, 2021).

Por todo lo expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo general, estudiar el estado de salud física y psicológica de los pacientes con MC de difícil tratamiento, y analizar el beneficio que sobre su salud física y psicológica tiene la aplicación de un protocolo de intervención psicológica diseñado específicamente para ser aplicado en este perfil de sujetos.

Nuestro estudio comprende tres objetivos principales:

1. Identificar, en pacientes adultos diagnosticados de MC de difícil tratamiento (con al menos 6 meses de diagnóstico), los perfiles de salud psicológica y física. Describir el perfil de los pacientes en las variables analizadas, permitiendo señalar su papel en términos de favorecer o interferir en el bienestar psicológico y el ajuste a la enfermedad.
2. Validar e implementar científicamente la eficacia y eficiencia de un protocolo de evaluación y tratamiento psicológico a partir su aplicación en una muestra piloto, para potenciar la adaptación a la enfermedad y el bienestar psicológico en esta población.
3. Promover la integración del protocolo de evaluación e intervención psicológica generado en las medidas de acción sanitaria regular con pacientes con MC.

La hipótesis de trabajo plantea la mejora de la calidad de vida física y psicológica de los pacientes que reciban el tratamiento psicológico planteado en el protocolo que, a diseñar, en el siguiente sentido: menor discapacidad por migrañas, menor impacto negativo del dolor de cabeza, mejor calidad de vida, menor catastrofización ante el dolor, mayor satisfacción con la vida, más afecto positivo y menor afecto negativo, menor estrés psicológico, mayor resiliencia, menor ansiedad y depresión.

Así esperamos que:

- H1: En T1 y T2 no existan diferencias significativas al comparar intersujetos las puntuaciones en las variables psicológicas a estudio entre el grupo experimental (GE) y el grupo de control de lista de espera (GCLE) (grupos equiparables).
- H2: En T3 y T4 existan diferencias significativas al comparar intersujetos las puntuaciones en las variables psicológicas a estudio entre GE y GCLE, presentando los sujetos de GE puntuaciones significativamente más saludables que los sujetos de GCLE, observándose así el efecto beneficioso de la aplicación del tratamiento psicológico recibido por los sujetos del GE.
- H3: Existan diferencias significativas intrasujetos, tanto en el GE como en el GCLE, observándose cambios significativos hacia la mejoría de salud física y psicológica en GE al comparar en ellos T2 con T3, y T2 con T4, y observándose cambios significativos hacia el empeoramiento en la salud física y psicológica en GCLE al comparar en ellos T2 con T3, y T2 con T4.

## **METODOLOGÍA**

### **Participantes**

Inicialmente se estableció contacto con 30 posibles pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio, pero, tras aplicar los criterios de inclusión al mismo, la muestra inicial quedó compuesta por 27 pacientes adultos diagnosticados de migraña que están en seguimiento en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia.

Tras la finalización del tratamiento y las dos evaluaciones de post-tratamiento, la muestra final del estudio estuvo compuesta por 23 participantes. Así, durante el transcurso de la terapia grupal hubo 4 pacientes que dejaron de participar en el programa, 1 de ellos por reincorporación al mercado laboral tras la denegación de la incapacidad, otro por hospitalización prolongada de más de un mes de duración, otro por una situación familiar complicada que le impedía continuar acudiendo a las sesiones y el cuarto por faltar a tres sesiones de terapia y negarse a rellenar los cuestionarios de T3. Por ello, en el grupo experimental en T3 y T4 el número de pacientes descendió de 15 a 11. Los criterios de inclusión del estudio fueron: a) ser mayores de 18 años, b) diagnóstico de migraña crónica de difícil tratamiento hace más de 6 meses, c) estar en seguimiento hospitalario regular en el servicio de neurología del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, d) realizar la evaluación inicial.

Los criterios de inclusión fueron: a) tanto en el grupo experimental como de tratamiento, no haber realizado las 4 sesiones de evaluación en T1, T2, T3 y T4; b) en el grupo experimental no haber asistido al menos al 80% de las sesiones de tratamiento (8 de 10). La muestra inicial analizada compuesta por 27 pacientes se describe como sigue: La edad de los pacientes oscila entre los 23 y los 70 años, siendo la media de 48,33 años (desviación estándar de 10,038). Respecto al género de los pacientes, se observa que la mayoría son mujeres (88,9%), siendo 24 de los 27 pacientes de estudio, y los 3 restantes (11,1%) hombres. En la procedencia de los pacientes observamos que un 96,3%, es decir 26 pacientes, son de raza caucásica y una paciente es de raza africana (3,7%). En cuanto a los estudios efectuados, 2 de los pacientes (7,4%) no han completado la formación básica, 8 de ellos (29,6%) si la terminaron, 10 de los pacientes (37%) tienen bachillerato o formación profesional y 7 de ellos (25,9%) han terminado estudios superiores. Si bien es cierto, todos ellos han estado escolarizados al menos 10 años, siendo la media de años

de escolarización de 15,07. En lo referente a la situación laboral de los pacientes, solo 4 de ellos, es decir el 14,8% de la muestra, estaban activos laboralmente en el momento de la evaluación, siendo 3 de ellos funcionarios y 1 con un trabajo con contrato indefinido. Los pacientes que no estaban trabajando abarcaban diversas situaciones, siendo desempleados, cobrando o sin cobrar, de baja por las migrañas, con incapacidades, ya sea absoluta o total, pensionistas, estudiantes o amas de casa. El estado civil de los pacientes es variado, estando casados el 55,6% de ellos, es decir, 15 pacientes, 3 de ellos solteros (11,1%), 2 divorciados (7,4%), 2 viudos (7,4%), 1 separado (3,7%) y 4 viviendo en pareja (14,8%). Asimismo, se les preguntó si habían convivido con algún familiar que tuviera algún problema físico crónico y observamos que el 44,4% de ellos sí habían convivido, es decir 12 de ellos.

En lo referente a la toma de medicación vamos a diferenciar su descripción en función del tipo de medicamento, el 59,2% de los pacientes consumen tranquilizantes a diario, ya sea uno o más en el mismo día, esto equivale a 16 de los 27 pacientes. El consumo de analgésico es más elevado, 25 de los pacientes (92,6%) los consumen de forma diaria. Así mismo, 19 de los pacientes consumen diariamente medicación para dormir, es decir, un 70,3% de ellos. El consumo de estimulantes es más escaso y está ligado a la presencia de otras enfermedades, viéndose que solo consumen diariamente 6 de ellos (22,2%). La toma diaria de antidepresivos también es elevada, siendo del 77,8%, es decir, 21 de los pacientes. 10 de los pacientes (37%) toman medicación para problemas cardiacos o para la tensión arterial. Por último, 5 de los pacientes consumen opioides de forma regular, es decir, el 18,5% de ellos.

Centrándonos concretamente en las migrañas, los años desde que se realizó el diagnóstico de los pacientes oscila entre 48 y 3 años, con una media de 21,93 años, y el tiempo que llevan en tratamiento entre los 45 y los 2 años, con una media de 19,22 años. Con una variación que abarca desde 0 a 50 ingresos hospitalarios a causa de las migrañas, con una media de 4,93, siendo solo 8 de los pacientes (29,6%) los que no han ingresado en ninguna ocasión.

Los pacientes consideran que el nivel de discapacidad producido por las migrañas en el momento de la primera evaluación oscilaba entre 5 y 10 en una escala de 0 a 10 de discapacidad, puntuando 8 o por encima el 88,9% de los pacientes, es decir, 24 de ellos, y con una discapacidad de 10 el 44,4%, es decir, 12 pacientes. Por lo que respecta a los

días de dolor que tienen al mes, en la primera evaluación, el rango oscilaba entre 9 y 30 días al mes, con una media de 25,67, de los cuales han necesitado tomar medicación una media de 22,70 días. El tipo de medicación tomada durante la crisis pueden ser triptanes, antiinflamatorios, anestésicos, combinación de dos o los tres anteriores o no tomar medicación. El 55,6% de los pacientes tomaba triptanes en las crisis, el 3,7% antiinflamatorios, el 3,7% anestésicos, el 33,3% combinaba los medicamentos y el 3,7% no tomaba medicación, explicando que nada le era útil. Si bien es cierto, esta efectividad del tratamiento la observaban un 85,2% de los pacientes y un 14,8% no notaba mejoría; para los pacientes que notaban algo de mejoría, es decir 23 de ellos, esta mejoría oscilaba entre 4 y 9, en una escala de 0-10, con una media de 6,43. El grado de dolor que expresan que padecen cuando tienen migraña oscila entre 6 y 10 en una escala de 0-10, teniendo una media de 8,85, si bien es cierto que el 70,3% de los pacientes puntúan todo con 9 o 10.

Preguntando por los antecedentes familiares de las migrañas encontramos que 21 de ellos (77,8%) tenían algún familiar con antecedentes, 5 (18,5%) no tenían antecedentes y 1 paciente (3,7%) desconocía esta información. También se les preguntó si estaba relacionada con la menstruación, a lo que 10 de los 27 pacientes (37%) destacó que tenía relación, mientras que 17 (63%) dijeron que no, remarcar que en nuestro estudio solo hay 3 hombres, así más mujeres fueron las que dijeron que no (14) que las que veían relación con la menstruación (10).

Respecto a los hábitos de los pacientes, 17 de ellos (63%) consumen cafeína y 10 de ellos (37%) no, variando de 1 a 24 cafés a la semana entre los consumidores de café, con una media de 11,94 cafés a la semana. Referido al consumo de tabaco, 7 de los pacientes (25,9%) son fumadores y los 20 restantes (74,1%) no fuman, pero 4 de esos 20 son exfumadores. El número de cigarrillos fumados a la semana de los pacientes que consumen oscila entre 20 y 140, siendo su media de 77,29 cigarrillos. En el consumo de alcohol se observan números más bajos, solo 3 de los pacientes (11,1%) consumen alcohol, consumiendo una o dos bebidas alcohólicas a la semana.

En relación con otras enfermedades médicas diagnosticadas, el 55,6% de los pacientes poseen otro trastorno de dolor o enfermedades crónicas, es decir, 15 pacientes. Preguntando por las más comunes, encontramos que 7 de ellos (25,9%) tenían

fibromialgia y fatiga crónica, 5 de ellos (18,5%) colon irritable, 3 de ellos (11,1%) asma y 21 de ellos (77,8%) problemas del sueño.

En lo referente a la tratamiento psicológico, 15 de los pacientes (55,6%) refirieron haber tenido problemas de índole psicológico en el pasado y la misma cantidad de pacientes afirma tenerlos en la actualidad.

La distribución inicial de los pacientes en los grupos de la investigación nos llevó a 15 pacientes en el grupo experimental y 12 en el grupo control. Dicha distribución se realizó mediante una asignación aleatoria al grupo de investigación (experimental o control) y previa a la primera toma de contacto con ellos. Tras la aplicación de los criterios de exclusión, la muestra final de estudio quedó configurada por 11 sujetos en el grupo experimental y 12 sujetos en el grupo control.

### **Instrumentos**

Se elaboró un registro ad hoc para recopilar las variables sociodemográficas (edad, género, raza, nivel educativo, situación laboral, estado civil, nivel de ingresos anuales, número de hijos), clínicas y farmacológicas (toma de medicación, tiempo desde el diagnóstico, tiempo en tratamiento, diagnósticos físicos secundarios, número de ingresos hospitalarios a causa de las migrañas, problemas psicológicos actuales y pasados, días de dolor, nivel de dolor, grado de discapacidad, antecedentes de la enfermedad, posible relación con la menstruación) y del estilo de vida (IMC, consumo de cafeína, tabaco o alcohol).

Además, se realizó un pase de pruebas para evaluar variables directamente relacionadas con la migraña y su clínica asociada.

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad de Estudios de Neurología (SEN) en su Manual de Práctica Clínica en Cefaleas (Santos y Pozo (Eds.), 2020), para medir la repercusión de las migrañas en la calidad de vida del paciente, utilizamos las siguientes pruebas de evaluación: el MIDAS (*Migraine Disability Assessment Scale*), el HIT-6 (*Headache Impact Test questionnaire*) y el MSQ (*Migraine Specific quality of life Questionnaire*). Además, para medir el grado de catastrofización del paciente, utilizamos el PCS (*Pain Catastrophizing Scale*).



La *Escala de evaluación de la discapacidad por migrañas (MIDAS)* fue diseñada por Stewart et al., 1999. Es escala autoadministrada que mide de manera retrospectiva la discapacidad relacionada con el dolor de cabeza en las actividades diarias en los tres meses previos. Consta de 7 preguntas en total, las 5 primeras están relacionadas con los días de pérdida parcial o total a causa de los dolores de cabeza en tareas domésticas, actividades familiares, sociales y de ocio, utilizándose estas 5 preguntas para tener la puntuación total del MIDAS. La puntuación total del MIDAS oscila entre 0 y 90 y sirve para clasificar los grados de discapacidad en los que se puede encontrar le paciente, siendo: grado I: poca o ninguna discapacidad (0-5), grado II: discapacidad leve (6-10), grado III: discapacidad moderada (11-20) y grado IV: discapacidad grave (21 o >). Por otras parte, las otras dos preguntas refieren a la frecuencia y a la intensidad del dolor de cabeza, siendo la frecuencia igual medida en los tres meses y la intensidad en una escala de 1 a 10, en la que 10 significa el dolor más intenso que pueda experimentar. En el estudio original realizaron un análisis de consistencia interna por medio del  $\alpha$  de Cronbach, obtuvo una puntuación, en Estados Unidos, de 0,76 y, en Reino Unido, de 0,73, además, analizaron la correlación test-retest de Pearson en Estados Unidos fue de 0,80 y en Reino Unido de 0,83 (Stewart et. al 1999; Lipton et. al, 2001). En nuestras muestra no pudimos realizar las efectividad de manera consistente pues las 2 primeras preguntas son en relación al trabajo y más del 80% de nuestras muestra no trabaja por la discapacidad producida por las migrañas, las 2 siguientes referidas a las labores del hogar están casi todos los días repartidos entre ellas y la siguiente referente al ocio, los pacientes destacan que su vida social está tan limitada que no es que el dolor les impida realizarlas, sino que ellos ya las rechazan o no organizan actividades por miedo a tener una crisis. Las preguntas 6 y 7, o la A y la B como se muestran en el cuestionario, si las responden correctamente y con números concretos, pero si solo se evalúan esas dos preguntas el alfa de Cronbach es de 0,082.

