
UN ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y DEL AFRONTAMIENTO EN LOS EPISODIOS DE DOLOR DE CABEZA

A STUDY ON THE IMPORTANCE OF EMOTIONAL REGULATION AND COPING WITH HEADACHE EPISODES

SARA LAGUNA BONILLA

INÉS MAGÁN UCEDA

*Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Camilo José Cela*

e-mail: imagan@ucjc.edu

RESUMEN

La mayoría de las personas sufren dolores de cabeza con relativa frecuencia. Sin embargo, estos pueden convertirse en un problema de salud relevante en sí mismo por su frecuencia y la intensidad del dolor, en definitiva, por la incapacidad que generan en su vida cotidiana. Son las cefaleas primarias, que OMS califica como problemas de salud prioritarios, tanto por su prevalencia como por la incapacidad que supone en las personas que lo padecen. Aunque se acepta que es la confluencia de factores biomédicos, sociales y psicológicos los que explican el origen y mantenimiento ambos problemas, el papel de cada uno de ellos no está bien establecido. Este déficit es aún mayor para las variables de tipo psicológico. Por tanto, el objetivo fue analizar la capacidad explicativa de la personalidad, las emociones negativas, la regulación emocional y el afron-

ABSTRACT

Most people suffer from headaches quite often. However, these headaches may become a relevant health issue due to the frequency and intensity of the pain, thus becoming a disability for daily life. The World Health Organization (WHO) states that this is a primarily health issue due to both the prevalence and the disability of the people suffering from them. Although it is accepted that the confluence of biometrical, social and psychological factors explains the origin and maintenance of them, the role of each is not yet clear. This lack of definition is even greater for the psychological variables. Therefore, our goal was to analyze the explanatory power of personality, negative emotions, emotional regulation and coping, previously controlling biomedical variables and lifestyle.

tamiento, controlando previamente variables de carácter biomédico y del estilo de vida.

PALABRAS CLAVE

Cefalea primaria, Regulación emocional, Emociones negativas, Conductas de afrontamiento, Personalidad.

KEY WORDS

Headache, Emotional regulation, Negative emotions, Coping behaviors, Personality.

INTRODUCCIÓN

Importancia sociosanitaria de las cefaleas tensionales y las migrañas

La cefalea, o dolor de cabeza, es uno de los síntomas que con más frecuencia padece el ser humano, es el trastorno más común del sistema nervioso, por ello se encuentra entre los principales motivos de consulta tanto en Atención Primaria como en las consultas de Neurología o Unidades del Dolor, aumentando, así, de forma significativa los costes sanitarios que las consultas de este tipo ocasionan; además es una causa muy frecuente de baja y absentismo laboral, representando por este motivo, un importante factor socioeconómico (Pedrera Carbonell, Miralles Parres y Lainez Andrés, 2015).

Aunque el dolor de cabeza sea un síntoma genérico, conviene recordar que son las cefaleas tensionales y las migrañas los trastornos más recurrentes en la población, siendo dichas cefaleas primarias las que presentan mayor prevalencia –aproximadamente entre el 30% y el 78% de la población general las padece a lo largo de su vida– (Volcy Gómez, 2008), siendo un total de 12,6% solo de migrañas (Carod-Artal, Irimia y Ezpeleta, 2012). En cuanto a la diferenciación entre sexo, es tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre. Además, la cefalea primaria, y más concretamente la migraña supone la tercera causa de dolor crónico, episódico, tras la artritis y el reumatismo (Mateos et al., 2007).

La intensidad del dolor, los síntomas asociados y su aparición imprevisible afectan a la calidad de vida del paciente en cuanto a sus relaciones familiares, laborales y sociales, siendo, en la mayoría de los pacientes, una gran limitación en sus actividades cotidianas. Además, cabe destacar, que la mayor prevalencia de la cefalea primaria coincide con los años de mayor productividad laboral, sobre los 25 a los 55 años, aumentando así el impacto socioeconómico

de la misma. Sobre este se estima que en torno a un 32% de los costes directos de la cefalea, principalmente la migraña, son debidos a la atención médica, sobre todo absentismo laboral y a disminución de la productividad en la mayoría de los pacientes; en nuestro país, se estima que el coste económico de la cefalea primaria es de 1.070 millones de euros (datos del 2003), calculándose que el equivalente de trabajo perdido es de una media de unos 8 días/año por trabajador (Mateos et al., 2007).

Por último, y en relación a lo comentado, es muy importante destacar que la cefalea no sólo es dolorosa sino también incapacitante, aproximadamente, la migraña por sí sola supone un 1,3% de los años perdidos por discapacidad (Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, 2004).

Concepto de cefalea

Cuando se habla del término cefalea, se está haciendo referencia a la sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, normalmente, desde la parte frontal hasta la occipital, aunque sin olvidarnos de los dolores provenientes de las cervicales y la cara. En la mayoría de los casos el dolor de cabeza es una entidad en sí misma, pero, para un correcto abordaje, se deberá tratar como un síntoma, con el fin de postular dentro de un enfoque biopsicosocial, como más tarde se detallará, que ayude al manejo que hará el paciente del problema (Pedrera Carbonell et al., 2015).

A la hora de realizar un diagnóstico habría que tener en cuenta aspectos como la recurrencia e intensidad para. Como se ha comentado en el apartado anterior, el presente proyecto está centrado en las cefaleas primarias, caracterizadas por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuentes, tanto que cerca del 90-95% de todas las cefaleas son primarias; en resumen, son entidades por sí mismas, no vienen producidas por otra patología médica como es el caso de las cefaleas secundarias, siendo un ejemplo de cefalea secundaria un traumatismo craneoencefálico (Pedrera Carbonell et al., 2015).

Dentro de las cefaleas primarias, se encuentran las dos patologías más recurrentes e incapacitantes en la población: la *migraña* y la *cefalea tensional*. Sobre la migraña destacar que, a pesar de la existencia de varios tipos como la migraña crónica y migraña con aura, es más frecuente la migraña sin aura definiéndose como una «*cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración, cuyas características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fofobia y fonofobia*» (International Headache Society, 2013).

Así mismo, la cefalea tensional también cuenta con subtipos dependiendo de la recurrencia de la misma, aunque de manera general se habla de cefalea tensional refiriéndose a la «cefalea tensional frecuente», que se define como «*episodios frecuentes de cefalea, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse ftofobia o fonofobia*» (IHS, 2013).

