



# **TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA**

## **CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON MIGRAÑA CRÓNICA, SU AUTOEFICACIA Y SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección de Psicología y Logopedia  
Universidad de La Laguna

Curso 2017/2018

Profesorado: Bernardo Hernández Ruíz y Ernesto Suárez Rodríguez

Autora: Andrea Reyes Pérez



## RESUMEN

La migraña crónica es una cefalea frecuente que produce gran afectación de la calidad de vida de las personas que lo padecen. La presencia de la cefalea son 15 o más días al mes durante al menos tres meses. Según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, afecta al menos, a uno de cada siete adultos en todo el mundo. Es hasta tres veces más común en mujeres, debiéndose esta diferencia por los factores hormonales. Generalmente, comienza en la pubertad, sin embargo, afecta sobre todo entre los 35 y 45 años, pero puede manifestarse desde mucho más jóvenes e incluso desde niños. El objetivo del estudio se centra en cómo afecta la gravedad de la migraña a la calidad de vida de las personas con esta enfermedad crónica, y el papel que juegan las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia para controlar el dolor crónico.

**Palabras clave:** Migraña; Calidad de vida; Autoeficacia; Afrontamiento; Gravedad; Dolor crónico

## ABSTRACT

Chronic migraine is a frequent headache that greatly affects the quality of life of people who suffer from it. The presence of headache is 15 or more days per month for at least three months. According to the World Health Organization (WHO), it affects at least one in seven adults around the world. It is three times more common in women, this difference due to hormonal factors. It usually begins in puberty, however, affects all 35 and 45 years, but can manifest from much younger and even from children. The objective of the study focuses on how the severity of migration affects the quality of life of people with this chronic disease, and the role played by coping strategies and self-efficacy to control chronic pain.



**Key Words:** Migraine; Quality of life; Self-efficacy; Coping; Severity; Chronic pain

## INTRODUCCIÓN

La salud es un estado, en el que la persona no tiene ninguna enfermedad, que conlleva presentar bienestar físico, mental y social. La forma física es cuando el cuerpo puede realizar ejercicio mostrando resistencia, fuerza, agilidad, etc. Por otro lado, la salud mental, es un estado de equilibrio emocional, en el que están presentes la autoestima, el autoconcepto y la aceptación de uno mismo. Y, además, el bienestar social, que consiste en tener un equilibrio en la interacción con el medio en el que vive el individuo. Por lo tanto, la salud de una persona es la posibilidad de tener en equilibrio el bienestar biopsicosocial.

Centrándonos en el individuo y su contexto social, donde los comportamientos y estilos de vida pueden afectar a la salud y a la enfermedad, puede ser favorable o desfavorable para el bienestar. La salud se puede evaluar como comportamiento adaptativo, es decir, favorable; o, no adaptativo, que puede conducir a comportamientos enfermizos. Por lo que, el nivel de salud se evalúa en función del comportamiento del sujeto, que a su vez está influenciado por distintos factores.

La enfermedad es una alteración leve o grave de la actividad normal del organismo, de una o varias partes del cuerpo, que generalmente manifiesta síntomas y su evolución es predecible. Sin embargo, las enfermedades crónicas son afecciones que, por lo general, su duración es mayor a seis meses. Esta alteración hace que las personas modifiquen sus estilos de vida, ya que la enfermedad tiende a persistir a lo largo de la vida. Implica limitaciones en la vida cotidiana del individuo, porque hay muchos factores



que influyen en la enfermedad crónica, por ejemplo, el ambiente, los estilos de vida, los hábitos, la herencia, el estrés y la calidad de vida. La persona tiene que pasar por un proceso de adaptación rápido, estando presentes un conjunto de emociones negativas como el miedo, ansiedad, etc. Por lo tanto, es un evento estresante que implica cambios y ajustes para toda la vida (Vinaccia y Orozco, 2005).

Una enfermedad crónica muy frecuente es la migraña, sobre todo es más común en mujeres que en hombres. Es un trastorno neurológico que se presenta como una cefalea fuerte y profunda, de duración variable que va acompañada de múltiples síntomas, que dependen de cada persona su manifestación. Los síntomas pueden ser: fatiga, vómitos e hipersensibilidad a la luz, los olores y/o los sonidos. Los síntomas pueden aparecer antes, durante y después del dolor de cabeza. Algunas personas presentan aura migrañosa, que aparece antes y/o durante la cefalea. El aura es un síntoma “de advertencia”, que se puede combinar con irritabilidad, mareo, debilidad, náuseas, etcétera (Vinaccia y Orozco, 2005.; Ibáñez Milán, 2017).