La *Escala de impacto del dolor de cabeza (HIT-6)* fue desarrollada por Kosinsji et. al (2003). Este cuestionario autoadministrado genera una puntuación global del impacto negativo del dolor de cabeza, obteniendo puntuaciones entre 36 y 78, para poder evaluar su gravedad en función de seis categorías, cada una evaluada por un ítem en una escala de nunca (6 puntos), pocas veces (8 puntos), a veces (10 puntos), muy a menudo (11 puntos) y siempre (13 puntos). Las categorías que evalúa son: dolor, limitaciones sociales y de rol, funcionamiento cognitivo, vitalidad y malestar psicológico. En base a la

puntuación total obtenida por la suma de respuestas de los ítems, el HIT valora el impacto en función de ninguno o poco impacto (<49), algo de impacto (50-55), impacto sustancial (56-59) e impacto severo (60-78). En el estudio original se realizó un análisis de fiabilidad, en el que se obtuvo una consistencia interna (α de Cronbach) de 0,89 en la primera evaluación y de 0,90 en la segunda, teniendo una correlación intraclase de 0,89. Además, por lo que respecta a la fiabilidad de la escala test-retest de la muestra total fue de 0,78 (Kosinski et. al. 2003). En el artículo de Martín et. al (2004) calcularon la consistencia interna del HIT-6 en diferentes idiomas, en la validación española se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,831.

El *Cuestionario de calidad de vida específico para la migraña (MSQ)* fue desarrollado por Jhingram et al. (1998). Esta herramienta de autoevaluación mide la calidad de vida específica para personas con migrañas, evaluando su funcionamiento diario en las últimas 4 semanas por medio de 14 preguntas englobadas en 3 dominios: rol restrictivo (efecto en las actividades sociales y laborales), rol preventivo (evitación de actividades) y emocional. Las alternativas de respuesta van de nunca (5) y siempre (0). Para su corrección e interpretación, las puntuaciones en esos 3 dominios se suman, se invierten y se transforman en una escala de 0 a 100 así una mejor calidad de vida está caracterizada por una puntuación directa o percentil más alto y una peor calidad de vida, por un puntuación directa o percentil más baja. En el estudio realizado por Martin et al. (2000) analizaron la fiabilidad de MSQ, obteniendo en las dimensiones del cuestionario un alfa de Cronbach que oscilaba entre 0,86 y 0,96, siendo los valores concretos para cada dimensión los siguientes: rol restrictivo 0,96, rol preventivo 0,93 y rol emocional 0,86; y unos coeficientes de correlación de Pearson que oscilaron entre 0,62 y 0,65 (Jhingran et. al, 1998; Martin et. al, 2000). En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,93.

La *Escala de catastrofización ante el dolor (PCS)* fue desarrollada por Sullivan et al. (1995) como un cuestionario autoadministrado para evaluar el nivel de catastrofización del dolor por medio de 13 preguntas agrupadas en 3 escalas: rumiación, magnificación e indefensión o desesperanza. Cada pregunta posee cinco alternativas de respuesta que van de 0 (nada) a 4 (todo el tiempo), con la suma de las puntuaciones de respuesta obtenidas de las 13 preguntas se obtiene una puntuación global que va de 0 a 52, siendo 30 el punto de corte para hablar de niveles clínicamente significativos de catastrofismo. En el estudio

original se realizó un análisis de la fiabilidad, utilizando el alfa de Cronbach se obtuvieron los coeficientes de 0,91 en la escala de rumiación, de 0,75 en la de ampliación y de 0,87 en la de indefensión, además de tener un índice total de 0,93 (Osman et. al, 1997). En la validación en muestra española realizada por García et al.,2008, analizaron la consistencia interna de la PCS y obtuvieron puntuaciones mayores a 0,70 en el alfa de Cronbach tanto de la escala a nivel global como en la subescalas, concretamente el alfa de Cronbach de la escala total fue de 0,79, en la subescala de rumiación 0,82, en la de magnificación 0,74 y en la de indefensión 0,80. La fiabilidad test-retest fue a nivel total de 0,84, en la subescala de rumiación de 0,86, en la de magnificación de 0,82 y en la de indefensión de 0,83. (García et. al, 2008). En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,963.

Además, se realizó pases de pruebas para evaluar las siguientes variables psicológicas con los siguientes instrumentos:

*La Escala de satisfacción con la vida (SWLS)* fue desarrollada por Diener et. al (1985). Esta prueba autoadministrada que contiene 5 ítems que evalúan el juicio global que hacen las personas sobre la satisfacción con su vida (Atienza et. al, 2000). En el estudio original de Diener et. al (1985) se realizó una validación del cuestionario en el cual se obtuvo una puntuación de 0,87 en el alfa de Cronbach y de 0,82 en el coeficiente de correlación test-retest. En el estudio de Vázquez et. al (2012), en el que validaba la escala SWLS con una muestra representativa de adultos en España se encontraron los siguientes datos: el valor obtenido en el alfa de Cronbach fue de 0,88 y las correlaciones ítem-test fueron superiores a 0,61. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,889.

*La Escala de Afectividad PANAS o Afectos Positivos y Afectos Negativos* fue creada por Watson et. al (1988). Este cuestionario de autoinforme mide la afectividad positiva y negativa por medio de 20 ítems, divididos en dos subescalas, una de afecto positivo y una de negativo. Los ítems tienen cinco alternativas de respuesta que va de 1 (muy poco o nada) a 5 (extremadamente) por medio de las cuales se calcula la puntuación total de cada subescala por separada sumando los ítems pertenecientes. Además, se pregunta sobre estos ítems en base a dos momentos temporales, en la última semana y de forma general para la persona. A la hora de interpretar los resultados se usan medias de puntuaciones comparables al grupo representativo. El PANAS presenta buenas propiedades

psicométricas, tanto en la validación original (0'88 para AP y 0'87 para AN) (Watson et al., 1988) como en la validación española (Sandín, et al., 1999) donde obtuvieron un alfa de 0'89 (AP) y 0'91 (AN) para el grupo de varones; y 0'87 (AP) y 0'89 (AN) para el grupo de mujeres. Los altos coeficientes alfa de *Cronbach* obtenidos en ambas escalas (AP y AN), permiten concluir que la escala presenta una alta homogeneidad entre sus ítems y es un instrumento fiable. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,892 (AP) y 0,940 (AN).

La escala de *Percepción de estrés psicológico (EEP-10)* fue creada por Cohen et. al (1983). Esta escala es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés psicológico percibido durante el último mes tanto en situaciones cotidianas como estresantes. Originalmente constaba de 14 ítems, pero la versión utilizada es la corta y consta de 10 ítems con cinco alternativas de respuesta, yendo de 0 (nunca) a 4 (muy a menudo), de los cuales cuatro están formulados de forma inversa, los ítems 4, 5, 7 y 8. La puntuación total de la escala se obtiene mediante la suma del valor asignado a cada alternativa de respuesta, en base a esa puntuación se clasifica en una de las cuatro categorías que hay, sin estrés (0 a 9 puntos), estrés bajo (10 a 20 puntos), estrés medio (21 a 31 puntos) y estrés alto (32 a 40 puntos). En el estudio original se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de la escala con 14 ítems en tres grupos de población, dos muestras universitarias y una de un grupo de tabaquismo, y se obtuvieron las siguientes puntuaciones: 0,84, 0,85 y 0,86; además, se realizó una correlación test-retest en las dos primeras muestras fue de 0,85, mientras que la de la tercera muestra fue de 0,55. En el estudio de la validación española (Remor, 2006) se realizó un análisis de validez y se obtuvieron los siguientes datos, en la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach la versión de 14 ítems obtuvo 0,81 y la versión corta de 10 obtuvo 0,82, en la prueba test-retest las correlaciones fueron de 0,73 para la de 14 ítems y de 0,77 para la de 10, ambas con  $p=0.000$ . En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,776.

La *Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS)* fue diseñada por Sinclair y Wallston (2004). Dicha prueba autoadministrada sirve para evaluar resiliencia global del individuo, valorando el optimismo, la perseverancia, la creatividad y el crecimiento positivo frente a la adversidad. Consta de un solo factor con 4 ítems con una escala de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) en el que se valora el grado en el que la persona se ve reflejada en la afirmación del ítem. La puntuación total se calcula

sumando las respuestas, obteniendo una puntuación entre 4 y 20 puntos, para valorar esta puntuación se utiliza como punto de corte 13 puntos, según los cuales si tiene esa puntuación o menor se considera baja resiliencia; y los 17 puntos, según los cuales si posee o sobrepasa esa puntuación tiene alta resiliencia, es decir, son altamente adaptables. En el estudio original se observó que la consistencia interna medida con el alfa de Cronbach era de 0,69 y la fiabilidad test-retest de 0,71 ( $p < 0,001$ ). En la validación en España llevada a cabo por Moret-Tatay et al., 2015 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,86. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,807.

La *Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)* fue diseñada por Zigmond y Snaith (1983). Dicha escala de autoevaluación evalúa el estado de ánimo en departamentos hospitalarios no psiquiátricos, concretamente cuenta con dos subescalas, ansiedad y depresión, cada una de ellas cuenta con siete ítems con cuatro opciones de respuesta cada una, es decir, catorce ítems en total. En la subescala de ansiedad, que cuenta con los siete ítems impares, la puntuación se calcula desde 0 (nunca) a 3 (todos los días), menos el ítem 7 que es invertido; mientras que la subescala de depresión cuenta con los ítems pares y se puntúa de 0 (todos los días) a 3 (nunca), siendo inversos los ítems 8 y 10. En la interpretación de las subescalas se encontró que, si se obtiene una puntuación de 7 o menor, se clasificaría como ausencia de clínica, si la puntuación se encontraba entre 8 y 10 sería caso probable y si era mayor de 10 sería caso clínicamente significativo, clasificándose cada escala por separado. En el estudio original, para calcular la consistencia interna de las subescalas se realizó la correlación de Spearman entre cada ítem y la puntuación total de los otros ítems de esa subescala. Por lo que respecta a los ítems de ansiedad las correlaciones obtenidas oscilaron entre 0,74 y 0,41, con una significación de  $p < 0,01$ ; y las de los ítems de depresión oscilaron entre 0,60 y 0,30, con una significación de  $p < 0,02$ . Además, para analizar si la escala servía como indicar de gravedad se implementó la correlación de Spearman se calculó por separado para cada subescala, obteniendo una puntuación de 0,70 en la de depresión y de 0,74 en la de ansiedad, ambas significativas ( $p < 0,001$ ). En el artículo de Terol-Cantero et. al (2010) revisando el uso de la escala HAD en muestras españolas concluyeron buenos resultados a nivel de consistencia interna, puntuaciones entre 0,80 y 0,86 en la subescala de ansiedad y entre 0,80 y 0,87 en la de depresión, a excepción de un estudio revisado con pacientes sanos que la puntuación fue de 0,71. Destacan que en algunos estudios aislados las

puntuaciones son algo mayores, llegando incluso al 0,90. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad en ambas subescalas y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,819 para depresión y de 0,688 para ansiedad.

La *Escala de severidad suicida de Columbia (C-SSRS)* fue desarrollada por Posner et al. (2011). En este estudio hemos hecho una adaptación de los ítems de esta escala y añadido algunos nuevos a modo de registro ad hoc para completar de una forma más exhaustiva la evaluación de este área. Esta prueba se utiliza para evaluar la aparición, gravedad y frecuencia de los pensamientos y conductas suicidas, para ello, mide cuatro constructos. El primer constructo es la gravedad de la ideación, el cual evalúa cinco tipos de ideaciones de gravedad de modo ascendente por medio de una escala ordinal de 1 (deseos de morir) a 5 (ideación suicida con plan específico e intención); el segundo constructo hace referencia a la intensidad de esa ideación, evaluada por medio de cinco elementos, dos para medir la frecuencia y la duración de esta, evaluados también con una escala ordinal de 1 a 5, y tres para evaluar controlabilidad, disuasión y motivo de dicha ideación suicida, mediante una escala ordinal de 0 a 5. El tercer constructo se refiere a la conducta suicida como tal, la cual evalúa las tentativas reales, los actos previos y la conducta autolesiva no suicida por medio de una escala nominal. Por último, el cuarto constructo se refiere a la letalidad de esta conducta, midiendo el daño médico real de la idea de suicidio por medio de una escala ordinal que va de 0 (no hay daño físico) a 5 (muerte). Por ello, la escala original cuenta con 7 preguntas para realizar esa evaluación, nosotros lo hemos ampliado a 11 para que las tres últimas preguntas relacionadas con el pensamiento de realización del acto suicida, el grado de intención y la elaboración del plan, se pregunten respecto de dos momentos temporales, a lo largo de la vida y en la última semana previa a la evaluación, en vez de solo preguntarlo de manera general, para evaluar más detalladamente la probabilidad de suicidio actual. En el trabajo original (Posner et al., 2011) se realizaron tres estudios para evaluar la escala, esta fue medida en dos ocasiones: desde la última visita y la semana anterior; la consistencia interna, medida con el alfa de Cronbach fue en el primer estudio de 0,937 desde la última visita y de 0,946 en la última semana. En los estudios dos y tres, la consistencia interna fue de 0,73 en ambas evaluaciones. En la validación en España realizada por Al-Halabí et al (2016) realizaron un análisis de sus propiedades psicométricas, analizando la consistencia interna, por medio del alfa de Cronbach, con una puntuación de 0,53; la validez de constructo, con la correlación de Pearson obtuvieron 0,44 ( $p < 0,000$ ) en las puntuaciones de las subescalas

de gravedad e intensidad de la ideación en la muestra total. En nuestra muestra efectuamos las pruebas de fiabilidad y obtuvimos una Alfa de Cronbach de 0,926.

A modo de resumen, los cuestionarios que se aplican a los pacientes en todas las evaluaciones son: el Cuestionario de calidad de vida específico para la migraña (MSQ), la Escala de impacto del dolor de cabeza (HIT-6), la Escala de catastrofización ante el dolor (PCS), el Cuestionario de calidad de vida específico para la migraña (MSQ), la Escala de satisfacción con la vida (SWLS), la Escala de Afectividad PANAS o Afectos Positivos y Afectos Negativos, la Escala de percepción de estrés psicológico (EEP-10), la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS), la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y la Escala de severidad suicida de Columbia (C-SSRS).

Además de esas pruebas, en T3 y T4 al grupo experimental se añadió la Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).