Aún con la diferenciación existente entre síntomas de la migraña y la cefalea tensional los neurólogos encuentran gran dificultad diagnóstica a la hora de diferenciar entre la cefalea tensional y la migraña sin aura con dolor leve debido a que los pacientes con cefaleas frecuentes suelen padecer ambos trastornos. Por este motivo, se decidió englobar ambos diagnósticos para la realización del presente proyecto, esperando poder llevar a cabo la diferenciación entre ambas patologías en futuras investigaciones.

Epidemiología de las cefaleas

Unido a lo mencionado en apartados anteriores sobre su ocurrencia, se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de un 47% (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2004).

En nuestro país, casi el 90% de la población ha presentado al menos un episodio de cefalea de intensidad significativa durante el último año. Esta alta prevalencia, condiciona a su vez una elevada demanda asistencial, que en el ámbito de la Atención primaria puede llegar al 15% de las consultas (Pedrera Carbonell et al., 2015).

Modelos explicativos de las cefaleas

En la década de los setenta, Engel postuló la necesidad de un modelo médico holístico para el tratamiento de las diferentes patologías, dando lugar al modelo biospiciosial de la enfermedad, por tanto con los fundamentos fisiopatológicos anteriormente mencionados no sirve únicamente para categorizar la enfermedad, se necesitan de más unidades; para ello se ha elaborado un modelo biopsicosocial (ver *Figura 1*) en el que se resaltarán la necesidad de no sólo tener en cuenta los factores fisiológicos, sino también los factores psicológicos y sociales y ambientales de la enfermedad.



Figura 1. Modelo Biopsicosocial asociado a las cefaleas primarias.

En relación con la *Figura 1*, encontramos mucha literatura acerca de variables de emocionalidad negativa como la depresión o ansiedad (Cardona-Castrillón, Isaza, Zapata-Soto, Franco, González-Berrio y Tamayo-Díaz, 2007; Pareja y Campo, 2006), así como determinados rasgos de personalidad como el rasgo Neuroticismo (Carrillo, Collado y Rojo, 2005; Muñoz et al., 2013; Ramírez-Maestre, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2001). Cabe destacar que el factor precipitante más frecuente en los pacientes es el estrés y, particularmente, el debido a motivos laborales; así mismo la depresión y la ansiedad son factores importantes para el desarrollo de migraña y cefalea tensional, respectivamente (Cardona-Castrillón et al., 2007). Sobre la sintomatología negativa (ansiedad, depresión e ira) y la personalidad, hay que explicar que algunas personas están predispuestas por su personalidad para experimentar los eventos como especialmente estresantes, lo cual, como es lógico, afecta a su tensión psicológica. En relación a dicha explicación no se puede pasar por alto el término «Afectividad negativa», investigado por Watson y Clark (1984), y definido como un estado de ánimo permanente negativo marcado por la ansiedad, depresión y la hostilidad, la emocionalidad negativa. Friedman y Booth-Kwley fueron pioneros a la hora de investigar cómo afecta la «Afectividad

negativa» en los problemas de salud, encontrando una débil, pero consistente, evidencia de la relación entre problemas de salud como los dolores de cabeza (además de asma, artritis, úlceras o enfermedades coronarias) y las emociones negativas que experimenta el paciente. Aunque hay que destacar que, aun existiendo una fuerte evidencia de que la negatividad puede comprometer la salud es importante entender que las personas con un alto nivel de emocionalidad negativa tienden a reportar mayores niveles de síntomas físicos que les producen tensión, como los dolores de cabeza, pero sin existir un problema físico real (Cohen, Doyle, Turner, Alper y Skoner, 2003).

A la personalidad y la afectividad negativa, le siguen factores de tipo hormonal, la incidencia de la cefalea primaria es mayor en las mujeres tras la aparición de la menstruación, además suele empeorar con la ovulación y la menstruación y con la toma de anticonceptivos orales; así mismo el factor sueño es también muy importante, siendo un patrón de sueño desadaptativo un desencadenante importante de la cefalea primaria, tanto exceso como defecto (Mateos et al., 2012). También el factor dieta, por ejemplo el uso excesivo de alimentos fermentados como los embutidos o comidas con alta cantidad de glutamato el cual crea una vasodilatación de los vasos sanguíneos cerebrales produciendo cefalea; sin olvidarnos de la predisposición genética, en la mayoría de las personas con cefalea primaria se da el caso de que familiares suyos también la padece aunque no está bien establecido que gen es el que lo caso. Por último, es importante reconocer el papel que desempeñan los factores ambientales como el cambios de tiempo, los olores y sonidos fuertes en la precipitación del dolor de cabeza, aunque en menor medida y dependiendo del tipo de cefalea primaria (González de la Aleja et al., 2006).

Procesos mediadores en las cefaleas: afrontamiento y regulación emocional

Cefalea primaria y afrontamiento

Lazarus y Launier (1978) defienden que el afrontamiento consiste en «realizar esfuerzos tanto orientados a la acción como intrapsíquicos para manejar (dominar, tolerar, reducir o minimizar) las demandas ambientales o internas así como los conflictos entre ellas». De esta definición se extrae que la relación «eventos estresantes-afrontamiento» es bidireccional, además de dinámica. Al afrontar se llevan a cabo una serie de intercambios entre la persona, con sus recursos, compromisos y valores, y un ambiente específico, que también cuenta con sus propios recursos, demandas y contrastes. (Lazarus y Launier, 1978); en resumen, el afrontamiento

no es una única acción en un momento muy específico, sino que es un conjunto de respuestas que van ocurriendo durante el tiempo permitiendo que persona y ambiente se influyeran de manera mutua.

Una vez desarrollado el concepto de afrontamiento, es importante destacar su aportación al estudio del dolor crónico. Comenzando con la «*Teoría de la Puerta*» desarrollada por Melzack (1965). Esta teoría trataba de destacar cómo la mente puede desempeñar un papel esencial en la opinión del dolor, por ejemplo explica porqué se disminuye el dolor cuando el cerebro está experimentando una sensación de distracción. Además de la teoría propuesta por Melzack (1965), contamos con el «*Modelo Procesual del Estrés*» de Lazarus y Folkman (1984), en el que se dice que el dolor crónico puede ser entendido como una experiencia estresante y que requiere continuos esfuerzos adaptativos considerados como estrategias de afrontamiento; las cuales vendrán determinadas por la valoración que hace la persona de su situación, añadiendo las creencias que se tengan del dolor, y de los recursos de los que disponga (Camacho Martel y Anarte Ortiz, 2003).