La migraña crónica tiene repercusión en la calidad de vida. Conlleva un aumento de consumo de recursos sanitarios, humanos, sociales y laborales, por esta razón hay más absentismo y disminución del rendimiento. Tiene implicaciones psicológicas y sociales, por lo que, para mejorar la calidad de vida de las personas con migraña, hay que prestarle atención al control de la enfermedad. Sin embargo, la calidad de vida es diferente dependiendo de la percepción, de cada persona, de la enfermedad. Ésta a su vez comprende el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. Por lo tanto, es un sentimiento de bienestar personal, subjetivo, en el cual, la felicidad abarca la satisfacción y estado de ánimo positivo, es un estado de equilibrio. La satisfacción vital se define como “una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando lo que ha conseguido, sus logros, con lo que esperaba obtener, sus expectativas” (Diener et al.,



1985; Pavot, Diener, Colvin y Sandvik, 1991). Esa satisfacción también está compuesta de la interacción con los demás y con el ambiente (Vinaccia y Orozco, 2005.; Ibáñez Milán, 2017).

La gravedad de la migraña conlleva más dificultades en la resolución de la vida cotidiana y de problemas que puedan surgir. Se debe determinar qué características pueden ser las que promueven el ajuste de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida y, además, ver la influencia que pueden tener factores sociodemográficos como el sexo y la edad. Observar cómo influyen los hábitos de vida y la actitud de las personas diagnosticadas de migraña, y si, han intentado su modificación y adaptación para reducir el dolor. En muchos estudios se han utilizado escalas que miden y evalúan la gravedad de la migraña crónica, siendo los más usados el MIDAS y el HIT-6. El Cuestionario de Evaluación de Discapacidad Migraña (*The Migraine Disability Assessment Questionnaire* (MIDAS)), mide la discapacidad relacionada con la cefalea en base a cinco preguntas y la puntuación se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en ellas. También registra la frecuencia de las cefaleas y la intensidad del dolor (Fernández-Concepción & Canuet-Delis, 2003). La Escala Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6), es una herramienta utilizada para medir el impacto que tienen los dolores de cabeza en su capacidad para funcionar en el trabajo, en la escuela, en el hogar y en las situaciones sociales. Su puntuación muestra el efecto que tienen los dolores de cabeza en la vida diaria y la habilidad para funcionar (Kosinski, Bayliss, Bjorner, Ware, Garber, Batenhorst & Tepper, 2003). Las enfermedades pueden originarse por distintas causas, pero es más importante las conductas que ponen en riesgo la salud, por eso hay que determinar individualmente la modificación, aunque también hay que prestar atención a las condiciones ambientales (Avendaño y Barra, 2008).



Una variable que se desarrolla en la interacción con el ambiente social y el autoconcepto es la autoeficacia. Es la confianza que tiene uno mismo en sus habilidades o capacidades para conseguir los resultados deseados. En el conjunto, está el autoconcepto, siendo este, la valoración que tiene una persona de sí misma. Estas dos variables permiten adquirir conocimiento de uno mismo y del mundo externo, eficacia personal y desarrollo de capacidades. Juegan un rol importante en el ajuste a las condiciones de la enfermedad crónica y, por tanto, a la calidad de vida (Avendaño y Barra, 2008).

Según recoge Bandura (1999), en el libro *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*: Las personas ejercen control sobre situaciones que afectan a sus vidas, esto hace que sean capaces de lograr las metas esperadas y evitar los futuros desfavorables. Puede garantizar unos beneficios personales y sociales, proporcionando incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal. La eficacia sobre la calidad de vida depende de la finalidad con que se aplique, porque puede ser un fuerte impacto para logros sociales valorados que conducen al éxito y al bienestar, pero tiene sus ventajas y desventajas. A su vez están, las creencias sobre la eficacia, éstas son fundamentales porque desempeñan un rol importante para la auto-regulación de la motivación, que consiste en que las personas se motivan a sí mismas y sus acciones están dirigidas a anticipar por medio del pensamiento. Además, estas creencias también influyen en la capacidad de manejar el estrés y las situaciones difíciles. Haciendo que la autoeficacia juegue un rol central en la activación de la ansiedad para ejercer el control, siendo a su vez, un determinante fundamental de la conducta que fomenta la salud. El sentido de la eficacia personal influye en la confianza que tienen las personas en su capacidad para manejar el estrés al que se enfrentan todos los días, activando los sistemas que median la salud y la enfermedad. Relacionándose directamente con la capacidad de