La escala de *Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)* fue usada por primera vez en el estudio de Consumer Reports (1995). La CRES-4 es una escala de 4 ítems diseñada para evaluar el grado de satisfacción del paciente con la terapia recibida. Ese grado se puede dividir en tres componentes, la satisfacción que la compone la primera pregunta, la solución del problema basada en la respuesta de la segunda pregunta, y la percepción del cambio emocional, siendo la tercera y la cuarta pregunta. Para el grado total del paciente se suman los tres componentes obteniendo una puntuación de 0 a 300, presentándose una escala referida a mayor puntuación total, mayor es la eficacia del tratamiento según el paciente (Feixas et al., 2012). La adaptación al español la ofreció Nielsen et al., 2004. Analizando la fiabilidad en nuestra muestra, el alfa de Cronbach obtenido fue de 0,797.

### **Procedimiento y diseño de la investigación**

Los participantes fueron contactados inicialmente por los neurólogos responsables del servicio de Neurología del hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Tras el contacto inicial y una vez explicado el estudio, tras haber mostrado su interés en participar, la investigadora (psicóloga que llevo a cabo la evaluación y tratamiento psicológico de los pacientes) procedía a la asignación al azar de los sujetos al grupo control o experimental, y concertaba una cita presencial con ellos para realizar el primer pase de evaluación que era presencial e individual. Previo al inicio de esta sesión les explicaba y daba la hoja de

información al paciente junto con proceder a la firma del consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad. A los participantes del estudio se le realizaran cuatro pases de evaluación T1, T2, T3 y T4, realizándose T1 de forma individual y el resto de forma grupal.

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se informó a todos ellos del anonimato y la confidencialidad del uso de sus datos, confirmando que su participación en el estudio era voluntaria. Este estudio siguió las directrices del código ético de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). La investigación se realizó atendiendo a los criterios éticos internacionales recogidos en la Declaración de Helsinki y los datos personales se tratarán de acuerdo con el Reglamento General de protección de datos (UE) 2016/679.

En T1 se realizó una recopilación de datos sociodemográficos y el pase de pruebas psicológicas y los registros de datos clínicos y farmacológicos. En T2, T3 y T4 no se recabaron datos sociodemográficos, solo se realizó el pase de pruebas psicológicas, clínicas y farmacológicas y se respondió las posibles cuestiones de los pacientes. En T3 y T4, en el grupo experimental se añadió un cuestionario para evaluar la satisfacción con el tratamiento en los pacientes que lo recibieron, es decir, los del grupo 1.

Se diseñó y aplicó un protocolo de intervención psicológica que incluye 4 sesiones de evaluación y un programa de 10 sesiones de intervención psicológica que proporciona estrategias y herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y un descenso de la interferencia que tienen las migrañas en su vida. Todas las sesiones se realizaron presencialmente en las instalaciones del centro hospitalario de referencia de los pacientes.

Este protocolo consiste en 1 sesión individual (T1) y 13 grupales, de las cuales diez serán de intervención psicológica grupal para los pacientes del grupo experimental. Las 4 sesiones de evaluación tendrán lugar en T1, T2, T3 y en T4 (siendo en el grupo 1, grupo experimental, la EVALUACION PRE1, EVALUACION PRE2 EVALUACIÓN POST1 y EVALUACIÓN POST2-SEGUIMIENTO; y, en el grupo 2, grupo control de lista de espera, la EVALUACION PRE1, EVALUACION PRE2, EVALUACION PRE3 y la EVALUACION PRE4).

En primer lugar, se asignaron al azar los sujetos a los dos grupos de estudio: experimental y control de lista de espera. En la **EVALUACIÓN PRE1**, tanto al grupo experimental



como en el grupo control de lista de espera, se les explicó, en una sesión individual, el estudio a los participantes, firmándose el consentimiento informado y el compromiso de confidencialidad. Asimismo, se les facilitó a los participantes los cuestionarios que cumplimentarán en ese momento temporal. La duración media de esta sesión fue de unos 35-50 minutos. Transcurridas 10 semanas de esta evaluación se procedió a realizar una nueva evaluación grupal (tanto en el grupo experimental como en el grupo control de lista de espera), **EVALUACIÓN PRE2**, donde se volvieron a cumplimentar los cuestionarios, el tiempo medio de esta sesión fue de 25-35 minutos.

Tras esto, solo en el grupo experimental, se iniciaron 10 sesiones grupales de tratamiento psicológico, con una frecuencia semanal y una duración media de cada sesión entre 90-120 minutos. Finalizadas dichas 10 semanas, se procedió a realizar una nueva evaluación grupal y pase de cuestionarios (tanto en el grupo experimental como en el grupo control de lista de espera), **EVALUACION PRE3 y POST1**, el tiempo medio de esta sesión fue de 25-35 minutos. Tras 4 semanas, se llevó a cabo la última evaluación grupal (tanto en el grupo experimental como en el grupo control de lista de espera), **EVALUACION PRE4 y POST2-SEGUIMIENTO**, para conocer el efecto del paso del tiempo y/o la aplicación del tratamiento psicológico en los participantes, el tiempo medio de esta sesión fue de 25-35 minutos.

Durante el transcurso de la terapia grupal hubo 4 pacientes que dejaron de participar en el programa, 1 de ellos por reincorporación al mercado laboral tras la denegación de la incapacidad, otro por hospitalización prolongada de más de un mes de duración, otro por una situación familiar complicada que le impedía continuar acudiendo a las sesiones y el cuarto por faltar a tres sesiones de terapia y negarse a rellenar los cuestionarios de T3. Por ello, en el grupo experimental en T3 y T4 el número de pacientes descendió de 15 a 11.

Así el diseño del estudio es longitudinal y experimental.

Protocolo de evaluación e intervención diseñado

| <b>GRUPO 1</b>  | <b>GRUPO 2</b>  |
|---|---|
| <p><b>T1: Sin intervención: Grupo Experimental. Evaluación</b></p> <p><b>EVALUACION PRE1</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados</p>  | <p><b>T1: Sin intervención: Grupo Control lista de espera. Evaluación</b></p> <p><b>EVALUACION PRE1</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados</p>   |
| <p><b>T2: 10 semanas después de T1</b></p> <p><b>Experimental: Grupo Experimental Evaluación e Intervención psicológica cognitivo conductual específica para migrañas crónicas</b></p> <p><b>EVALUACION PRE2</b></p> <p><b>TRATAMIENTO</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento integrarán el grupo experimental siendo evaluados de nuevo y tras ello recibirán el tratamiento psicológico.</p> | <p><b>T2: 10 semanas después de T1</b></p> <p><b>Sin intervención: Grupo control de lista de espera. Evaluación</b></p> <p><b>EVALUACION PRE2</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados de nuevo (grupo de control de lista de espera).</p> |
| <p><b>T3: 10 semanas después de T2</b></p> <p><b>Tras intervención: Grupo Experimental. Evaluación</b></p> <p><b>EVALUACIÓN POST1</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados de nuevo tras recibir el tratamiento psicológico</p>  | <p><b>T3: 10 semanas después de T2</b></p> <p><b>Sin intervención: Grupo control de lista de espera. Evaluación</b></p> <p><b>EVALUACION PRE3</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados de nuevo (grupo de control de lista de espera).</p> |
| <p><b>T4: 14 semanas después de T2, y tras 4 semanas de T3, tras acabar el tratamiento psicológico</b></p> <p><b>Tras intervención: Grupo Experimental. Evaluación seguimiento</b></p>  | <p><b>T4: 14 semanas después de T2, y tras 4 semanas de T3,</b></p> <p><b>Sin intervención: Grupo control de lista de espera. Evaluación</b></p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>EVALUACIÓN POST2-SEGUIMIENTO</b></p> <p>pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados de nuevo tras recibir el tratamiento psicológico</p> | <p><b>EVALUACION PRE4</b></p> <p>12 de pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento serán evaluados de nuevo (grupo de control de lista de espera).</p> |
|   | <p><b>Inicio del tratamiento psicológico en los sujetos del grupo control lista de espera</b></p>   |

EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE T1-T2 y T2-T3 ES EQUIVALENTE (10 semanas).

Se emplea un diseño con una metodología de investigación experimental. Se espera que la aplicación del protocolo de intervención psicológica genere un incremento estadísticamente significativo ( $p \leq 0,05$ ) en variables como la calidad de vida, la satisfacción con la vida y la autoestima y se espera encontrar una reducción estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) en la clínica psicopatológica. Por un lado, se realizará un seguimiento intrasujetos para analizar el cambio en cada paciente a lo largo de las diferentes condiciones de estudio (T1 a T4). Se esperan mejores puntuaciones en términos de salud mental en el GE en T3 y T4, y en el GCLE en T4. Además, se desarrollará un estudio comparativo de dos muestras (GCLE y GE) en sus características clínicas y sociodemográficas para analizar el impacto beneficioso y la eficiencia y eficacia de la aplicación del protocolo de intervención psicológica: para ello se realizarán análisis intersujetos en T1, T2, T3 y T4, comparando los datos del GCLE y del GE. En T1 y T2, siendo aplicable aquí solo el efecto del paso del tiempo, se espera que no haya cambio en los dos grupos en los indicadores de salud y bienestar en las variables estudiadas. Entre T3 tras haber recibido tratamiento el GE, se espera encontrar una mejoría en dicho grupo al ser comparado con el GCLE en los indicadores de salud y bienestar en las variables estudiadas. En T4 se espera igualmente mejores puntuaciones en términos de salud en el GE frente al GCLE

## **Análisis estadísticos**

Se realizarán análisis descriptivos, de comparación de medias, de correlación y predictivos de las variables a estudio. Se realizarán análisis intersujetos de comparación de medias no paramétricos de muestras independientes para determinar las diferencias previas a la intervención entre los participantes del GE y GLCE (en T1 y T2), y tras la intervención (en T3 y T4). Además, se realizarán análisis intrasujetos para ver el efecto del tratamiento en GE y del paso del tiempo en el GCLE (entre T1 y T3, entre T1 y T4) pruebas para muestras dependientes.

Los instrumentos de evaluación y las variables de estudio en ellos recogidas serán codificados y capturados en bases de datos. Los resultados obtenidos de esta intervención serán analizados a través del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS 28).

Los procedimientos estadísticos utilizados para responder a las hipótesis planteadas son los siguientes.

- *Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )*: Para el análisis de la fiabilidad de los cuestionarios se utilizó el estadístico de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach.

Para el estudio de los datos se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas y el tamaño muestral estimado:

- *Análisis descriptivo*: En este punto los estadísticos descriptivos se han utilizado con el fin de estudiar la distribución de las principales variables analizadas a nivel descriptivo. Los estadísticos descriptivos utilizados fueron tablas de frecuencias (Fr), porcentajes (%), medias (M), Medianas (Me) y desviaciones típicas (DT).

Para el resto de los análisis de las variables de nuestra muestra objeto de estudio se han aplicado técnicas no paramétricas de contraste de hipótesis, principalmente requeridas debido al pequeño tamaño de cada uno de nuestros grupos de protocolo, dado que nos enfrentábamos a una muestra clínica. A partir de estas técnicas se han realizado los siguientes análisis:

- *Análisis intrasujetos*. Pruebas no paramétricas para contrastar dos o más muestras dependientes o relacionadas:

Se aplican ante diseños de grupos antes-después, para comparar las diferencias en los resultados en una muestra (por un lado, grupo experimental, por otro, grupo control) que

es medida en las mismas variables dependientes antes y después de serle aplicado un tratamiento (variable independiente).

Las pruebas aplicadas aquí serán:

-Prueba de Wilcoxon (para 2 series); Prueba de Friedman (para más de 2 series): Cuando la variable dependiente está al menos en escala de intervalo.

•Análisis intersujetos. Pruebas no paramétricas para contrastar muestras independientes o no relacionadas:

Se emplean ante diseños donde se comparan las diferencias en los resultados entre grupos que son medidos en las mismas variables dependientes en un mismo momento temporal.

Las pruebas aplicadas para este efecto han sido:

-Mann-Whitney: Se utiliza cuando los datos de la variable dependiente vengan dados al menos en escala ordinal.

•Tamaño del efecto: Además de discernir lo estadísticamente significativo (p-valor asociado al estadístico del contraste menor de 0,05), en investigación en ciencias de la salud, se considera de vital importancia el tener en cuenta lo clínicamente relevante, a través del tamaño del efecto.

*d de Cohen*

La medición del tamaño del efecto basada en las diferencias de medias para medir la fuerza relativa de la significación se realizó mediante la *d* de Cohen. Se consideró un tamaño del efecto bajo a valores inferiores a 0,2 y altos a valores iguales o superiores a 0,8 (Cohen, 1998).