Cefalea primaria y regulación emocional

El concepto de regulación emocional refiere a los procesos, internos y externos, que evalúan y pueden modificar nuestra reacción emocional ante un determinado objetivo y/o situación (Hervás y Jódar, 2008). Dichos procesos, o mejor dicho la mala gestión de dichos procesos, parecen implicados en la aparición y el mantenimiento de enfermedades médicas (Hervás y Vázquez, 2006), aunque en el caso de las cefaleas primarias no hay tanta bibliografía como en otras patologías médicas como, por ejemplo, la hipertensión arterial esencial (Pérez Díaz, Guerra Morales, Zamora Fleitesy Grau Ábaló, 2014), podría ser plausible que en las cefaleas jugará también un papel importante a la hora del mantenimiento y la aparición.

Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis

En relación con todo lo planteado, el objetivo principal de esta investigación fue el de analizar el perfil psicológico en cuanto a calidad de vida, variables emocionales, estilos de afrontamiento al dolor y de regulación emocional en un grupo con cefalea primaria autoinformada frente a otro sin cefalea primaria autoinformada.

De esta manera, se espera que las personas que, en esta investigación, informaron de tener cefalea primaria presentaran, además de una peor calidad de vida y niveles de emociones negativas más disfuncionales, un estilo de afrontamiento y patrones de regulación emocional más desadaptativos frente al grupo de control.

MÉTODO

Participantes

Para la elaboración de este proyecto, se contó con la participación voluntaria de un total de 95 personas, reclutadas de la población general española a través de la técnica de *bola de nieve*, siendo la mayoría de edad (+18 años) el único criterio establecido *a priori* para poder participar.

En la tabla 3, pueden consultarse todas las características demográficas de los participantes. Como puede verse, la muestra evidenció ser bastante heterogénea en cuanto a la edad, puesto que tenían edad media de 32 años ($M=32'37$; $DT=12,9$) y se distribuía en un amplio rango, desde los 18 a los 70 años, no siendo así en cuanto al sexo ya que la mayoría de los participantes fueron mujeres, concretamente el 63,2% ($n=60$). En cuanto a su nivel de estudios, la mayoría de nuestros participantes o bien tenían estudios superiores (51,6%, $n=49$) o tenían estudios secundarios (33,7%, $n=32$), así como en su mayoría o bien estaban trabajando en el momento de cumplimentar el protocolo (42,1%, $n=39$) o bien eran estudiantes (36,8%, $n=35$). Finalmente, destacar que se distribuían de manera relativamente homogénea en cuanto a los antecedentes familiares de cefaleas, puesto que el 59% de los participantes decía no tener historia familiar al respecto frente a un 41% que reconocía la presencia de tales antecedentes (ver *tabla 1*).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la muestra.

	Años: M ± DT (RG)	%	N(95)
SEXO			
Mujeres		63'2	60
Varones		36'8	35
EDAD	32'37 ± 12'9 (18 - 70)	32'37	95
HISTORIA FAMILIAR			
Sin antecedentes		58'9	56
Con antecedentes		41'1	39
ESTUDIOS			
No ha ido a la escuela		4'2	4
Primarios		10'5	10
Secundarios		33'7	32
Superiores		51'6	49

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de la muestra (Continuación).*

	Años: M ± DT (RG)	%	N(95)
SITUACIÓN LABORAL			
Trabajando		42'1	39
Estudiante		36'8	35
Jubilado por edad		4'2	4
Jubilado por enfermedad		3'2	3
Desempleado		12'6	12

Instrumentos y variables

El presente proyecto se trata de un estudio de tipo cuasi-experimental transversal de dos grupos independientes (cefalea primaria autoinformada vs. ausencia de cefalea primaria), por ello, las variables consideradas han sido una variable independiente de o de selección de tipo cualitativo con dos condiciones –el grupo con diagnóstico autoinformado de cefalea primaria vs. grupo de control o grupo sin diagnóstico de cefalea primaria–, que se recogía a través de un Cuestionario elaborado *ad hoc* sobre datos demográficos y dolor de cabeza.

Las variables dependientes fueron todas de tipo cuantitativo y tanto la variable como el instrumento con que se cuantificaron se explicitan a continuación:

- **Calidad de vida**, a través *HeadacheImpact Test-6-HIT-6* (Yang, Rendas-Baum, Varon y Kosinski, 2011) se evalúa el impacto de la migraña sobre la vida cotidiana del sujeto a través de 6 ítems en una escala de tipo *Likert* de cinco puntos, siendo 0-nunca y 4-siempre.
- **Personalidad**, evaluada gracias a la medida proporcionada por el cuestionario NEO-FFI, versión reducida del cuestionario NEO PI-R. Proporciona una medida de los 5 grandes-*Amabilidad*, reflejo de las conductas interpersonales, siendo una persona amable aquella que es altruista, considerado, confiado o solidario; *Responsabilidad*, tiene sus bases en el autocontrol, no sólo de impulsos sino que también en la planificación, organización y ejecución de tareas, también es conocida como «voluntad de logro»; *Extraversión*, pronunciado compromiso o unión con el mundo externo, es decir se caracteriza por una alta sociabilidad, tendencia a la compañía de otros y a evitar la soledad; *Neuroticismo*, los sujetos que puntúan alto en este rasgo presentan una percepción sesgada hacia las situaciones negativa, llevando a casos de ansiedad, depresión, fobia social,

hostilidad o impulsividad; *Apertura*, se caracteriza por la imaginación activa, sensibilidad estética, atención a las vivencias internas, gusto por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio. A través de una escala tipo *Likert* de cinco puntos, siendo 0-totalmente desacuerdo y 4-totalmente de acuerdo (Costa y McCrae, 1978; adaptación española por Ramos, Morán-Astorga y Manga, 2004).