ejercer el control sobre la conducta que modifique los hábitos de salud y estilos de vida. Estos pueden fortalecer o desfavorecer la salud, ya que influyen en el cambio personal, que está mediado por la automotivación y auto-regulación de la conducta. Para que se produzca este cambio la persona debe ser autoconsciente, es decir, tener la creencia de que es “capaz de actuar de tal modo que se produzcan ciertos efectos”. Así se reduce el miedo al fracaso, mejora el pensamiento para resolver problemas y aumentan las aspiraciones futuras.

A la mayoría de las personas les cuesta atreverse a cambiar, y aún más en mantener los cambios que han conseguido, sobre todo cuando se enfrentan a los incentivos para modificar sus hábitos anteriores. Para ello, las personas aprenden a ver las acciones como causa de los sucesos y confían en la posibilidad de cambiar las conductas de riesgo y los hábitos. Sin embargo, si creen que no disponen de la capacidad para realizar el cambio, no perderán el tiempo en buscar diferentes medios para cambiar; pero, si creen que pueden efectuarlo, buscarán los mejores medios para lograrlo.

En muchos estudios se ha observado una mayor relevancia en investigar el afrontamiento en las personas con dolor crónico. Es importante medir y evaluar las distintas formas que presenta un individuo a la hora de afrontar el dolor (Soriano y Monsalve, 2004). El afrontamiento ha sido definido por Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping* como: "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Además, se refleja en la teoría de la neuromatriz (Melzack y Loeser, 1978) “la consideración de que el control del dolor crónico requiere, como fuente de estrés, un esfuerzo adaptativo facilitado por las estrategias que el individuo aporta a dicha situación, y en este sentido, la vivencia del dolor crónico implica la necesidad de enfrentarse a una



situación primariamente estresante que va a requerir de la utilización de ciertas estrategias personales”. Algunas van a favorecer la adaptación del individuo, mientras que otras van a limitar dicha adaptación, considerándose un criterio diferencial en el ajuste de los pacientes con dolor crónico, de manera que en algunos de ellos los patrones desadaptativos de afrontamiento pueden aumentar la gravedad del dolor y el impacto del mismo sobre la conducta (Keefe, Caldwell, Queen, et al., 1987; Revenson y Felton, 1989).

La valoración del dolor y su afrontamiento son procesos que van unidos, determinando la evolución de los síntomas e incluso la cronicidad. Por esta razón, hay que determinar las estrategias de afrontamiento que presentan las personas con diagnóstico de migraña. Ya que, al tener más, la valoración del dolor será más baja, a consecuencia de poder resolver más exitosamente las crisis migrañosas. Centrándose en los procesos de afrontamiento que usan las personas con migraña para controlar el dolor, los resultados de la investigación de Luis Rodríguez Franco, Francisco Javier Cano García y Alfonso Blanco Picabia en *Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico*, apuntan a que es “...una estructura que es conocida en otras investigaciones, destacándose las de tipo cognitivo, como ignorar el dolor a través de la imaginación; y las conductuales, como la búsqueda de apoyo social, descanso, evitación de actividades o situaciones, etcétera...”. Por lo que, Gil et al. encontraron que las estrategias de afrontamiento predecían el ajuste a la enfermedad. Se han desarrollado distintos instrumentos para evaluar dicha dimensión, algunos son generales y otros específicos para pacientes con dolor crónico. Entre los primeros el *Ways of Coping Checklist* (WCC) y sus revisiones, y entre los segundos el *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI), el *Pain-Related Self-Statements Scale* (PRSS) y el *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ). Siendo este último, el CSQ, el instrumento de evaluación más utilizado con pacientes con dolor crónico.