## **RESULTADOS**

### **Información general de estado psicológico previo a la intervención: Datos descriptivos**

A continuación, se describen las puntuaciones de los estadísticos descriptivos de las variables psicológicas analizadas mediante las escalas del estudio: *discapacidad producida por las migrañas, impacto negativo del dolor de cabeza, catastrofización,*

*calidad de vida, satisfacción con la vida, afectividad, estrés psicológico, resiliencia, ansiedad, depresión y riesgo de suicidio.*

### *Discapacidad producida por las migrañas*

Los estadísticos descriptivos de esta variable se pueden ver en la *Tabla 1*. Como en la categorización del cuestionario MIDAS todos los pacientes se encontraban en el grado IV: discapacidad grave, pues su puntuación era superior a 21 puntos, mostramos las puntuaciones directas analizadas en función del grado de discapacidad de 0 a 90 y el grado del dolor producido de 0 a 10, siendo ambas en grado creciente.

|                       | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT    | Min | Máx |
|-----------------------|----------|----------|-----|-------|-----|-----|
| Grado de discapacidad | 27       | 77,30    | 90  | 17,60 | 37  | 90  |
| Grado de dolor        | 27       | 8,93     | 9   | 0,96  | 7   | 10  |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 1:** Estadísticos descriptivos de la discapacidad producida por las migrañas previa al tratamiento

### *Impacto negativo del dolor de cabeza*

En el caso del impacto negativo del dolor de cabeza sucede lo mismo que con la variable previa, si lo categorizamos como se realiza en el cuestionario HIT-6 todos los pacientes entran dentro de la categoría: impacto severo, pues sus puntuaciones oscilan entre 60 y 78 puntos, por ello, mostramos en la *Tabla 2* las puntuaciones directas utilizadas para categorizarlos ahí. Las puntuaciones del cuestionario varían entre 36 y 78 puntos, teniendo en cuenta que, a mayor puntuación, mayor impacto negativo del dolor de cabeza.

|                   | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|-------------------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Imp. Neg. Dol. C. | 27       | 72,11    | 73  | 4,90 | 63  | 78  |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo; Imp. Neg. Dol. C. = impacto negativo del dolor de cabeza

**Tabla 2:** Estadísticos descriptivos del impacto negativo del dolor de cabeza previo al tratamiento

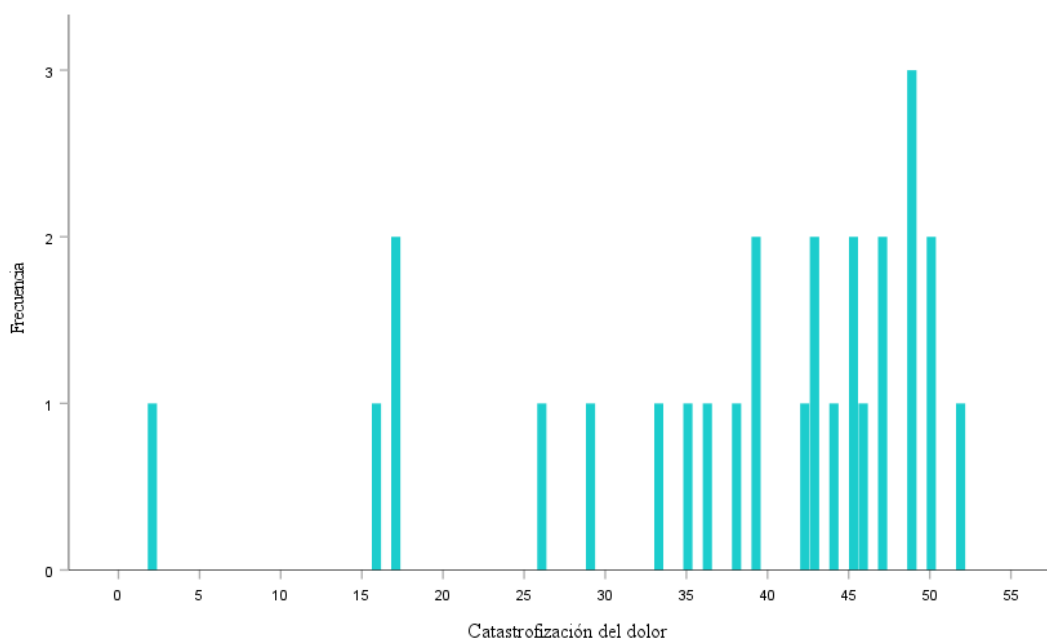
## Catastrofización

La variable de catastrofización del dolor, medida mediante el PCS, varía en una escala creciente de 0 a 52, considerándose niveles clínicamente significativos a partir de los 30 puntos. En la *Tabla 3* observamos las puntuaciones obtenidas y en el *Grafico 1* las distribuciones por frecuencia de pacientes y puntuaciones del cuestionario, para mostrar de manera más visual que la mayoría de los pacientes, concretamente 21 (77,8%), muestran niveles clínicamente significativos de catastrofización.

|                  | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT    | Min | Máx |
|------------------|----------|----------|-----|-------|-----|-----|
| Catastrofización | 27       | 38,07    | 43  | 12,71 | 2   | 52  |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 3:** Estadísticos descriptivos de la catastrofización del dolor previa al tratamiento



**Gráfico 1:** Estadísticos descriptivos de la catastrofización del dolor previa al tratamiento

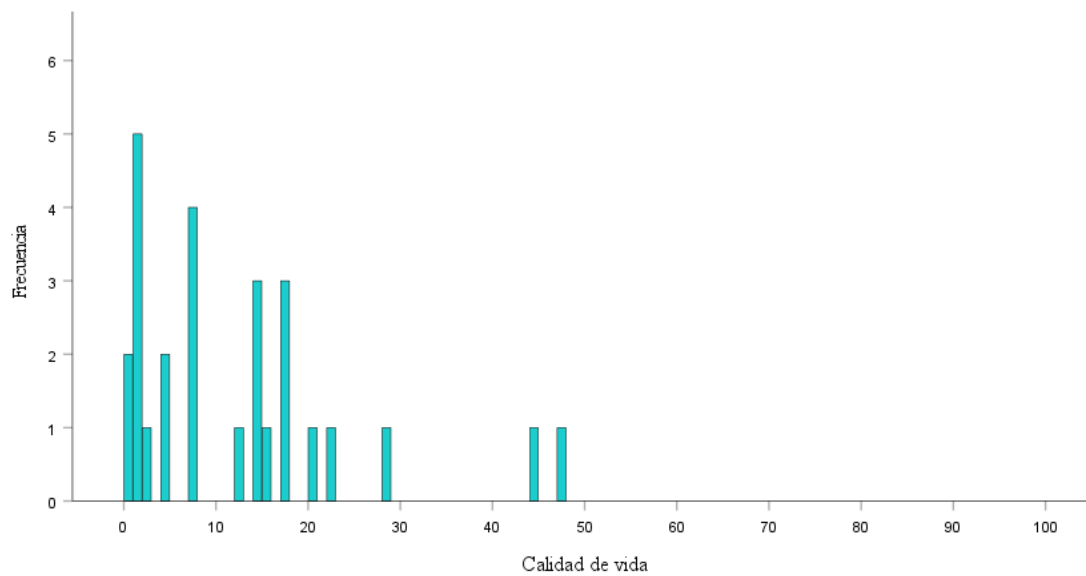
### Calidad de vida

A continuación, vamos a analizar los estadísticos descriptivos de la calidad de vida mediante el MSQ en la *Tabla 4*, sus puntuaciones oscilan de 0 a 100, representando que, a mayor puntuación, mayor calidad de vida posee el paciente. Del mismo modo que en la variable anterior, vamos a representar en el *Grafico 2* la distribución de las puntuaciones de esta variable. La calidad de vida de los pacientes es baja, puesto que solo 4 pacientes (14,8%) tiene una puntuación mayor a 20 puntos.

|           | <i>N</i> | <i>M</i> | Med  | DT    | Min  | Máx   |
|-----------|----------|----------|------|-------|------|-------|
| Cal. Vida | 27       | 12,33    | 7,14 | 12,37 | 0,00 | 47,14 |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo; Cal. Vida: calidad de vida

**Tabla 4:** Estadísticos descriptivos de la calidad de vida previa al tratamiento



**Gráfico 2:** Estadísticos descriptivos de la calidad de vida previa al tratamiento



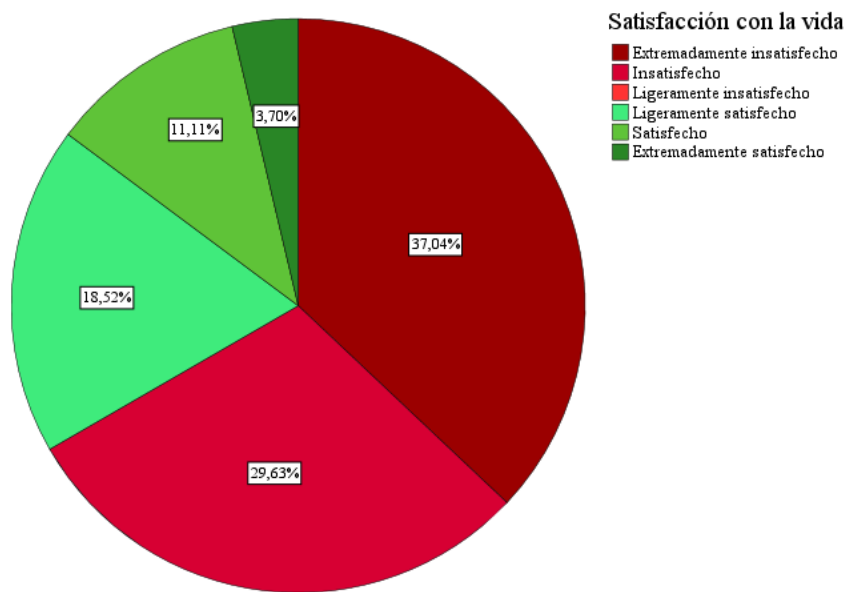
### Satisfacción con la vida

Los estadísticos descriptivos de la satisfacción con la vida se muestran en la *Tabla 5* y mediante porcentajes en el *Gráfico 3* observamos que más del 60% de los pacientes no alcanza ni el grado de ligeramente satisfecho, conceptualizándose de la siguiente manera: 1= extremadamente satisfecho, 2= insatisfecho, 3= ligeramente insatisfecho, 4= ligeramente satisfecho, 5= satisfecho y 6= extremadamente satisfecho.

|                          | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|--------------------------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Satisfacción con la vida | 27       | 2,48     | 2   | 1,60 | 1   | 5   |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 5:** Estadísticos descriptivos de la satisfacción con la vida previa al tratamiento



**Gráfico 3:** Estadísticos descriptivos de satisfacción con la vida previa al tratamiento

### Afectividad

Para medir la afectividad o los afectos positivos y negativos del paciente utilizamos el PANAS, por lo que los datos obtenidos muestran el afecto positivo del paciente en la última semana y de manera general, además, del afecto negativo en la última semana y de manera general, por ello, esto son los datos que se muestran en la *Tabla 6*. Basándonos

en la adaptación de López-Gómez et. Al (2015) para analizar las puntuaciones en la población española, podemos ver que los pacientes poseen una media de afecto positivo inferior a la general, pues esta es de 32,74 con una desviación típica de 8,31. A su vez, poseen una media de afecto negativo más elevada que la media general de la población, pues esta es de 20,08 con 7,62 de desviación típica.

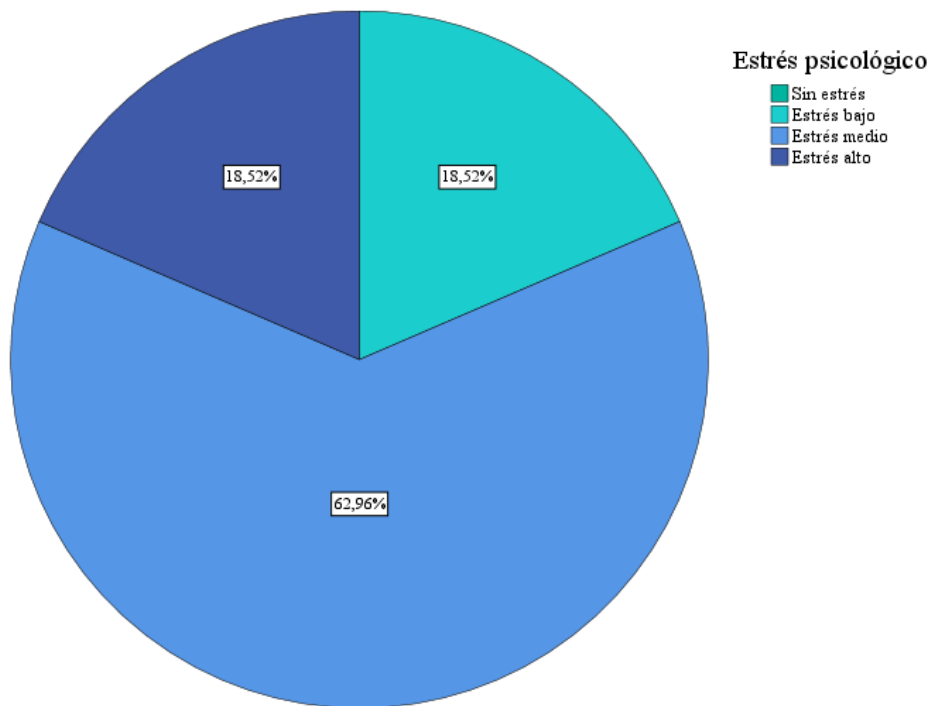
|                     | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT    | Min | Máx |
|---------------------|----------|----------|-----|-------|-----|-----|
| A. P. Última semana | 27       | 20,96    | 20  | 6,23  | 11  | 35  |
| A. N. Última semana | 27       | 29,89    | 31  | 10,06 | 11  | 50  |
| A. P. General       | 27       | 27,26    | 24  | 8,45  | 10  | 42  |
| A. N. General       | 27       | 29,07    | 31  | 10,52 | 10  | 48  |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; *Med* = mediana; *DT* = desviación típica; *Min* = mínimo; *Máx* = máximo; *A. P* = afecto positivo; *A. N* = afecto negativo

**Tabla 6:** Estadísticos descriptivos de la discapacidad producida por las migrañas previa al tratamiento

### *Estrés psicológico*

Para observar las puntuaciones de estrés psicológico de los pacientes lo hemos realizado de dos maneras, la primera en el *Gráfico 4* separando a los pacientes en base a las categorías del EEP-10 y la segunda en la *Tabla 7* con las puntuaciones directa de los pacientes, teniendo en cuenta que oscilan entre 0-9 (sin estrés), 10-20 (estrés bajo), 21-31 (estrés medio) y 32-40 (estrés alto). Como se muestra los pacientes han puntuado elevado en niveles de estrés, teniendo niveles medios o altos un 81,48% de ellos.