- **Afrontamiento**, se evaluaron tres medidas distintas de afrontamiento hacia el dolor, pasando desde el manejo conductual del dolor hasta el afrontamiento a nivel cognitivo. Para el manejo conductual se utilizó el *Cuestionario de Conductas de Dolor-PBQ*, tratándose de un instrumento específico para el dolor de cabeza con cuatrosubescalas –Queja No Verbal (QNV), Evitación de Estímulos (EVES), Queja Verbal (QV), Evitación de Actividades (EVAC)– con una escala de tipo *Likert* de cinco puntos, siendo 0-nunca y 4-siempre (Appelbaum, Radnitz, Blanchard y Prins, 1988; adaptación española por Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia, 2002); en lo que refiere al manejo a nivel cognitivo del dolor se utilizó el *Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor-INTRP* siendo este el único cuestionario que evalúa de manera específica los pensamientos automáticos negativos relacionados con el dolor, cuenta con cincosubescalas-Pensamientos Negativos Generales (PNG), Pensamientos Sociales Negativos (PSN), Pensamientos de Discapacidad (PDD), Pensamientos de Falta de Control (PFD), Pensamientos Autoinculpaciones (PAI)-evaluadas a través de una escala tipo *Likert* de cinco puntos, siendo 0-nunca y 4-siempre (Gil, Williams, Keete y Beckham, 1990; adaptación española por Cano García y Rodríguez Franco, 2002). Por último se utilizó el *Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico Reducido-CAD-R*, aportando una medida de estrategias de afrontamiento pasivo o activo para pacientes con dolor crónico a través de seis subescalas –Autoafirmación, Búsqueda de Información, Religión, Distracción, Catarsis, Autocontrol Mental– y una escala tipo *Likert* de cinco puntos, siendo 1-nunca y 5-siempre (Soriano y Monsalve, 2004).
- Para la **Emocionalidad Negativa** se evaluó la triada –ansiedad, depresión, ira– a través de cuestionarios específicos para cada variable como el *Inventario para la Depresión de Beck FastScreen-BDI-FS*-para la depresión, con el objetivo de cribar la sintomatología depresiva en pacientes médicos, consta de siete ítems en los que el sujeto debe marcar la afirmación o afirmaciones que describen el modo en el que se ha sentido en las dos últimas semanas (Beck, Steer y Brown, 2000; adaptación española por Sanz,

Izquierdo y García-Vera, 2011; Cardona-Castrillón et al., 2007; Sosa-Cano, Tlatempa López y Figueroa López, 1999). La *Escala de Ansiedad Rasgo* –STAI R– se utilizó únicamente dicha escala debido a que numerosos estudios han demostrado la relación entre una ansiedad desadaptativa con las cefaleas primarias, y dentro de esa relación los niveles de ansiedad rasgo son más significativos que los de ansiedad estado; el STAI R cuenta con una escala tipo Likert de cuatro puntos, siendo 0-casi nunca y 3-casi siempre (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Cardona-Castrillón, et al., 2007; Sosa-Cano, et al., 1999). Por último la evaluación de la ira se realizó a través del *Inventario de Ira Rasgo 2* –STAXI 2– en el presente proyecto solo se ha utilizado la escala de rasgo. Dicha escala consta de diez ítems que se puntúan a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos siendo 1-casi nunca y 4-casi siempre (Spielberger, 1999; adaptación española por Miguel Tobal, Casado Morales y Cano Vindel, 2001).

- Por último, en lo referente a la **regulación emocional** se utilizó la versión española de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional-DERS* permite medir aspectos de la regulación desadaptativa (Gratz y Roemer, 2004; adaptación española por Hervás y Jódar, 2008), que pueden afectar a la experiencia de la cefalea primaria. La versión española consta de 28 ítems puntuándose a través de una escala Tipo Likert de cinco puntos, siendo 1-casi nunca y 5-casi siempre, así mismo cuenta con cinco subescalas –Descontrol, Rechazo, Interferencia, Desatención, Confusión–.

Finalmente, se tuvieron en cuenta una serie de variables de control, en concreto el sexo (variable cualitativa autoinformada) y los antecedentes familiares de dolores de cabeza (variable cualitativa autoinformada) que se recogían en el Cuestionario de datos demográficos y dolor de cabeza elaborado *ad hoc* (ver Anexo).

Procedimiento

El procedimiento para desarrollar esta investigación fue relativamente sencillo, puesto que, en primer lugar, se les solicitaba a los participantes su colaboración voluntaria en el estudio informándoles del anonimato de sus respuestas y garantizándoles confidencialidad mediante un consentimiento informado. Una vez firmado éste, se procedía a la cumplimentación de los cuestionarios, ya especificados en el apartado anterior, en el siguiente orden: Cuestionario estructurado elaborado *ad hoc* de datos demográficos e historia de cefaleas, NEO FFI, BDI-FS, CAD-R, INTRP, PBQ, STAXI 2, DERS, STAI-R y el HIT-6. Una vez cumplimentado, se devolvía el protocolo a la investigadora principal para su posterior análisis.

Tipo de estudio y análisis de datos

Para poder desarrollar el objetivo de este trabajo, se desarrolló una investigación con una metodología de tipo cuasi-experimental transversal de dos grupos independientes (cefalea primaria autoinformada vs. ausencia de cefalea primaria). Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS V21 para Windows y, dado el tamaño de los grupos, se aplicaron pruebas paramétricas, concretamente, pruebas de χ^2 cuando la variables dependientes eran de tipo cualitativo, y la prueba t de Student para dos muestras independientes, cuando éstas eran de tipo cuantitativo. Además, se realizaron las estimaciones de los tamaños del efecto a través del cálculo del estadístico d que Cohen (1988) propone para este tipo de estudio.

RESULTADOS

Análisis de las diferencias entre los grupos en las variables de control

Tal y como puede observarse en la tabla 2, no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables control consideradas –sexo e historia familiar–. Por lo tanto, se puede concluir que los dos grupos eran equivalentes en estas variables.

Tabla 2. *Análisis de las diferencias entre los grupos en las variables de control.*

	GRUPO CONTROL (% [N])	GRUPO DOLOR (% [N])	CHI - CUADRADO	P
SEXO				
Varón	18,9% [18]	17,9% [17]	0,43	0,51
Mujer	36,8% [35]	26,3% [25]		
HISTORIA FAMILIAR				
Sin antecedentes	35,8% [34]	23,2% [22]	1,34	0,25
Con antecedentes	20% [19]	21,1% [20]		

Nota. N = 95. Grupo de dolor, 42 = y Grupo de control, n = 53

Análisis del perfil psicológico en el grupo con diagnóstico autoinformado de cefaleas primarias frente al grupo de control

Análisis de las diferencias entre los grupos en el perfil de personalidad

Como se muestra en la tabla 3, se han encontrado diferencias significativas en la escala de *neuroticismo* a favor del grupo de dolor de cabeza ($M=24'24$, $DT=4,42$; $t=2'24$, $p=0,03$) frente al grupo control ($M=22'36$, $DT=3,56$); también se han encontrado diferencias significativas en la escala de *amabilidad* pero esta vez a favor del grupo control ($M=22'36$, $DT=3,56$; $t=2'60$, $p=0,01$), este resultado es coherente con la magnitud de la diferencia encontrada, puesto que, según los criterios de Cohen (1988), ésta ha sido media-baja ($d=0'39$). Así mismo también es reseñable el valor de Cohen para la escala de responsabilidad ($d=0,50$), magnitud que tuvo un tamaño mediano y podría indicar que, probablemente, aumentando el tamaño de la muestra podrían encontrarse diferencias significativas en dicha escala.