La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, define la calidad de vida como: “la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. La calidad de vida está relacionada con la salud, siendo una interpretación subjetiva por parte del individuo, de su satisfacción vital y de la repercusión de la enfermedad en su vida cotidiana. Se le suma otro aspecto que se debe tener en cuenta, las estrategias de afrontamiento son la manera en el que el sujeto intenta manejar las fuentes de estrés y poner mecanismos en marcha ante el dolor. La utilización de estrategias pasivas (por ejemplo, el rezo) se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico. Por el contrario, las estrategias activas (solución de problemas, búsqueda de información) se relacionan de forma positiva con el funcionamiento físico y psicológico. Por lo tanto, las estrategias que son más eficaces son las que eliminan la atención y la concentración del individuo en el dolor crónico y a su vez, desvían esas capacidades a otras actividades (Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Esteban, Vallejo y Arizaga, 2008).

Según Terwindt, Ferrari, Tijhuis, Groenen, Picavet y Launer (2000), en el artículo, *The impact of migraine on quality of life in the general population The GEM study*: las personas con migraña informan de un difícil funcionamiento físico, mental y social, particularmente en aquellos que presentan una alta frecuencia en crisis migrañosas.

El objetivo de la investigación se centra en el estudio de cómo afecta la gravedad de la migraña a la calidad de vida de las personas con esta enfermedad crónica, y el papel que juegan las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia para controlar el dolor crónico.



## MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo mediante encuestas (Montero y León, 2002). Para recabar la información se ha utilizado un cuestionario, que se han autocumplimentado los participantes a partir de las instrucciones proporcionadas.

### *Participantes*

Este estudio está compuesto por 50 sujetos que presentan migraña crónica, 34 mujeres (68%) y 16 hombres (32%). La mayoría de los sujetos encuestados tienen una edad entre 18 a 25 años (78%). Aunque también hay personas de 31 a 35 años (8%), de 36 a 40 años (6%), de 41 a 55 años (4%) y de 56 años o más (4%). Sin embargo, no se consiguieron personas entre los 26 a 30 años.

### *Instrumentos*

Este estudio se ha llevado a cabo mediante la utilización de un cuestionario, que se divide en varias escalas: Satisfacción con la Vida, Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6), Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (CSQ) y Autoeficacia General (ver *Anexo*).

**La Escala de Satisfacción con la Vida** (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Consta de 5 ítems, en una escala tipo Likert con 5 puntos de respuesta que van desde “Totalmente en desacuerdo” (1), hasta “Totalmente de acuerdo” (5). El bienestar subjetivo incluye, por un lado, los juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida y, por otro, las evaluaciones afectivas sobre el humor y las emociones (Diener y Lucas, 1999). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio es de 0,80 (ver *Tabla 1*).

**La Escala Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6)**, es una herramienta utilizada para medir el impacto que los dolores de cabeza tienen en su



capacidad para funcionar en el trabajo, la casa, la escuela y en situaciones sociales. Consta de 6 ítems, en una escala de tipo Likert con 5 puntos de respuesta que van desde “Nunca”, hasta “Siempre”. Su puntuación le muestra el efecto que los dolores de cabeza tienen en la vida diaria normal y en su capacidad para funcionar. HIT fue desarrollado por un equipo internacional de expertos en dolores de cabeza de neurología y de medicina de cuidados primarios en colaboración con los psicólogos quienes desarrollaron la herramienta de valoración de la salud SF-36 (Kosinski, Bayliss, Bjorner, Ware, Garber, Batenhorst & Tepper, 2003). Se ha elegido esta escala de gravedad de la migraña por acotamiento de tiempo. El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio es de 0,82 (ver *Tabla 1*).

**El Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor (Coping Strategies Questionnaire, CSQ)**, fue desarrollado por Rosenstiel y Keefe (1983). Los autores generaron los 48 ítems del CSQ a partir de su experiencia en estudios clínicos y experimentales. Rosenstiel y Keefe, los dividieron en 8 escalas de 6 ítems cada una: a) Distracción; b) Reinterpretación de la sensación dolorosa; c) Autoverbalizaciones de afrontamiento; d) Ignorar la sensación dolorosa; e) Rezos y esperanza; f) Catastrofización; g) Incremento del nivel de actividad; y h) Incremento de las conductas dirigidas a disminuir el dolor. Para este estudio se ha adaptado el cuestionario, disminuyendo los ítems y haciéndolo más específico para la migraña crónica. Consta de 28 ítems, en una escala de tipo Likert con 5 puntos de respuesta que van desde “Totalmente en desacuerdo” (1), hasta “Totalmente de acuerdo” (5). El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio es de 0,86 (ver *Tabla 1*).