**Gráfico 4:** Estadísticos descriptivos del estrés psicológico previo al tratamiento

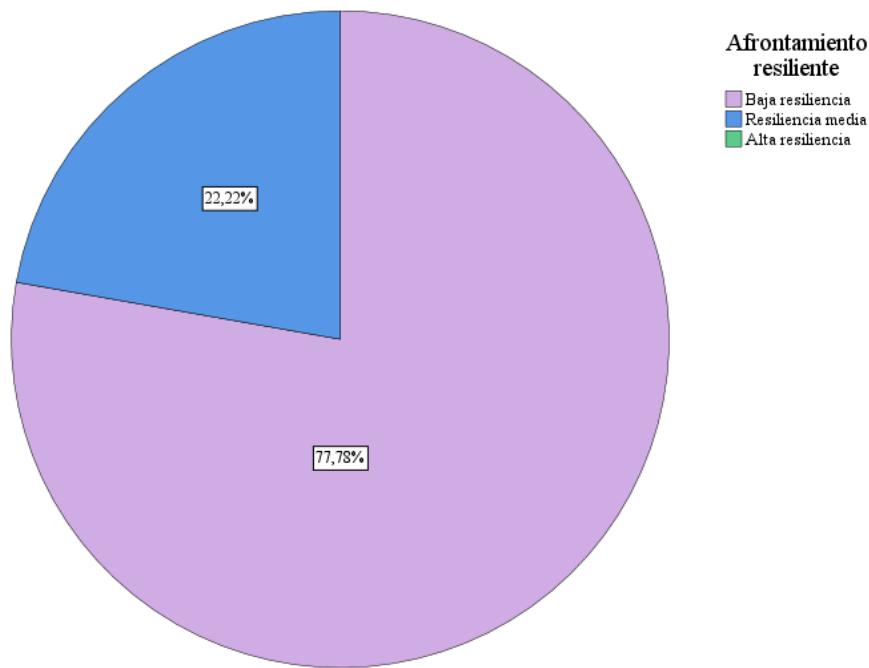
|                    | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|--------------------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Estrés psicológico | 27       | 26,15    | 25  | 6,19 | 17  | 40  |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 7:** Estadísticos descriptivos del estrés psicológico previo al tratamiento

### Resiliencia

Los estadísticos descriptivos del afrontamiento resiliente los vamos a observar con el mismo método que la variable anterior, veremos las categorías del EBAR en el *Gráfico 5* con sus porcentajes y las puntuaciones directas utilizadas para categorizar a los pacientes en la *Tabla 8*, teniendo en cuenta que, para las categorías, los límites del cuestionario se establecen en menos o igual a 13 se considera resiliencia baja y mayor o igual a 17 resiliencia alta. Pudiendo decir que el 77,78% de los pacientes poseen un nivel de resiliencia bajo y ninguno de ellos posee un nivel alto.



**Gráfico 5:** Estadísticos descriptivos del afrontamiento resiliente previo al tratamiento

|                          | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|--------------------------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Afrontamiento resiliente | 27       | 10       | 9   | 3,61 | 4   | 16  |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 8:** Estadísticos descriptivos del afrontamiento resiliente previo al tratamiento

### *Ansiedad y depresión*

Los estadísticos descriptivos de las variables Ansiedad y Depresión se observan en la *Tabla 9*. El cuestionario utilizado, el HAD, mide ambas, pero permite separar las dos subescalas, siendo los puntos de corte, los mismo en ambas. Los puntos de corte establecidos tanto en ansiedad como en depresión, consideran: 0-7 puntos ausencia de clínica, 8-10 caso probable, >10 problema clínico; con puntuaciones que oscilan de 0 a 21 puntos en cada subescala. Pudiendo decir que en ansiedad, la puntuación media indica caso probable de clínica significativa de ansiedad y, depresión, los datos señalan una puntuación media que señala un problema clínico en depresión.

|           | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|-----------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Ansiedad  | 27       | 11       | 10  | 3,68 | 4   | 20  |
| Depresión | 27       | 13,52    | 14  | 3,84 | 3   | 21  |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo

**Tabla 9:** Estadísticos descriptivos de las variables ansiedad y depresión previas al tratamiento

### Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio lo hemos analizado mediante la Escala de Severidad Suicida que nos da una puntuación de 0 a 11 para evaluar el grado y la intencionalidad de estos pensamientos, dado que las primera 5 preguntas evalúan el riesgo en el último mes y las 6 siguientes a lo largo de la vida, solo recogimos esas últimas 6 preguntas las primera vez que pasamos al escala. Por ello, en la *Tabla 10* podemos observar en un primer momento la cantidad de respuestas afirmativas sobre estos pensamientos en la escala total, es decir, de 0 a 11 respuestas, y en la segunda fila, en una escala de 0 a 5, las respuestas afirmativas de las 5 primeras preguntas. A mayor puntuación, más preguntas afirmativas relataron los pacientes. Todas las preguntas denotaban cierto grado de intencionalidad suicida en el presente o en el pasado, por lo que podríamos considerar que no hay riesgo si el número es 0, por ello, podemos decir que a nivel general existe cierto grado de riesgo de suicidio.

|                       | <i>N</i> | <i>M</i> | Med | DT   | Min | Máx |
|-----------------------|----------|----------|-----|------|-----|-----|
| Escala de sev. Suic.  | 27       | 3,63     | 3   | 3,53 | 0   | 10  |
| Sev. Suic. último mes | 27       | 0,96     | 0   | 1,56 | 0   | 5   |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo; Sev. Suic = severidad suicida

**Tabla 10:** Estadísticos descriptivos de las variables ansiedad y depresión previas al tratamiento

### **Análisis intersujetos: comparación de medias pretratamiento del grupo control y de tratamiento**

Realizamos el análisis de comparación de las medias de las puntuaciones obtenidas por los pacientes del grupo control y del experimental previas a la intervención, para comprobar que no existían diferencias significativas entre las muestras de ambos grupos

partiendo así de muestras comparables. Tras realizar la U de Mann-Whitney confirmamos que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambos grupos, por ello, podemos decir que se acepta la hipótesis nula de homogeneidad de muestra.

### **Análisis intrasujetos: Comparación de medias en los diferentes momentos de evaluación en grupo control y en grupo experimental**

Para realizar los análisis expuestos posteriormente realizaremos la prueba no paramétrica Wilcoxon, para así medir las medias por separado de cada grupo en los diferentes momentos temporales.

#### *Grupo control*

En la *Tabla 11* podemos observar que la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo control en T1 y T2, siendo ambas medidas pre-tratamiento. Pese a ver un deterioro de los pacientes en la mayoría de las variables, las variaciones existentes entre las dos evaluaciones pre-tratamiento no muestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable analizada.

| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p     |
|--------------------------------------|----------|--------|-------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -0,542 | ,588  |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -0,703 | ,482  |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | 0,000  | 1,000 |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -0,918 | ,359  |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -1,357 | ,175  |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -0,629 | ,0529 |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -0,446 | ,656  |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,256 | ,798  |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,590 | ,555  |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -1,000 | ,317  |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -0,777 | ,437  |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | -0,268 | ,789  |
| Depresión                            | Wilcoxon | -1,039 | ,299  |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

*Tabla 11: Diferencias intrasujetos T1-T2 en el grupo control*

En la *Tabla 12* podemos analizar la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo control en T2 y T3, siendo la primera pre-tratamiento y la segunda post-tratamiento. Observando la tabla podemos ver que pese a haber variaciones estas son pequeñas y no se consideran clínicamente significativas.

| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p     |
|--------------------------------------|----------|--------|-------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -1,214 | ,225  |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -0,060 | ,952  |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | -0,401 | ,688  |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -0,204 | ,838  |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -0,368 | ,713  |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -1,419 | ,156  |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -0,275 | ,783  |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,802 | ,423  |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,934 | ,350  |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -1,342 | ,180  |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -1,612 | ,107  |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | 0,000  | 1,000 |
| Depresión                            | Wilcoxon | -1,140 | ,254  |
| Riesgo de suicidio                   | Wilcoxon | -1,342 | ,180  |

Nota. \*\*\*P<0.01 \*\*P<0.05 \*P<0.1

**Tabla 12:** Diferencias intrasujetos T2-T3 en el grupo control

En la *Tabla 13* podemos visualizar la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo control en T2 y T4, siendo la primera pre-tratamiento y la segunda la post-tratamiento, pero de seguimiento tras un periodo de tiempo después de finalizar la intervención. Nos muestra como no ha habido cambios estadísticamente significativos en el grupo control, las medias de las variables analizadas se mantienen relativamente estables en el tiempo.



| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p    |
|--------------------------------------|----------|--------|------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -1,021 | ,307 |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -0,460 | ,645 |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | -0,276 | ,783 |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -1,020 | ,308 |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -0,189 | ,850 |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -0,312 | ,755 |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -1,64  | ,100 |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,938 | ,348 |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,971 | ,332 |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -0,816 | ,414 |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -1,420 | ,156 |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | -0,091 | ,928 |
| Depresión                            | Wilcoxon | -0,154 | ,877 |
| Riesgo de suicidio                   | Wilcoxon | -1,000 | ,317 |

Nota. \*\*\*P<0.01 \*\*P<0.05 \*P<0.1

**Tabla 13:** Diferencias intrasujetos T2-T4 en el grupo control

### *Grupo experimental*

En la *Tabla 14* podemos observar que la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en T1 y T2, siendo ambas medidas pre-tratamiento, la mayoría de las variables no obtuvieron cambios significativos, a excepción de las variables: calidad de vida, afectos positivos generales y ansiedad. Analizando cada una podemos ver que en la variable calidad de vida la media disminuye de 27,91 (T1) a 14,94 (T2), en las medias de los afectos positivos generales encontramos una disminución de 36 (T1) a 23,73 (T2) y, por último, las medias de ansiedad se observa un descenso de las puntuaciones de 12,45 (T1) a 10,64 (T2), único dato que se modifica de modo favorable para los pacientes, pero continúa mostrando la posibilidad de presentar dicho trastorno.

| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p      |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -0,534 | ,594   |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -1,386 | ,166   |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | -1,337 | ,181   |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -2,805 | ,005** |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -1,134 | ,257   |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -1,582 | ,114   |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -2,627 | ,009** |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,534 | ,594   |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,970 | ,332   |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -1,134 | ,257   |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -1,248 | ,212   |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | -2,140 | ,032** |
| Depresión                            | Wilcoxon | -1,566 | ,117   |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

**Tabla 14:** Diferencias intrasujetos T1-T2 en el grupo experimental

En la *Tabla 15* podemos analizar la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en T2 y T3, siendo la primera pre-tratamiento y la segunda post-tratamiento. Aunque podemos observar mejoría en casi todas las variables, los estadísticamente significativo en las medias las variables son en el grado de discapacidad, el impacto negativo del dolor de cabeza, la catastrofización y la calidad de vida. En las medias del grado de discapacidad se observa una disminución de 80,45 (T2) a 69,82 (T3), en las del impacto negativo del dolor de cabeza pasa de 71,64 (T2) a 67,09 (T3), en las de catastrofización un descenso de 38,91 (T2) a 29,27 (T3), y, en las de calidad de vida un aumento de 14,94 (T2) a 29,58 (T3), es decir, estas variables cambian hacia una situación más saludable para el paciente.

| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p      |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -2,023 | ,043** |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -2,552 | ,011** |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | -2,299 | ,021** |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -2,669 | ,008** |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -1,294 | ,196   |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -0,765 | ,444   |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -1,340 | ,180   |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,664 | ,507   |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,358 | ,721   |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -0,577 | ,564   |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -1,486 | ,137   |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | -0,666 | ,505   |
| Depresión                            | Wilcoxon | -0,655 | ,512   |
| Riesgo de suicidio                   | Wilcoxon | -0,736 | ,461   |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

*Tabla 15: Diferencias intrasujetos T2-T3 en el grupo experimental*

En la *Tabla 16* podemos visualizar la variación de medias entre las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en T2 y T4, siendo la primera pre-tratamiento y la segunda la post-tratamiento, pero de seguimiento tras un periodo de tiempo después de finalizar la intervención. Si bien es cierto que todas las variables mejoran, solo consideramos que los cambios han sido estadísticamente significativos en las variables: grado de discapacidad, catastrofización, calidad de vida, satisfacción con la vida y resiliencia. Las medias de la variable del grado de discapacidad descendiendo de 80,45 (T2) a 67,09 (T4), las de catastrofización pasan de 38,91 (T2) a 31,45 (T4), las de calidad de vida aumentan de 14,94 (T2) a 29,58 (T4), las de satisfacción con la vida sube de 2,27 (T2) a 3,36 (T4) y las de resiliencia ascienden de 10,64 (T2) a 13,18 (T4), observando con esto una mejoría en los pacientes.

| Variable dependiente                 | Prueba   | Z      | p      |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|
| Grado de discapacidad                | Wilcoxon | -2,207 | ,027** |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Wilcoxon | -0,949 | ,343   |
| Catastrofización                     | Wilcoxon | -2,493 | ,013** |
| Calidad de vida                      | Wilcoxon | -2,501 | ,012** |
| Satisfacción con la vida             | Wilcoxon | -2,154 | ,031** |
| Afecto positivo última semana        | Wilcoxon | -0,178 | ,859   |
| Afecto positivo general              | Wilcoxon | -1,790 | ,074   |
| Afecto negativo última semana        | Wilcoxon | -0,579 | ,562   |
| Afecto negativo general              | Wilcoxon | -0,445 | ,656   |
| Estrés psicológico                   | Wilcoxon | -1,342 | ,180   |
| Resiliencia                          | Wilcoxon | -1,970 | ,049** |
| Ansiedad                             | Wilcoxon | -0,085 | ,933   |
| Depresión                            | Wilcoxon | -0,804 | ,421   |
| Riesgo de suicidio                   | Wilcoxon | -0,184 | ,854   |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

*Tabla 16: Diferencias intrasujetos T2-T4 en el grupo experimental*

### **Análisis intersujetos: comparación de medias post-tratamiento del grupo control y de tratamiento**

En primer lugar, en la *Tabla 17* se muestra la comparación de medias del grupo control y del grupo experimental en T3, la primera evaluación post-tratamiento. En ella podemos observar que las medias de los grupos tienen ciertas variaciones que favorecen al grupo experimental, pero solamente encontramos cambios estadísticamente significativos en las variables de impacto negativo del dolor de cabeza, calidad de vida y afecto negativo general. La media de variable de impacto negativo del dolor de cabeza del grupo experimental es de 67,09, mientras que la del grupo control es de 72,58, siendo esta más perjudicial para los pacientes y con la media de la calidad de vida observamos algo similar, las mejores condiciones las tienen los pacientes del grupo experimental, con una media de 29,58, mientras que el grupo control posee 10,95. Sin embargo, encontramos

una media más elevada en el afecto negativo general en los pacientes del grupo experimental, con 31,55, mientras que las del grupo control es de 23,42.

| Variable dependiente                 | Prueba       | Z      | p      |
|--------------------------------------|--------------|--------|--------|
| Grado de discapacidad                | Mann-Whitney | -0,063 | ,976   |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Mann-Whitney | -2,289 | ,022** |
| Catastrofización                     | Mann-Whitney | -1,26  | ,211   |
| Calidad de vida                      | Mann-Whitney | -2,652 | ,007** |
| Satisfacción con la vida             | Mann-Whitney | -0,063 | ,976   |
| Afecto positivo última semana        | Mann-Whitney | -1,571 | ,118   |
| Afecto positivo general              | Mann-Whitney | -0,401 | ,695   |
| Afecto negativo última semana        | Mann-Whitney | -0,062 | ,976   |
| Afecto negativo general              | Mann-Whitney | -2,069 | ,037** |
| Estrés psicológico                   | Mann-Whitney | -1,033 | ,379   |
| Resiliencia                          | Mann-Whitney | -1,299 | ,211   |
| Ansiedad                             | Mann-Whitney | -0,342 | ,740   |
| Depresión                            | Mann-Whitney | -1,547 | ,134   |
| Riesgo de suicidio                   | Mann-Whitney | -0,503 | ,651   |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