Tabla 3. *Análisis de las diferencias entre los grupos en el perfil de personalidad (NEO FFI)*

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P.	D
	M	DT	M	DT			
Neuroticismo	22,36	3,56	24,24	4,42	2,24	0,03	0,12
Extraversión	24,60	4,69	24,71	3,7	0,12	0,90	0
Apertura	23,19	3,59	23,74	3,9	0,71	0,48	0
Amabilidad	26,75	2,50	25,10	3,69	2,60	0,01	0,39
Responsabilidad	26,75	2,67	27,10	2,62	0,62	0,54	0,5

Análisis de las diferencias entre los grupos en las emociones negativas de ansiedad, depresión y facetas de la ira

Tal y como puede observarse en la tabla 4, se han encontrado diferencias significativas en la medida de sintomatología depresiva, resaltando que los sujetos del grupo dolor de cabeza ($M=4'19$, $DT=3'84$; $t=2'51$, $p=0,01$) presentan significativamente más sintomatología depresiva que los del grupo control ($M=2'36$,

$DT=4,19$). Del mismo modo, ocurre con la medida de ansiedad rasgo, siendo ésta significativamente más alta en sujetos del grupo de dolor de cabeza ($M=24'15$, $DT=11,10$; $t = 2'37$, $p=0,02$) frente a los sujetos del grupo control ($M=19'17$, $DT=8'93$); ambos resultados son respaldados por el hecho de que las magnitudes de las diferencias, según los valores de Cohen (1988), fueron medio-altas, en concreto 0'67 y 0,52 para la depresión y la ansiedad rasgo, respectivamente. Así mismo es importante destacar que, aunque no haya habido diferencias significativas en cuanto a la ira rasgo los valores de Cohen medio-bajos ($d=0'36$) indican que, probablemente, aumentando la muestra se halle diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 4: *Análisis de las diferencias entre los grupos en el perfil de depresión (BDI FS), ansiedad (STAI-R) y facetas de la ira (STAXI 2)*

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
Depresión(BDI)	2,36	3,11	4,19	3,84	2,51	0,01	0,67
Ira Rasgo (STAXI - II- R)	21,52	5,47	23,45	6,61	1,55	0,12	0,36
Ansiedad Rasgo (STAI - R)	19,17	8,93	24,15	11,10	2,37	0,02	0,52

Análisis de las diferencias entre los grupos en el estilo de afrontamiento al dolor

En cuanto al afrontamiento general al dolor crónico, sólo se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la variable de autocontrol mental, como puede verse en la tabla 5. Dicha diferencia indica que las personas del grupo de dolor de cabeza de nuestra muestra mostraron niveles significativamente más alto de autocontrol mental ($M=11'18$, $DT=4'14$; $t=2$, $p=0,05$) frente al grupo de control ($M=9'51$, $DT=3'88$), estos datos son coherentes con la magnitud de la diferencia encontrada, puesto que ésta tuvo un tamaño mediado, en relación con los valores de Cohen (1988) ($d=0'57$). En este sentido, son también destacables las magnitudes encontradas para las escalas de búsqueda de información, religión y catarsis, que fueron media-baja ($d=0'28$ para los tres casos), lo que podría indicar que, probablemente, si se aumentara el tamaño de la muestra, se podrían encontrar diferencias significativas.

Tabla 5. Análisis de las diferencias entre los grupos en el estilo de afrontamiento al dolor (CAD-R)

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
Autoafirmación	13,09	4,05	13,33	3,79	0,30	0,77	0
Búsqueda de información	11,09	3,83	10,62	4,32	0,55	0,58	0,28
Religión	5,75	3,50	6,06	4,05	0,39	0,70	0,28
Distracción	10,65	3,30	10	3,66	0,90	0,37	0
Catarsis	11,30	4,07	10,14	3,93	1,41	0,16	0,28
Autocontrol Mental	9,51	3,88	11,18	4,14	2	0,05	0,57

En la tabla 6 se pueden consultar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a las escalas de pensamientos negativos generales, pensamientos de discapacidad y pensamientos de falta de control. Para los pensamientos negativos generales, los resultados mostraron que las personas de nuestra muestra con diagnóstico de cefalea primaria mostraron significativamente mayores niveles ($M=4'24$, $DT=4'47$; $t=2'15$, $p=0'03$) que nuestro grupo de control ($M=2'65$, $DT=2'67$), en esta misma dirección fueron las diferencias en la variable de pensamientos de discapacidad que también fueron significativamente más altos en el grupo de dolor de cabeza ($M=5'12$, $DT=4'57$; $t=2'01$, $p=0,05$) frente al grupo control ($M=3'58$, $DT=2'84$); y en la variable de pensamientos de falta de control donde también el grupo de dolor de cabeza mostró niveles significativamente más altos ($M=3'93$, $DT=3'24$; $t=2'52$, $p=0,01$) frente al grupo de control ($M=2'48$, $DT=2'37$). Dichos resultados son coherentes con la magnitud de estas diferencias, puesto que según los criterios de Cohen (1988), éstas fueron medio-altas ($d=0'63$) en pensamientos negativos generales y pensamientos de discapacidad, y medio-bajas ($d=0'39$) en pensamientos de falta de control. También es destacable que, acorde con los valores de Cohen obtenidos en pensamientos sociales negativos, probablemente aumentando el tamaño de la muestra podría darse significación en dicha escala, dichos valores son medio-bajos ($d=0'33$).