**La Escala de Autoeficacia General** (Baessler y Schwarzer, 1996). Consta de 10 ítems, en una escala de tipo Likert con 5 puntos de respuesta que van desde “Totalmente en desacuerdo” (1), hasta “Totalmente de acuerdo” (5). Se han adaptado los ítems de la



escala para que sea más específica para la migraña crónica. De manera que se modificó la expresión de las frases para un mejor entendimiento y para que fueran más específicas de la migraña crónica. Por ejemplo, el ítem 1: “Puedo encontrar la forma de hacer lo que quiero, aunque sufra una crisis de migraña” (ver *Anexo*). También se excluyeron los ítems 3, 6 y 9, para obtener el coeficiente alfa de Cronbach en este estudio de 0,90 (ver *Tabla 1*).

### ***Procedimiento***

Se han obtenido los datos, a partir de los instrumentos mencionados anteriormente, enviando los enlaces por vía internet, que contestaron los 50 participantes. El cuestionario fue dirigido a estudiantes, familiares y, a través de una persona interpuesta, se consiguieron personas con migraña crónica. Se envió mediante un enlace compuesto por: instrucciones, en las que se les explicaba a los participantes la información sobre el estudio y cómo se debe responder a los distintos ítems; se les pedía información sobre el género y la edad (en intervalos); entonces se les presentaban las escalas que debían responder, en el siguiente orden: la escala de HIT-6, la escala de Satisfacción con la Vida, la escala de Autoeficacia General y el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Dolor. La duración del cuestionario al completo es variable, dependiendo del ritmo de cada persona, pero aproximadamente 10 minutos.

### ***Análisis de datos***

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa estadístico SPSS mediante una versión gratuita. Se obtuvo la fiabilidad de las escalas a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Se realizaron las correlaciones entre las distintas escalas para obtener posibles significaciones. También se realizó una prueba t para comparar las medias de los grupos de gravedad. Y, además, se hizo una regresión múltiple, para predecir el valor de la



variable dependiente (calidad de vida) a partir de un conjunto de variables independientes (autoeficacia, gravedad y afrontamiento).

## RESULTADOS

Se ha llevado a cabo análisis de consistencia interna para obtener la fiabilidad de las escalas utilizadas en el estudio. Los resultados que se obtuvieron fueron el coeficiente Alfa de Cronbach, para ver si el instrumento medía lo que se pretendía medir, es decir, si eran fiables las escalas que se han utilizado para obtener resultados acerca de la migraña crónica (ver *Tabla 1*). Cabe destacar que, en la escala de Autoeficacia General, se excluyeron los ítems 3, 6 y 9, para aumentar la fiabilidad de la prueba (ver *Anexo*).

**Tabla 1.**

*Estadísticas de fiabilidad.*

	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N</b> <b>de elementos</b>
HIT-6	.827	6
Calidad de vida	.809	5
Autoeficacia	.906	7
Afrontamiento	.862	28

Se ha realizado correlaciones de las distintas variables a estudiar, para ver la relación entre ellas. No se obtuvo relación significativa entre las variables: HIT-calidad



de vida, HIT-autoeficacia, HIT-afrentamiento, calidad de vida-autoeficacia y calidad de vida-afrentamiento. No obstante, si hubo significación en autoeficacia-afrentamiento de .467\*\*, por lo tanto, están correlacionadas ya que la relación entre ellas es significativa (ver *Tabla 2*). Son predictores de la satisfacción vital, son variables similares, que cooperan para un mismo fin. La autoeficacia es la creencia en las habilidades propias para manejar diferentes situaciones que se presentan, es fundamental no sólo en cómo sentirse sino también en conseguir las metas (Bandura, 1986). Por lo tanto, el afrontamiento hace referencia a los esfuerzos para hacer frente a demandas y conflictos entre ellas. Es decir, si la persona cree que es capaz de manejar una situación conflictiva, se esforzará para controlar esas demandas y sentirá que puede lograrlo.

**Tabla 2.**

*Correlaciones.*

	HIT-6	CV	AUTO	AFRONT
HIT-6	1			
CV	-.061	1		
AUTO	.047	.251	1	
AFRONT	.200	.204	.467**	1

Se ha usado la regresión múltiple en este estudio para analizar la posible relación entre las variables independientes (autoeficacia, afrontamiento y gravedad) y otra variable dependiente (calidad de vida). Los resultados que se han obtenido en la regresión han sido no significativos. Los datos sugieren que las variables predictoras no están asociadas con



la variable criterio. Es decir, no se puede predecir el valor de la calidad de vida (variable dependiente) a partir del conjunto de variables independientes: autoeficacia, afrontamiento y gravedad; no están asociadas con la variable criterio (ver *Tabla 5*).