**Tabla 17:** Diferencias intersujetos en T3

Además, se calculó el tamaño del efecto en T3 mediante la *d* de Cohen como podemos observar en la *Tabla 18*. En estos análisis, especialmente importantes a la hora de analizar el impacto en muestras pequeñas, podemos ver como el tamaño del efecto al comparar los datos entre el grupo experimental y control, es especialmente grande en las variables impacto negativo del dolor de cabeza, calidad de vida, afectividad positiva en la última semana, resiliencia, y moderado en las variables catastrofización y depresión, indicando un impacto del tratamiento realizado devolviendo medidas más saludables en el grupo experimental. Señalar que el grupo experimental, sin embargo, aparece también con valores superiores de afectividad negativa general.

| Variable                             | Grupo                    |                             | <i>d</i>    |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                      | Grupo exp. <i>M (DT)</i> | Grupo control <i>M (DT)</i> |             |
| Grado de discapacidad                | 69,82 (22,84)            | 65,92 (23,15)               | 0,17        |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | 67,09 (4,87)             | 72,58 (5,73)                | <b>1,03</b> |
| Catastrofización                     | 29,27 (15,81)            | 36,25 (11,53)               | <b>0,50</b> |
| Calidad de vida                      | 29,58 (16,28)            | 10,95 (11, 02)              | <b>1,34</b> |
| Satisfacción con la vida             | 3,00 (1,67)              | 3,08 (1,88)                 | 0,04        |
| Afectividad positiva última semana   | 25,27 (8,82)             | 19,67 (6,50)                | <b>0,72</b> |
| Afectividad positiva general         | 28,09 (8,03)             | 29,50 (8,46)                | 0,17        |
| Afectividad negativa última semana   | 26,64 (9,05)             | 26,92 (8,65)                | 0,03        |
| Afectividad negativa general         | 31,55 (10,83)            | 23,42 (8,17)                | <b>0,85</b> |
| Estrés psicológico                   | 2,91 (0,54)              | 2,67 (0,65)                 | 0,40        |
| Resiliencia                          | 13,18 (3,82)             | 10,33 (4,29)                | <b>0,70</b> |
| Ansiedad                             | 11,45 (4,76)             | 10,67 (3,45)                | 0,19        |
| Depresión                            | 11,00 (4,92)             | 13,58 (2,78)                | <b>0,65</b> |
| Riesgo de suicidio                   | 1,18 (1,89)              | 1,00 (1,41)                 | 0,11        |

Nota: *d* de Cohen = TE pequeño ≈ 0,20; TE moderado ≈ 0,50; TE grande ≈ 0,80

**Tabla 18:** Tamaño del efecto, *d* de cohen post-tratamiento entre los grupos experimental y control (T3).

En segundo lugar, en la *Tabla 19* podemos observar la comparación de medias del grupo control y del grupo experimental en T4, la segunda evaluación post-tratamiento. Analizando las variables observamos una pequeña mejoría en el grupo experimental, sin embargo, estas diferencias no se pueden considerar clínicamente significativas a partir del análisis de comparación de medias.

| Variable dependiente                 | Prueba       | Z      | p    |
|--------------------------------------|--------------|--------|------|
| Grado de discapacidad                | Mann-Whitney | -0,186 | ,880 |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | Mann-Whitney | -1,333 | ,190 |
| Catastrofización                     | Mann-Whitney | -0,894 | ,379 |
| Calidad de vida                      | Mann-Whitney | -1,818 | ,069 |
| Satisfacción con la vida             | Mann-Whitney | -0,659 | ,525 |
| Afecto positivo última semana        | Mann-Whitney | -0,556 | ,608 |
| Afecto positivo general              | Mann-Whitney | -1,390 | ,169 |
| Afecto negativo última semana        | Mann-Whitney | -0,154 | ,880 |
| Afecto negativo general              | Mann-Whitney | -1,017 | ,316 |
| Estrés psicológico                   | Mann-Whitney | -0,203 | ,880 |
| Resiliencia                          | Mann-Whitney | -1,675 | ,104 |
| Ansiedad                             | Mann-Whitney | -0,124 | ,928 |
| Depresión                            | Mann-Whitney | -1,706 | ,091 |
| Riesgo de suicidio                   | Mann-Whitney | -0,205 | ,880 |

Nota. \*\*\* $P \leq 0.01$  \*\* $P \leq 0.05$  \* $P \leq 0.1$

*Tabla 19: Diferencias intersujetos en T4*

Además, se calculó el tamaño del efecto en T4 mediante la *d* de Cohen como podemos observar en la *Tabla 20*. En estos análisis, especialmente importantes a la hora de analizar el impacto en muestras pequeñas, podemos ver como el tamaño del efecto al comparar los datos entre el grupo experimental y control, es especialmente grande en las variables calidad de vida, resiliencia y depresión, y moderado en las variables impacto negativo del dolor de cabeza y afectividad positiva en general, indicando un impacto del tratamiento realizado devolviendo medidas más saludables en el grupo experimental. Señalar que el grupo experimental, sin embargo, vuelve a aparecer también con valores superiores de afectividad negativa general.

| Variable                             | Grupo                    |                             | <i>d</i>    |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|
|                                      | Grupo exp. <i>M (DT)</i> | Grupo control <i>M (DT)</i> |             |
| Grado de discapacidad                | 67,09 (19,19)            | 69,17 (17,08)               | 0,11        |
| Impacto negativo del dolor de cabeza | 69,91 (5,11)             | 72,75 (5,14)                | <b>0,55</b> |
| Catastrofización                     | 31,45 (12,75)            | 36,17 (10,78)               | 0,40        |
| Calidad de vida                      | 29,58 (19,84)            | 14,88 (14,93)               | <b>0,84</b> |
| Satisfacción con la vida             | 3,36 (1,43)              | 3,00 (1,48)                 | 0,25        |
| Afectividad positiva última semana   | 23,64 (9,67)             | 21,00 (6,42)                | 0,32        |
| Afectividad positiva general         | 29,55 (6,85)             | 25,00 (6,62)                | <b>0,68</b> |
| Afectividad negativa última semana   | 28,91 (8,43)             | 30,33 (11,19)               | 0,14        |
| Afectividad negativa general         | 28,64 (9,52)             | 24,08 (8,88)                | <b>0,50</b> |
| Estrés psicológico                   | 2,73 (0,65)              | 2,75 (0,87)                 | 0,02        |
| Resiliencia                          | 13,18 (3,57)             | 10,08 (4,14)                | <b>0,80</b> |
| Ansiedad                             | 10,27 (4,52)             | 10,92 (5,50)                | 0,13        |
| Depresión                            | 11,09 (3,89)             | 14,17 (3,71)                | <b>0,81</b> |
| Riesgo de suicidio                   | 1,36 (2,16)              | 0,92 (1,44)                 | 0,23        |

**Tabla 20:** Tamaño del efecto, *d* de cohen post-tratamiento entre los grupos experimental y control (T4).

**Nota:** *d* de Cohen = TE pequeño  $\approx$  0,20; TE moderado  $\approx$  0,50; TE grande  $\approx$  0,80



### **Análisis de la eficacia del tratamiento según el paciente: Datos descriptivos**

En las evaluaciones de T3 y T4 se les administró a los pacientes pertenecientes al grupo experimental un cuestionario adicional, el CRES-4, considerando las puntuaciones oscilan entre 0-100, a excepción de la última variable, que al ser la total varía de 0-300. En las cuatro variables a mayor puntuación, mejor, destacar que, en la tercera, la variable de percepción de cambio emocional, si la puntuación es inferior a 50, se considera que ha empeorado anímicamente.

En la *Tabla 21* se plasman los resultados en T3, analizando las medias, nos muestran un alto grado de satisfacción con el tratamiento, una alta percepción sobre mejoría en sus problemas, una media-alta percepción de cambio emocional y una consideración elevada de que el tratamiento es eficaz a ojos del paciente.

|                                     | <i>N</i> | <i>M</i> | Med    | DT    | Min | Máx |
|-------------------------------------|----------|----------|--------|-------|-----|-----|
| Satisfacción con el tto.            | 11       | 76,36    | 80,00  | 21,57 | 40  | 100 |
| Solución del problema               | 11       | 85,45    | 80,00  | 9,34  | 80  | 100 |
| Percepción de cambio emocional      | 11       | 62,50    | 62,50  | 9,68  | 50  | 75  |
| Eficacia del tto. según el paciente | 11       | 224,32   | 222,50 | 37,15 | 170 | 275 |

Nota. *N* = nº de casos; *M* = media; *Med* = mediana; *DT* = desviación típica; *Min* = mínimo; *Máx* = máximo; *tto* = tratamiento

**Tabla 21:** Estadísticos descriptivos de las variables del CRES-4 en T3

En la *Tabla 22* se muestran las medias del cuestionario en T4, exponiendo una satisfacción con el tratamiento más elevada que en T3, un leve descenso en la percepción de soluciones respecto a sus problemas y del cambio emocional, pero sigue mostrando resultados positivos; y un aumento de la eficacia del tratamiento según el paciente. Es decir, en ambos momentos temporales observamos buenas calificaciones al tratamiento por parte de los pacientes.

|                                     | <i>N</i> | <i>M</i> | Med    | DT    | Min | Máx |
|-------------------------------------|----------|----------|--------|-------|-----|-----|
| Satisfacción con el tto.            | 11       | 89,09    | 100,00 | 16,40 | 60  | 100 |
| Solución del problema               | 11       | 83,64    | 80,00  | 12,06 | 60  | 100 |
| Percepción de cambio emocional      | 11       | 60,23    | 62,50  | 9,38  | 50  | 75  |
| Eficacia del tto. según el paciente | 11       | 232,96   | 230,00 | 32,62 | 170 | 275 |

Nota. *N* = n° de casos; *M* = media; Med = mediana; DT = desviación típica; Min = mínimo; Máx = máximo; tto = tratamiento

**Tabla 22:** Estadísticos descriptivos de las variables del CRES-4 en T4

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta investigación era estudiar el estado físico y psicológico de los pacientes con migraña crónica de difícil tratamiento y analizar el efecto que posee en ellos la aplicación de un protocolo específico de intervención psicológica.

El primer objetivo era identificar el perfil físico y psicológico de estos pacientes. Analizando las variables sociodemográficas y clínicas destacamos la incapacidad que produce este trastorno a nivel laboral, pues la mayoría de los pacientes no son capaces de estar activos laboralmente debido a su condición; además, la toma de medicación es alarmantemente alta, todos los pacientes consumen medicación a diario, ya sean tranquilizantes, analgésicos, medicamentos para dolor, antidepresivos, etc. Estos dos hechos respaldan los datos que nos proporcionaron en cuanto a su percepción de nivel de discapacidad, puntuación casi todos por encima de los 8 puntos sobre 10; y pese a la toma de medicación, sus días de dolor superan de media los 25 al mes, siendo necesario tomar más medicación la mayoría de ellos. En lo que respecta a otras enfermedades médicas diagnosticadas, más de la mitad de ellos poseen algún otro trastorno de dolor o enfermedades crónicas y un cuarto de la muestra padece, a la vez que las migrañas, fibromialgia. A nivel de tratamiento o enfermedades psicológicas, más de la mitad refiere tener diagnosticado alguno en la actualidad y ser tratado por ello, aun que sea solo de manera farmacológica. Por otra parte, los resultados de los cuestionarios mostraron que este grupo de pacientes padece un grado de discapacidad y de dolor muy elevado, este dolor posee un impacto severo en su vida y, en general, poseen niveles clínicamente

significativos de catastrofización; todo ello, favorece que su calidad de vida sea muy baja y que estén insatisfechos con su vida. A nivel de afectividad también tienen un notorio deterioro comparado comparada con la población española, pues su afecto positivo es mucho menor y el afecto negativo más elevado. Estos pacientes poseen niveles considerables de estrés, categorizado en su mayoría por un estrés medio o alto, que junto con los bajos niveles de resiliencia que presentan, pueden empeorar su condición. Destacamos que casi todos los pacientes se categorizan como caso probable o definitivo de depresión y/o ansiedad, hecho visible en los pensamientos suicidas presentes en mayor o menor grado en casi todos los pacientes.

Nuestros datos respecto al estado de salud física y mental de los pacientes van en la línea de lo planteado en la literatura científica en las variables analizadas, así los estudios señalaban que eran pacientes con una baja calidad de vida bajo y un alto grado de discapacidad (Leonardi et. al, 2010; Raggi et. al, 2011), que además tenían altas tasas de prevalencia de enfermedades y trastornos mentales comórbidos como la ansiedad y la depresión (Buse et. al, 2013; Novic et. al, 2016; AEMICE et. al, 2021), trastornos que unidos al padecer una enfermedad de dolor crónico puede alterar los procesos cognitivos de los pacientes y hacerles más susceptibles al estrés (Huber y Henrich, 2003), tener pensamientos más catastróficos, mayor temor al dolor, una peor aceptación del dolor (Lee et. al, 2019) y una mayor percepción e intensidad del dolor físico que poseen de base (Lethem et. al, 1983; Edwards, 2005; Roth et. al, 2005; Dahlke et. al, 2017).

El segundo objetivo era validar e implementar científicamente un protocolo de evaluación y tratamiento psicológico en esta muestra. Como vimos en la descripción de los cuestionarios, todos ellos mostraron resultados aceptables en fiabilidad similares a los encontrados en validaciones previas, a excepción del MIDAS que ya explicamos que dado el tipo de población y su incapacidad laboral alteraba los resultados, además de que al ser una afectación continua especificar en las cinco primeras preguntas les era complicado y por ello tomamos como referencia para las comparación las dos preguntas finales referentes a los días de dolor en tres meses y el grado de dolor.

En lo relativo al tratamiento, tanto a nivel intrasujeto como intersujeto se observan mejoras en todos los aspectos en el grupo experimental al terminar el tratamiento, y en el grupo experimental frente al control. Estos datos aportan evidencia a lo señalado en la literatura científica (Miles, 2012; Probyn et. al, 2017; Lee et. al, 2019; Santos y Pozos,

2020; Dudeney et. al, 2022), donde se indicaba la necesidad de aplicación de tratamientos psicológico en estos pacientes y la conclusión de los beneficios sobre la salud física y mental a partir del análisis de las variables estudiadas.