Tabla 6. *T* Análisis de las diferencias entre los grupos en los pensamientos asociados al dolor (INTRP)

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
<i>P. Negativos Generales</i>	2,65	2,67	4,24	4,47	2,15	0,03	0,63
<i>P. Sociales Negativos</i>	2,55	3,09	3,37	3,30	1,23	0,22	0,33
<i>P. Discapacidad</i>	3,58	2,84	5,12	4,57	2,01	0,05	0,63
<i>P. Falta de Control</i>	2,48	2,37	3,93	3,24	2,52	0,01	0,39
<i>P. Autoinculpación</i>	1,02	1,70	1,62	2,32	1,46	0,15	0

Sobre al afrontamiento conductual dolor, y como puede observarse en la tabla 7, solo se han encontrado diferencias significativas en la escala de evitación de estímulos a favor nuevamente del grupo de dolor de cabeza ($M=9$, $DT=4'32$; $t = 3'08$, $p=0,003$) frente al grupo de control ($M=6'47$, $DT=3'51$), de hecho la magnitud de esta diferencia fue grande ($d = 0,85$) según los valores de Cohen (1988). Así mismo es también destacable que, aunque no se hayan encontrado diferencias significativas en las demás escalas, en la escala de queja no verbal la magnitud de la diferencia fue medio alta según los calores de Cohen (1988) ($d=0'67$) por lo que, probablemente, aumentando la muestra podría darse significación; al igual que en la escala de queja verbal pero esta vez con un valor de Cohen (1988) medio-bajo ($d=0'33$).

Tabla 7. *T* Análisis de las diferencias entre los grupos en las conductas de afrontamiento al dolor (PBQ)

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
<i>Queja No Verbal</i>	7,89	3,48	9,01	3,94	1,46	0,15	0,67
<i>Evitación de Estímulos</i>	6,47	3,51	9	4,32	3,08	0,003	0,85
<i>Queja Verbal</i>	4,53	3,08	3,69	3,25	1,27	0,21	0,33
<i>Evitación actividades</i>	6,13	3,72	6,81	3,70	0,86	0,38	0

Análisis de las diferencias entre los grupos en la regulación emocional

Como puede observarse en la tabla 8, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional en ambos grupos. Pese a ello es destacable el hecho de que sí existan tendencias reseñables, como en el caso de la escala de rechazo a favor del grupo de dolor de cabeza ($M=15'95$, $DT=8'63$; $t=1'88$, $p=0,06$), en la escala de desatención, también a favor del grupo de dolor de cabeza ($M=10'73$, $DT=3'67$; $t=1'71$, $p=0,09$) y en la escala de confusión, nuevamente a favor del grupo de dolor de cabeza ($M=8'51$, $DT=3'57$; $t=1'82$, $p=0'07$); dichos datos, unidos a los valores medio-bajos obtenidos para estimar la magnitud de esta diferencia en base a los criterios de Cohen (1988; 0'28, 0'33 y 0'39, respectivamente) podrían vislumbrar que, en el caso de aumentar la muestra probablemente se encontrarían diferencias significativas.

Tabla 8. *Análisis de las diferencias entre los grupos en las variables de regulación emocional (DERS)*

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
<i>P. Descontrol</i>	16,19	5,74	17,37	6,83	0,89	0,38	0,18
<i>Rechazo</i>	13,09	6,16	15,95	8,63	1,88	0,06	0,28
<i>Interferencia</i>	9,36	3,99	9,98	4,17	0,73	0,47	0
<i>Desatención</i>	9,49	3,26	10,73	3,67	1,71	0,09	0,33
<i>Confusión</i>	7,30	2,64	8,51	3,57	1,82	0,07	0,39

Análisis de las diferencias entre los grupos en la calidad de vida

Como puede observarse en la tabla 11, existen diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida, siendo los valores significativamente mayores en el grupo de dolor de cabeza ($M=56'99$, $DT=9$; $t=5'95$, $p=0'001$) que en el grupo de control ($M=46'62$, $DT=7'62$), como es lógico. Así mismo, está significación está respaldada por los valores de Cohen siendo su valor de magnitud grande ($d=0,97$).

Tabla 9. Análisis de las diferencias entre los grupos en la calidad de vida (HIT-6)

	GRUPO CONTROL (N=53)		GRUPO DOLOR (N=42)		T	P	D
	M	DT	M	DT			
HIT - 6	46,62	7,62	56,99	9	5,95	0,00	0,97

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se comentó anteriormente, el objetivo principal de la presente investigación fue el de analizar el perfil psicológico en cuanto a calidad de vida, variables emocionales, estilos de afrontamiento al dolor y de regulación emocional en un grupo con diagnóstico de cefalea primaria autoinformada frente a otro sin cefalea primaria autoinformada.

Así mismo, y en relación la hipótesis planteada de que los sujetos que informan de padecer cefalea primaria presentan unos niveles más bajos en cuanto a la calidad de vida, niveles de emociones negativas más disfuncionales, y estilos de afrontamiento y patrones de regulación emocional más desadaptativos, que los sujetos que no autoinforman de cefalea primaria; se cumple parcialmente.

Definimos rasgo de personalidad como un patrón persistente de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo (López-Ibor Aliño y Valdés-Miyar, 2002), en la presente investigación se ha encontrado que las personas que remiten cefalea primaria parecen tener mayores niveles de neuroticismo ($p=0'03$) que el grupo de control, en cambio los sujetos incluidos en el grupo de dolor de cabeza parecen tener un nivel menor de amabilidad ($p=0'01$) que los sujetos del grupo control; dichos resultados respaldan los encontrados por Cao, Zhang, Wang, Wang y Wang (2002), en su estudio encontraron niveles más altos de neuroticismo, ansiedad y depresión al analizar un grupo de sujetos control, sin patología, y otro de sujetos con cefalea tensional crónica. Así mismo, el estudio realizado por Soriano Pastor, Monsalve Dolz, Ibáñez Guerra y Gómez Carretero (2010) también avala los resultados de la presente investigación ya que se encontraron niveles altos de neuroticismo y bajos de amabilidad, aunque esta vez en pacientes con dolor crónico, sin especificar patología. Por último, en cuanto a la personalidad, se observó un valor de Cohen medio en cuanto al rasgo de responsabilidad ($d=0'50$), no se han encontrado estudios al respecto de este rasgo por lo que sería interesante seguir esa línea en investigaciones futuras; sobre esto,

quizá una posible hipótesis sea que debido a la rigidez causada por el rasgo neuroticismo (el cual ha sido demostrado empíricamente que existe en mayores niveles en personas con cefalea primaria) los sujetos con dolor de cabeza tengan un sentido de la responsabilidad y las obligaciones más rígido que las personas sin dolor de cabeza.