A nivel intrasujetos, vemos como los cambios significativos favorables a favor del grupo experimental fueron en las variables de grado de discapacidad, impacto negativo del dolor de cabeza, catastrofización y calidad de vida, viéndose un descenso de la discapacidad, del impacto negativo y de la catastrofización y un aumento de la calidad de vida. Asimismo, pese a que se seguían viendo mejorías en todas las variables en comparación con antes de efectuar el tratamiento, con el paso de tiempo solo seguían siendo significativas el descenso en el grado de discapacidad y de catastrofización, el aumento en la calidad de vida y se vio que mejoró la satisfacción con la vida y aumentó la resiliencia hasta hacerlas significativas estadísticamente, hecho que nos incita a pensar que algunas variables podrían necesitar de más tiempo para su desarrollo y poder observar cambios favorables. Por lo que respecta al grupo de control, se mantuvo relativamente estable con el tiempo, hubo fluctuaciones, en su mayoría en deterior del pacientes, pero ninguna se mostró como cambio significativo.

Analizando la comparación de grupos intersujetos, inicialmente no se mostraban diferentes en ninguna variable, lo que permitía la asignación aleatoria de los pacientes a los grupos. Al realizar las comparaciones en las evaluaciones post-tratamiento pudimos observar que las diferencias solo se hacían visibles en la mejoría de las variables de impacto negativo del dolor de cabeza y en la calidad de vida en el grupo experimental, con respecto al cambio habido analizado previamente en el grupo experimental en los diferentes momentos temporales, hecho que nos lleva a pensar, que pese a no haber diferencias significativas entre grupos previas a la intervención, el grupo experimental tenía ligeramente peores condiciones que el grupo control. Sin embargo, al analizar el tamaño del efecto de estas comparaciones podemos observar que hay más variables que podrían alcanzar el criterio de significación estadística en la población, las variaciones que podrían mostrar esta mejoría con la intervención, a nivel poblacional, serían las variables de impacto negativo del dolor de cabeza, catastrofización, calidad de vida, afecto positivo en la última semana, resiliencia y depresión.

Partiendo de estos objetivos, formulamos diversas hipótesis.

La primera hipótesis que exponía que no debían de existir diferencias significativas al comparar intersujetos las puntuaciones en las variables analizadas en la investigación entre el grupo experimental y el control se cumplió favorablemente, pues mediante el análisis estadístico de las medias de ambos grupos de las variables analizadas en las evaluaciones pretratamiento se demostró que había homogeneidad de muestra.

La segunda hipótesis hacía referencia a la existencia de diferencias significativas intersujetos en las variables analizadas en las evaluaciones postratamiento (T3 y T4) al comprar las medias del grupo experimental con el control, con una mejoría en el grupo experimental. Esta hipótesis no se ha cumplido en su totalidad, si bien es cierto hay diferentes, estas solo son significativas en dos de las variables a favor del grupo experimental, como he comentado previamente en el segundo objetivo. Si bien es cierto, el tamaño del efecto de las variables de impacto negativo del dolor de cabeza, catastrofización, calidad de vida, afecto positivo en la última semana, resiliencia y depresión muestran niveles que indican la probabilidad que alcanzar los niveles estadísticamente significativos a nivel poblacional.

La tercera hipótesis hacía referencia a las variaciones significativas intrasujetos al comparar las medias en la evaluación pre-tratamiento con las dos postratamiento, tanto en el grupo experimental, con una mejoría de la salud física y psicológica, como en el grupo control, con un deterioro de la salud física y psicológica. En el grupo experimental si se han observado ciertas mejorías a favor de su salud física y psicológica, tal y como he comentado al explicar el segundo objetivo; y la parte referida al grupo control, no se ha confirmado, pues no ha habido un empeoramiento significativo al comparar las evaluaciones previas al tratamiento con las posteriores al el mismo, simplemente no ha habido variación significativa.

Para concluir, aspectos importantes que aporta nuestro estudio, pero también sus limitaciones.

Es necesario destacar que al evaluar al grupo experimental en diferentes momentos temporales es visible la mejoría a nivel general en todas las variables, si bien es cierto que no todas muestran un cambio significativo. Esto podría deberse a múltiples factores, uno de ellos podría deberse a la necesidad de espaciar más las evaluaciones, pues determinados cambios necesitan de más tiempo para establecerse pues es necesario el

cambio y mantenimiento de pensamientos y acciones. Si bien es cierto, los pacientes han expuesto su opinión positiva respecto a la efectividad del tratamiento visible en el cuestionario CRES-4, su satisfacción con él, su percepción de mejoría a nivel emocional y de solución del problema.

Nuestra hipótesis de trabajo planteaba la mejora de la calidad de vida física y psicológica de los pacientes que recibieran el tratamiento psicológico planteado en el protocolo en el siguiente sentido: menor discapacidad por migrañas, menor impacto negativo del dolor de cabeza, mejor calidad de vida, menor catastrofización ante el dolor, mayor satisfacción con la vida, más afecto positivo y menor afecto negativo, menor estrés psicológico, mayor resiliencia, menor ansiedad y depresión. A este respecto, revisando tanto los resultados intersujetos como intrasujetos, podemos observar cómo nuestros datos van en la línea de una mejoría significativa en términos de salud en los pacientes del grupo experimental según lo hipotetizado. Resulta curioso, no obstante, que los pacientes que recibieron tratamiento además de una mejoría en la mayoría de las variables, también experimentaron valores aumentados con el paso del tiempo en la variable afectos negativos a nivel general, esto podría tal vez explicarse por la mayor concienciación de su situación previa, sus estados emocionales y la percepción de mejora actual, considerando de este modo que, por ende, previamente debía estar peor anímicamente y a nivel de gestión emocional, mostrando por ello estados afectivos más negativos que los actuales.

El tercer objetivo era la promoción de evaluación e intervención psicológica para general medidas de acción sanitaria regular con pacientes con migraña crónica, hemos visto que el protocolo mejora las condiciones de los pacientes y quedan satisfechos con él.

Nuestro estudio señala el beneficio obtenido en estos pacientes por el tratamiento recibido, no obstante, sería necesario realizar sesiones de seguimiento para afianzar los conceptos, las técnicas y demás enseñanzas impartidas durante el protocolo, además, de que al hacer seguimientos en el tiempo veríamos las variables psicológicas que necesitan de más tiempo para que la mejoría sea un cambio significativo.

También sería necesario realizar el protocolo con una muestra mayor de pacientes para poder analizar mejor sus consecuencias positivas en su estado de salud físico y psicológico. Además, sería conveniente también plantear una continuación en el

seguimiento longitudinal para llevar un adecuado seguimiento de los cambios en el tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AEMICE, SEFH, SEDENE, SEMERGEN, SEMES y SEN (2021). *Libro Blanco de la Migraña en España*. Ediciones Lilly. Recuperado de [https://assets.ctfassets.net/fqfkufria9xc/2ke2UEUQ9HIMflbkDdhyrF/8885abcd5772db3382d6fdf87916a898/LIBRO\\_BLANCO\\_DE\\_LA\\_MIGRA\\_A\\_EN\\_ESP\\_A\\_A.pdf](https://assets.ctfassets.net/fqfkufria9xc/2ke2UEUQ9HIMflbkDdhyrF/8885abcd5772db3382d6fdf87916a898/LIBRO_BLANCO_DE_LA_MIGRA_A_EN_ESP_A_A.pdf)
2. AEPSIS (2021). *La asertividad*. Manuscrito no publicado, Asociación Española de Psicología Sanitaria (AEPSIS), España.
3. Aguilar-Shea, A. L., Membrilla, J. A. y Diaz-de-Teran, J. (2021). Migraine review for general practice. *Atención Primaria*, 54(2). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208>
4. Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burrón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Potrilla, M. P. y Bobes, J. (2016) Validación de la versión en español de la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Journal of Psychiatry and Mental Health*, 9 (3), 134-142. DOI: [10.1016/j.rpsm.2016.02.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002)
5. Antonaci, F., Nappi, G., Galli, F., Manzoni, G. C., Calabresi, P. y Costa, A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *The journal of headache and pain*, 12(2), 115–125. <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0282-4>
6. Arnstein, P., Caudill, M., Mandle, C., Norris, A. y Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80(3), 483–491. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00220-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00220-6)
7. Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 314-319

8. Aydemir, N., Ozkara, C., Unsal, P. y Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9), 679–685. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2011.06.017>
9. Blumenthal, J. A. (1985). Relaxation therapy, biofeedback, and behavioral medicine. *Psychotherapy*, 22(3), 516-530. <https://doi.org/10.1037/h0085536>
10. Breslau, N., Schultz, L., Lipton, R., Peterson, E. y Welch, K. M. (2012). Migraine headaches and suicide attempt. *Headache*, 52: 723– 731. 10.1111/j.1526-4610.2012.02117.x
11. Buse, D. C., Silberstein, S. D., Manack, A. N., Papapetropoulos, S. y Lipton, R. B. (2013). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *Journal of Neurology*, 260(8), 1960–1969. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6725-x>
12. Campuzano, M. D. L. R. y Martínez, L. F. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15(2), 169–185. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.802>
13. Cho, S., Lee, S. M., McCracken, L. M., Moon, D. E. y Heiby, E. M. (2010). Psychometric properties of a Korean version of the Pain Anxiety Symptoms Scale-20 in chronic pain patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 108-117. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9080-2>
14. Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385–396. doi:10.2307/2136404
15. Cole, J. D. (1998). Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: Outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(3), 217-226. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.3.3.217>
16. Consumer Reports (1995). *Mental health: Does therapy help?* 61, 734-739.
17. Crisson, J. E. y Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35(2), 147–154. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90222-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90222-9)
18. D'Antona, L. y Matharu, M. (2019). Identifying and managing refractory migraine: barriers and opportunities? *The Journal of Headache and Pain*, 20(89), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1040-x>



19. D'Souza, P. J., Lumley, M. A., Kraft, C. A. y Dooley, J. A. (2008). Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: a randomized, controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(1), 21–32. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9046-7>
20. Dahlke, L. A., Sable, J. J. y Andrasik, F. (2017). Behavioral therapy: emotion and pain, a common anatomical background. *Neurological sciences*, 38(1), 157–161. <https://doi.org/10.1007/s10072-017-2928-3>
21. Day, M. A., Thorn, B. E. y Burns, J. W. (2012). The continuing evolution of biopsychosocial interventions for chronic pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(2), 114–129. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.2.114>
22. Díaz-Martin, Y. (2002). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Revista de humanidades médicas*, 10(1).
23. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 49:1, 71-75, DOI: [10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
24. Dudeney, J., Sharpe, L., McDonald, S., Menzies, R. E., & McGuire, B. (2022). Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis. *Headache*, 62(4), 405–419. <https://doi.org/10.1111/head.14260>
25. Eccleston, C., Crombez, G., Aldrich, S. y Stannard, C. (2001). Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *European Journal of Pain*, 5(3), 309–318. <https://doi.org/10.1053/eujp.2001.0252>
26. Edwards, R. R. (2005). Individual differences in endogenous pain modulation as a risk factor for chronic pain. *Neurology*, 65(3), 437–443. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000171862.17301.84>
27. Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F. y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30-43. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
28. Fan, A. Y., Gu, R. J. y Zhou, A. N. (1999). MMPI changes associated with therapeutic intervention: a migraine control study. *Headache*, 39(8), 581–585. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1999.3908581.x>

29. Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E. y Bados, A. (2012) Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): La versión en español. *Revista de psicoterapia*, 23 (89), 51-58
30. French, D. J., Holroyd, K. A., Pinell, C., Malinoski, P. T., O'Donnell, F. y Hill, K. R. (2000). Perceived Self-efficacy and Headache-Related Disability. *The Journal of Head and Face Pain*, 40, 647–656. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.040008647.x>
31. García, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradiel, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina moderna* 131 (13), 487-492. <https://doi.org/10.1157/13127277>
32. Garrido, M., Gálvez, D., Braçe, O., Nieblas, M.I., Delgado, C.J., Colomina, I., Pozo, P., Irimia, P., León, F. J., Lloret, J., Blanch, C. y Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Atlas de Migraña en España (2018) *Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018*, 3–179. Recuperado de: [https://www.dolordecabeza.net/wpcontent/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migaraña\\_baja.pdf](https://www.dolordecabeza.net/wpcontent/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migaraña_baja.pdf)
33. Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3>
34. Giussani, G., Enia, G., Bianchi, E., Mecarelli, O., Beghi, E., Pulitano, P., Cagnetti, C., Baldinelli, S., Lattanzi, S., La Neve, A., Tappatà, M., Francavilla, M., De Maria, G., Giuliano, L., Mainieri, G., Fatuzzo, D., Belcastro, V., D'Orsi, G., Lalla, A. ... Bravar, G. (2020) The management of epilepsy in clinical practice: do the needs manifested by the patients correspond to the priorities of the caring physicians? Findings from the EPINEEDS study. *Epilepsy & Behavior*, 102(106641). <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106641>
35. González-Oria, C., Jurado-Cobo, C. M. y Viguera-Romero, J. (2019). *Guía oficial de cefaleas 2019*. Medea. ISBN: 978-84-09-09716-6. Recuperado de: [https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/07/Guia\\_Cefaleas.pdf](https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/07/Guia_Cefaleas.pdf)
36. Hamelsky, S. y Lipton, R. (2006) Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache: J Head Face Pain* 46(9), 1327–1333

37. Hamilton, N. A., Karoly, P. y Zautra, A. J. (2005). Health goal cognition and adjustment in women with fibromyalgia. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(5), 455–466. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9013-8>
38. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
39. Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., Colaiaco, B., Maher, A. R., Shanman, R. M., Sorbero, M. E., & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>
40. Huber, D. y Henrich, G. (2003). Personality traits and stress sensitivity in migraine patients. *Behavioral Medicine*, 29(1), 4–13. <https://doi.org/10.1080/08964280309596169>
41. Jhingran, P., Osterhaus, J. T., Miller, D. W., Lee, J. T., y Kirchdoerfer, L. (1998). Development and validation of the Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire. *Headache*, 38(4), 295–302. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1998.3804295.x>
42. Kato, K., Sullivan, P. F., Evengård, B. y Pedersen, N. L. (2006). Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1649–1654. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.15.1649>
43. Keefe, F. J., Brown, G. K., Wallston, K. A. y Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37(1), 51–56. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90152-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90152-8)
44. Kelman, L. (2007). The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*, 27(5), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01303.x>
45. Kim, S., Bae, D. W., Park, S. G. y Park, J. W. (2021). The impact of Pain-related emotions on migraine. *Scientific Reports*, 11(577). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80094-7>

46. Kosinski, M., Bayliss, M. S., Bjorner, J. B., Ware, J. E., Jr, Garber, W. H., Batenhorst, A., Cady, R., Dahlöf, C. G., Dowson, A., y Tepper, S. (2003). A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 12(8), 963–974. <https://doi.org/10.1023/a:1026119331193>
47. Kranz, D., Bollinger, A. y Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: a coping perspective. *European Journal of Pain*, 14(10), 1021–1025. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.03.010>
48. Kratz, A. L., Davis, M. C. y Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 291–301. <https://doi.org/10.1007/BF02879911>
49. Lantéri-Minet, M., Auray, J., Hasnaoui, A., Dartigues, J., Duru, G., Henry, P., Lucas, C., Pradalier, A., Chazot, G. y Gaudin, A. F. (2003). Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*, 102(1-2), 1143–1149. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00348-2](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00348-2)
50. Lantéri-Minet, M., Radat, F., Chautard, M. y Lucas, C. (2005). Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*, 118(3), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.09.010>
51. Lauwerier, E., Van Damme, S., Goubert, L., Paemeleire, K., Devulder, J. y Crombez, G. (2012). To control or not? A motivational perspective on coping with pain. *Acta Neurologica Belgica*, 112(1), 3–7. <https://doi.org/10.1007/s13760-012-0020-6>
52. Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/bb9c7ed7d3779dfdf8eb377d37d9734a.pdf>
53. Lecci, L. y Wirth, R. J. (2000). Investigating the effects of physical discomfort on laboratory-induced mood states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(3–4), 231–247. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(01\)00008-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(01)00008-8)

54. Lee, G. K., Chan, F. y Berven, N. L. (2007). Factors affecting depression among people with chronic musculoskeletal pain: A structural equation model. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 33-43. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.52.1.33>
55. Lee, H. J., Lee, J. H., Cho, E. Y., Kim, S. M. y Yoon, S. (2019). Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*, 20 (17). <https://doi.org/10.1186/s10194-019-0965-4>
56. Leeuw, M., Goossens, M. E., van Breukelen, G. J., de Jong, J. R., Heuts, P. H., Smeets, R. J., Köke, A. J. y Vlaeyen, J. W. (2008). Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 138(1), 192–207. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.009>
57. Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., D'Amico, D. (2010). Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache* 50(10), 1576–1586. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01770.x>
58. Lethem J., Slade P. D., Troup J. D. y Bentley G. (1983). Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception--I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401–408. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90009-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90009-8)
59. Link, B. y Phelan, J. (2006) Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528–529. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1)
60. Lipton, R., Bigal, M., Kolodner, K., Stewart, W., Liberman, J. y Steiner, T. (2003). The family impact of migraine: population-based studies in the USA and UK. *Cephalalgia*, 23(6), 429–440. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00543.x>
61. Lipton, R. B., Stewart, W. F., Sawyer, J., y Edmeads, J. G. (2001). Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: the Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*, 41(9), 854–861.
62. López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “escalas de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología conductual*, 23 (3), 529-548. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/287391848\\_Adaptacion\\_de\\_las\\_Escalas\\_de\\_afecto\\_positivo\\_y\\_negativo\\_PANAS\\_en\\_una\\_muestra\\_general\\_espanola](https://www.researchgate.net/publication/287391848_Adaptacion_de_las_Escalas_de_afecto_positivo_y_negativo_PANAS_en_una_muestra_general_espanola)

63. Lucchetti, G., Oliveira, A. B., Mercante, J. P. y Peres, M. F. (2012). Anxiety and fear-avoidance in musculoskeletal pain. *Current Pain and Headache Reports*, 16(5), 399–406. <https://doi.org/10.1007/s11916-012-0286-7>
64. Magis, D. (2015) Neuromodulation in migraine: state of the art and perspectives, *Expert Review of Medical Devices*, 12 (3), 329-339, DOI: [10.1586/17434440.2015.1005606](https://doi.org/10.1586/17434440.2015.1005606)
65. Mankovsky, T., Lynch, M., Clark, A., Sawynok, J. y Sullivan, M. J. (2012). Pain catastrophizing predicts poor response to topical analgesics in patients with neuropathic pain. *Pain Research & Management*, 17(1), 10–14. <https://doi.org/10.1155/2012/970423>
66. Martin, M., Blaisdell, B., Kwong, J. W., y Bjorner, J. B. (2004). The Short-Form Headache Impact Test (HIT-6) was psychometrically equivalent in nine languages. *Journal of clinical epidemiology*, 57(12), 1271–1278. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.05.004>
67. Martin, B. C., Pathak, D. S., Sharfman, M. I., Adelman, J. U., Taylor, F., Kwong, W. J., y Jhingran, P. (2000). Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache*, 40(3), 204–215. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.00030.x>
68. Martínez-Fernández, A., Rueda Vega, M., Quintas, S., de Toledo Heras, M., Díaz de Terán, J., Latorre González, G., Trabajos García, O., Vivancos Mora, J. y Gago-Veiga, A. B. (2020). Psychosocial repercussion of migraine: is it a stigmatized disease?. *Neurological Sciences*, 41(8), 2207–2213. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04332-6>
69. McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00146-2)
70. McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118(1–2), 164–169. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015>
71. McWilliams, L. A., Cox, B. J. y Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1–2), 127–133. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00301-4)

72. Miles, V. D. (2012). *Treating Persistent Pain: A Contemporary Development of a Multidisciplinary Chronic Pain Program* (Order No. 3515264). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global; ProQuest One Academic. (1022032123). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/treating-persistent-pain-contemporary-development/docview/1022032123/se-2>
73. Minen, M. T., Begasse-De Dhaem, O., Kroon-Van Diest A., Powers, S., Schwedt, T. J., Lipton, R. y Silbersweig, D. (2016). Migraine and its psychiatric comorbidities. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 87(7), 741–749. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312233>
74. Moayed, M., Weissman-Fogel, I., Crawley, A. P., Goldberg, M. B., Freeman, B. V., Tenenbaum, H. C. y Davis, K. D. (2011). Contribution of chronic pain and neuroticism to abnormal forebrain gray matter in patients with temporomandibular disorder. *Neuroimage*, 55(1), 277–86. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.12.013>
75. Moix, J. y Casado, M. I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22 (1), 41-50. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es&tlng=es)
76. Moret-Tatay, C., Fernández Muñoz, J. J., Civera Mollá, C., Navarro-Pardo, E., y Alcover de la Hera, C. M. (2015). Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Anales de Psicología*, 31(3), 1030 - 1034. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.188401>
77. Navarro-Calvillo, M. E. (2006) Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actividades en Psicología*, 20(107), 1–21. <https://doi.org/10.15517/ap.v20i107.34>
78. Nielsen, S.L., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., Gregersen, A. y Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37
79. Norton, P. J. y Asmundson, G. J. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 111(1-2), 218-223. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.018>
80. Novic, A., Kölves, K., O'Dwyer, S. y De Leo, D. (2016). Migraine and Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *The Clinical Journal of Pain*, 32(4), 351–364. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000256>

81. Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Hauptmann, W., Jones, J., y O'Neill, E. (1997). *Journal of Behavioral Medicine*, 20(6), 589 –605. doi: 10.1023/a:1025570508954
82. Pascual, J. (2019) Cefalea y Migraña [Headache and Migraine]. *Medicine* 12, 71, 4145–4153. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.010>
83. Peres, M. F., Zukerman, E., Young, W. B. y Silberstein, S. D. (2002). Fatigue in chronic migraine patients. *Cephalalgia*, 22(9), 720–4. <https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2002.00426.x>
84. Peres, M. F. P., Mercante, J. P. P, Tobo, P. R., Kamei, H. y Bigal, M. E. (2017). Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0742-1>
85. Pérez, A. (2019a) 12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña. Sociedad Española de Neurología. Recuperado de: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf>
86. Pérez, A. (2019b) 12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña. El 75% de los pacientes con migraña tarda más de 2 años en obtener un diagnóstico». Sociedad Española de Neurología. Recuperado de <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf>
87. Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar. (1ª ed.)*. Ediciones Pirámide. Recuperado de: <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/biblioteca/14%20MANUALES%20Y%20PROTOCOLOS/Manual%20de%20Entrevista%20Psicologica%20.pdf>
88. Pincus, T. y McCracken, L. M. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 27(5), 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.09.010>
89. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., y Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>



90. Probyn, K., Bowers, H., Mistry, D., Caldwell, F., Underwood, M., Patel, S., Sandhu, H. K., Matharu, M., Pincus, T., y CHES team. (2017). Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ open*, 7(8), e016670. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016670>
91. Raggi, A., Leonardi, M., Bussone, G. y D'Amico, D. (2011). Value and utility of disease-specific and generic instruments for assessing disability in patients with migraine, and their relationships with health-related quality of life. *Neurological Sciences*, 32(1), 387–392. <https://doi.org/10.1007/s10072-010-0466-3>
92. Rao, D., Choi, S., Victorson, D., Bode, R., Peterman, A., Heinemann, A. y Cella, D. (2009). Measuring stigma across neurological conditions: the development of the stigma scale for chronic illness (SSCI). *Quality of Life Research*, 18(5), 585–595. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9475-1>
93. Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
94. Roth, R. S., Geisser, M. E., Theisen-Goodvich, M. y Dixon, P. J. (2005). Cognitive complaints are associated with depression, fatigue, female sex, and pain catastrophizing in patients with chronic pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(6), 1147–1154. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.10.041>
95. Ruggeri, M., Drago, C., Rosiello, F., Orlando, V., y Santori, C. (2020). Economic Evaluation of Treatments for Migraine: An Assessment of the Generalizability Following a Systematic Review. *Pharmacoeconomics*, 38 (5), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00879-1>
96. Sacco, S., Braschinsky, M., Ducros, A., Lampl, C., Little, P., Maassen, A., Pozo-Rosich, P., Reuter, U., Ruiz, E., Sanchez, M., Sinclair, A. J., Katsarava, Z. y Martelletti, P. (2020). European headache federation consensus on the definition of resistant and refractory migraine. *J Headache Pain*, 21, 76 <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01130-5>
97. Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas panas de afecto positivo y negativo: validacion factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.

98. Santos, S. y Pozo, P. (2020). *Manual de prácticas clínicas en cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020*. Ediciones SEN. ISBN: 978-84-18420-19-1. Recuperado de <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
99. Sharpe, L., Dudeney, J., Williams, A., Nicholas, M., Mcphee, I., Baillie, A., Welgampola, M. y McGuire, B. (2019). Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. DOI: 10.1002/14651858.CD012295.pub2
100. Sheftell, F. D. y Atlas, S. J. (2002). Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache*, 42(9), 934–44. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2002.02217.x>
101. Simons, L. E., Pielech, M., Cappucci, S. y Lebel, A. (2015). Fear of pain in pediatric headache. *Cephalalgia*, 35 (1), 36 - 44. <https://doi.org/10.1177/0333102414534084>
102. Sinclair, V. y Wallson, K. (2004). The development and Psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11, 1, 94-101.
103. Smith, M. T. y Haythornthwaite, J. A. (2004). How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature. *Sleep Medicine Reviews*, 8(2), 119–132. [https://doi.org/10.1016/S1087-0792\(03\)00044-3](https://doi.org/10.1016/S1087-0792(03)00044-3)
104. Soto-Goñi, X., Viñals, A. C., Pérez-González, F., Sánchez-Labrador, L., Domínguez-Gordillo, A., Sánchez-Sánchez, T., Ardizzone-García, I. y Jiménez-Ortega L. (2018). The role of coping styles in temporomandibular disorder patients with myalgia. *Research Square*, 1. <https://doi.org/10.21203/rs.2.15856/v1>
105. Stewart, W. F., Lipton, R. B., Whyte, J., Dowson, A., Kolodner, K., Liberman, J. N., y Sawyer, J. (1999). An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*, 53(5), 988–994. <https://doi.org/10.1212/wnl.53.5.988>
106. Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4(7), 115–124. <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S44762>

107. Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R. y Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524–532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
108. Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
109. Thibault, P., Loisel, P., Durand, M. J., Catchlove, R. y Sullivan, M. J. (2008). Psychological predictors of pain expression and activity intolerance in chronic pain patients. *Pain*, 139(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.029>
110. Turner, J. A., Dworkin, S. F., Mancl, L., Huggins, K. H. y Truelove, E. L. (2001). The roles of beliefs, catastrophizing, and coping in the functioning of patients with temporomandibular disorders. *Pain*, 92(1–2), 41–51. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(00\)00469-3](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(00)00469-3)
111. Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>
112. Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2012). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos*. Recuperado de <https://docplayer.es/64186168-Escala-de-satisfaccion-con-la-vida-swls-en-una-muestra-representativa-de-espanoles-adultos-validacion-y-datos-normativos.html>
113. Vera-Villarroel, P. E. y Guerrero, Á. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas psychologica*, 2(1), 21-26. ISSN 1657-9267
114. Vowles, K. E., McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the mediating effects of acceptance. *Health Psychology*, 27(2), 136–143. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2\(Suppl.\).S136](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S136)
115. Wachholtz, A., Bhowmick, A., Herbert, L. B. y Marcus, D. (2017). More is not always better: an epidemiological assessment of migraine frequency and the impact on relationships. *Journal of Pain Management & Medicine*, 3(2), 126.

116. Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
117. Williams, D. A. y Keefe, F. J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46(2), 185-190. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90074-8](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90074-8)
118. Winkelmann, A., Perrot, S., Schaefer, C., Ryan, K., Chandran, A., Sadosky, A. y Zlateva, G. (2011). Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: results from a European cross-sectional study. *Applied Health Economics Health Policy*, 9(2), 125–136. <https://doi.org/10.2165/11535250-000000000-00000>
119. Wollaars, M. M., Post, M. W., van Asbeck, F. W. y Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *The Clinical Journal of Pain*, 23(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31804463e5>
120. Wright, L. J., Schur, E., Noonan, C., Ahumada, S., Buchwald, D. y Afari, N. (2010). Chronic pain, overweight, and obesity: findings from a community-based twin registry. *Journal of Pain*, 11(7), 628–635. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.10.004>
121. Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>