Sobre la emocionalidad negativa, se han respaldado los resultados encontrados en la literatura, como los obtenidos por Sosa Cano et., (1999), quienes encontraron que si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión entre un grupo de dolor de cabeza y grupo control; en la presente investigación, además de encontrar dichas diferencias significativas en depresión ($p=0'01$) y ansiedad ($p=0'02$) estas son respaldadas por unos valores de Cohen altos, 0'67 y 0'52 respectivamente; también destacar que se ha encontrado que, probablemente aumentando el tamaño muestral también se podrían obtener diferencias significativas en cuanto a la ira rasgo ya que tiene un valor de Cohen medio-bajo ($d=0'36$).

En relación a los resultados obtenidos sobre el afrontamiento se procederá a separarlos en tres grupos: por un lado el afrontamiento general ante el dolor crónico, por otro las estrategias a nivel cognitivo y por último el manejo conductual que hace el sujeto sobre el mismo.

En cuanto el afrontamiento general ante el dolor crónico la medida fue a través del CAD-R obteniendo significación únicamente en la escala de autocontrol mental ($p=0,05$) que hace referencia a los esfuerzos mentales llevados a cabo por el sujeto para controlar el dolor. Las demás escalas analizadas no aportan diferencias significativas entre ambos grupos por tanto, probablemente, en términos generales las estrategias utilizadas en cuanto al afrontamiento al dolor resulten adaptativas para ambos grupos, como encontraron Soriano y Monsalve (2004) en su estudio de validación del CAD-R. También es reseñable que, pese a no tener diferencias significativas, a partir de los valores de Cohen ($d=0'28$) en las escalas de búsqueda de información, religión y catarsis, se puede decir que probablemente si se aumentará la muestra podrían encontrarse diferencias significativas en dichas escalas. En segundo lugar sobre el afrontamiento a nivel cognitivo, medido a través del INTRP, se encontraron diferencias significativas sobre los pensamientos negativos generales ($p=0,03$), siendo más recurrentes en los sujetos que refieren dolor de cabeza, probablemente estos sujetos tienden más a catastrofizar las situaciones en general que los del grupo control; también se encontraron diferencias significativas en la escala de pensamientos de discapacidad ($p=0'05$), nuevamente, y como es lógico, son más recurrentes en el grupo dolor de cabeza, dichos pensamientos nos señalan que probablemente los sujetos con dolor de cabeza tie-

nen más pensamientos sobre lo incapacitante qué es su dolor en su vida cotidiana; la última significación viene dada en los pensamientos de falta de control ($p=0'01$), probablemente los sujetos con dolor de cabeza experimentan una sensación de falta de control sobre su dolor, por ejemplo en la aparición, intensidad y desarrollo del mismo. El Inventario de Pensamientos Negativos en Respuesta al Dolor (INTRP) es prácticamente el único que aporta una medida a nivel de cognición, pese a ello no se han podido recopilar datos acerca de otras investigaciones que lo hayan usado en el mismo sentido que la presente investigación. Pese a no poder contrastar los datos con otros estudios se ha obtenido unos valores de Cohen medio-altos (0'63, 0,63 y 0'39) lo que, probablemente, de veracidad a los datos obtenidos. Se recomienda que en futuras investigaciones se siga esta línea de investigación. Por último destacar que se ha encontrado un valor de Cohen medio-bajo en cuanto a pensamientos sociales negativos (0'33), por lo que, probablemente aumentando la muestra se encontraría significación; en esta línea, quizá los sujetos con dolor de cabeza sean más susceptibles en cuanto a los comentarios de los demás respecto a su dolor o incluso a hablar del mismo. Sobre esta última hipótesis lanzada se ha encontrado evidencia en el cuestionario de conductas de Dolor (PBQ), ya que en la escala de queja no verbal, apesar de no encontrar diferencias significativas en ambos grupos, si se ha encontrado que el valor de Cohen es medio alto ($d=0'67$), por lo que, probablemente si se aumentara la muestra se encontraría significación. Continuando con la medida de manejo conductual ofrecida por el cuestionario PBQ únicamente se ha encontrado diferencias significativas en la escala de evitación de estímulos ($p=0'0003$), como es obvio por otra parte, la mayoría de los sujetos con dolor de cabeza tienden a evitar estímulos como la luz o sonidos fuertes que agraven su dolor, dicha significación se ve contrastada con un valor de Cohen alto ($d=0'85$). Por su parte Rodríguez Franco, Cano García y Blanco Picabia (2002) en su estudio de validación del cuestionario PBQ encontraron que, en referencia a la evitación de estímulos, lo que los sujetos solían evitar con mayor frecuencia era determinados factores dietéticos, ambientales e incluso personales.

En la relación a la medida de regulación emocional no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos aunque si es importante mencionar que hay tendencia a la significación en las escalas de rechazo ($p=0'06$), desatención ($p=0'09$) y confusión ($p=0'07$); las dos últimas además cuentan con valores de Cohen medio-bajos (0'33 y 0'39, respectivamente), probablemente aumentando el tamaño de la muestra se alcanzaría significación en alguna de las escalas. Como se ha comentado anteriormente todavía existe muy poca literatura que relacione la regulación emocional con el dolor de cabeza por lo que no se han encontrado

estudios que aporten más datos sobre este asunto. Constituirá una línea de trabajo futura.

Por último sobre la calidad de vida, como es lógico, existe diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0'001$), la mayoría de sujetos con dolor de cabeza evaluados en la presente investigación tendrían unos niveles de calidad de vida inferiores que los sujetos que no padezcan de cefalea primaria; esto es así por la propia incapacidad, comentada anteriormente, que produce el dolor de cabeza a quienes lo padecen. Dichos datos son contrastados gracias al estudio que realizan Mateos, Porta-Etessam, Armengol-Bertolín, Larios y García (2012) en el que analizan la discapacidad y la calidad de vida en relación a la misma de pacientes con cefalea primaria y está se ve muy comprometida.

A modo resumen es interesante destacar qué diferencias significativas ha habido sobre las Variables Dependientes entre ambos grupos. Sobre la personalidad se encontraron diferencias en el rasgo *Neuroticismo*, siendo más alto en sujetos con dolor de cabeza, y en el rasgo de *Amabilidad*, aunque al contrario que el anterior es más elevado en sujetos control. En lo referente a la Emocionalidad Negativa destacar que se encontraron diferencias significativas en cuanto a la *Sintomatología Depresiva* (BDI-FS) y la *Ansiedad Rasgo* (STAI-R), siendo valores más altos en el grupo experimental (dolor de cabeza). En cuanto al afrontamiento se encontraron diferencias significativas en la variable de *Autocontrol Mental* (CAD-R) siendo más elevada en sujetos con dolor de cabeza; también se encontraron diferencias significativas a favor del grupo de dolor de cabeza en las escalas del INTRP *Pensamientos Negativos Generales*, *Pensamientos de Discapacidad* y *Pensamientos de Falta de control*; por último en cuanto al afrontamiento se encontraron diferencias significativas más elevadas en el grupo experimental (dolor de cabeza) en la escala de *Evitación de Estímulos* (PBQ). Sobre la *Regulación Emocional* (DERS) decir que no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos pero si tendencia a favor del grupo experimental en las escalas de *Rechazo*, *Desatención* y *Confusión*, lo que hace pensar que probablemente si se aumenta el tamaño muestral se encontrarían diferencias. Y por último en cuanto a la *Calidad de Vidasi* se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, siendo peor la calidad de vida los sujetos pertenecientes al grupo de dolor, como era esperable. Si bien estos datos hay que tratarlos con la mayor cautela posible, son interesantes ya que podrían estar indicando qué variables habría que evaluar y/o tratar en casos de cefalea primaria, más estrechamente de migraña y cefalea tensional.

Aunque se han cumplido parcialmente nuestras hipótesis y objetivo es recomendable reseñar que la investigación ha contado con una serie de limitaciones por ejemplo en el diagnostico ya que no nos lo proporcionaba un neurólogo sino

que era autoinformado, con la pérdida de información que ello puede conllevar, el número de la muestra era reducido en comparación con otros estudios similares, quizá también hubiera sido importante que el cuestionario autoinformado 'ad hoc' hubiera sido más claro a la hora de delimitar grupos, localización del dolor, intensidad o tratamiento y por último se debería haber podido definir los grupos dentro de la propia patología, esto es entre migraña y cefalea tensional, pero debido a la complejidad del diagnóstico resultó imposible.

De estas limitaciones se extraen las líneas futuras de investigación en cuanto al tema. Sería recomendable delimitar mejor los grupos y, en la medida de lo posible, separarlos entre patologías dentro de la propia cefalea primaria. También se deberá continuar con la estela de la regulación emocional ya que, según los resultados obtenidos, probablemente aumentado la muestra se hallen diferencias significativas en alguna de sus variables, al igual que ocurre con el afrontamiento. Todo ello, cabe esperar, que pueda servir en un futuro para la prevención y/o el tratamiento de la cefalea primaria en la población, la cual su incidencia cada vez es mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A.T. Steer, R.A. Brown, G. K. (2000). BDI®-FastScreen for Medical Patients. *Pearson Clinical Psychology*.
- Camacho Martel, L. Anarte Ortiz, M. T. (2003). Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico. *Psicothema, vol. 15*, 464-470.
- Campos, M. Iraurgi, J. Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología, vol. 82*, 25-44.
- Cao, M. Zhang, S. Wang, K. Wang, Y. Wang, W. (2002). Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study. *Psychopathology, vol. 35*, 254-258.
- Cano García, F.J. Rodríguez Franco, L. (2002). Pensamientos automáticos negativos en el dolor crónico. *Psiquis, vol. 24*, 137-145.
- Carillo, J.M. Collado, S. Rojo, N. (2005). Personalidad y tolerancia al dolor. *Clínica y Salud, vol. 16*, 223-236.
- Carod-Artal F.J. Irimia, P. Ezpeleta, D. (2012). Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Revista Neurología, vol. 54*, 629-37.

- Comité de Clasificación de la Cefalea de la International Headache Society (IHS). (2013). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. *International Headache Society*.
- Gross, J.J. John, O.P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 85, 348-362.
- Hervás, G. Jódar, R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (2008). *Clínica y Salud*, vol. 19, 139-156.
- Mateos, V. Guerrero-Peral, A.L. García, M. Armengol-Bertolín, S. Plazas, M.J. en representación de los investigadores del estudio FACTOR. (2012). Factores precipitantes de crisis de migraña en pacientes atendidos en consultas de neurología Estudio FACTOR. *Revista Neurología*, vol. 54, 641-648.
- Melzack, R. Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, vol. 50, 971-979.
- Miguel Tobal, J.J. Casado Morales, M.I. Cano Vindel, A. (2001). Adaptación Española Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2. *TEA Ediciones*.
- Muñoz, I. Toribio-Díaz, M. E. Carod-Artal, F. J. Peñas-Martínez, M. L. Ruiz, L. Domínguez, E. (2013). Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Revista Neurología*, vol. 57, 529-534.
- Pareja, J. Campo, A. (2006). Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria. *Acta Neurología Colombia*, vol. 22, 299-303.
- Pérez Díaz, Y., Guerra Morales, V. M., Zamora Fleites, Y., Grau Ábalo, R. (2014). Regulación emocional en adolescentes con hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, vol. 53, 392-401.
- Pedrer Carbonell, V. Miralles Parres, M.J. Lainez Andrés, J.M. (2015) *Cefaleas. Guía de Actuación Clínica en A.P. Generalitat Valenciá, conselleria de salut*.
- Ramírez Maestre, C. Esteve Zarazaga, R. López Martínez, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, vol. 17, 129-137.
- Ramos, F. Morán Astorga, C. Manga, D. (2004). The Spanish Norms of the NEO Five-Factor Inventory. *International journal of psychology and psychological therapy*, vol. 4, 639-648.
- Rodríguez Franco, L. Cano García, F.J. Blanco Picabia, A. (2002). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación espa-

- ñola del PainBehaviorQuestionnaire (PBQ) y del HeadacheDisabilityInventory (HDI). *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 26, 740-762.
- Rodríguez-Parra, M.J. Esteve Zaragaza, R. López Martínez, A.E. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 26, 391-418.
- Sanz, J. Izquierdo, A. García-Vera, M.P. y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment. (2011). Validación Española BDI®-FastScreen for Medical Patients. *Pearson Clinical Psychology*.
- Soriano, J. Monsalve, V. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista Sociedad Española Dolor*, vol. 11, 407-414.
- Sklar, E. Slavin-Spenny, O. Nevedal, D. Hijazi, A. Lumley, M. A. (2012). Emotion regulation moderators of emotional awareness and expression training and relaxation training for chronic headaches. *Annals of Behavioral Medicine*.
- Yang, M. Rendas-Baum, R. Varon, S. Kosinski, M. (2011). *Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine*. *Cephalalgia*, vol. 31,