**Tabla 3.**

*Resumen del modelo.*

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R cuadrado</b>	<b>R cuadrado ajustado</b>
HIT-6			
Autoeficacia	.284 <sup>a</sup>	.081	.021
Afrontamiento			

**Nota:** El coeficiente de determinación (R cuadrado): es el porcentaje de calidad de vida que se debe a las variables predictoras. El R cuadrado ajustado tiene en cuenta el número de datos y de variables. Por lo tanto, el 3% es lo que explican de calidad de vida.

**Tabla 4.**

*Anova.*

<b>Modelo</b>	<b>Significación</b>
Regresión	.271

**Tabla 5.***Coefficientes.*

<b>Modelo</b>	<b>Significación</b>
(Constante)	.000
Autoeficacia	.234
Afrontamiento	.424
HIT-6	.525

Se realizó una prueba t para comparar las medias de los grupos de gravedad (menor gravedad (1) y más gravedad (2)). Con los datos del cuestionario HIT-6 se formó una variable, que a partir de ella, se creó otra variable llamada gravedad para crear a su vez, dos grupos de gravedad. Con el fin de estudiar si hay diferencia significativa entre los grupos y así, comprobar si se cumple el objetivo. Por lo tanto, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: se asumen que las varianzas son iguales, es decir que el p-valor que se ha obtenido ha sido de 0.364, por lo que sí hay diferencia, pero no es significativa para el estudio. En definitiva, no existen diferencias significativas entre las medias de los grupos de gravedad (ver *Tabla 6*).

**Tabla 6.***Estadísticas de grupo.*

<b>Gravedad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.</b>	<b>t</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
1	27	3,4518	.5885	.916	.364
2	23	3,2695	.8148		

## DISCUSIÓN

Este trabajo pretende analizar cómo afecta la gravedad del dolor crónico a la calidad de vida de las personas con migraña, y el papel que juegan las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia que puedan presentar para controlar el dolor. Sin embargo, se han encontrado resultados, en su mayoría, poco significativos sobre la investigación.

En primer lugar, se realizaron los análisis de fiabilidad para obtener la consistencia interna de los instrumentos utilizados para recabar la información necesaria. En cada una de las escalas utilizadas se han obtenido los coeficientes alfa de Cronbach muy buenos, es decir, que la validez de los instrumentos que se han usado para medir calidad de vida, gravedad, autoeficacia y estrategias de afrontamiento tienen un grado de fiabilidad bueno para medir aquello que se pretende medir.

Luego, se hicieron correlaciones para ver si hay relación entre las variables. Si están correlacionadas será cuando los valores de una de ellas varían, entonces habría relación significativa. Sin embargo, la única relación que se obtuvo es entre autoeficacia



y afrontamiento, ya que están correlacionadas. Se entiende este resultado porque estas variables tienen muchos aspectos similares. Las demás variables no mostraron estar correlacionadas, por lo que la relación es no significativa.

Sin embargo, en muchos estudios se ha investigado que si el sujeto presenta mejores estrategias de afrontamiento y se cree capaz de controlar el dolor, tendrá una mejor calidad de vida. Porque la migraña crónica repercute en ella, por tener implicaciones psicológicas y sociales, por lo que hay que prestar atención al control de la enfermedad. Según Bandura (1999), la autoeficacia es un determinante fundamental de la conducta que fomenta la salud, porque activa mecanismos para ejercer el control del dolor. La persona debe ser autoconsciente, es decir, tener la creencia de que es “capaz de actuar de tal modo que se produzcan ciertos efectos” para mejorar su calidad de vida. Por lo tanto, Bandura (1999) en su investigación, si observó la relación entre autoeficacia, afrontamiento y calidad de vida, porque si las personas creen que pueden efectuar las modificaciones necesarias para controlar el dolor, buscarán los mejores medios para lograr tener mejor calidad de vida. En este estudio, si se obtuvo relación entre autoeficacia y afrontamiento, pero no hay una relación directa con calidad de vida. Igualmente, Melzack y Loeser (1978), en la teoría de la neuromatriz, analizaron la relación entre el dolor crónico y las estrategias de afrontamiento y la conclusión que obtuvieron fue la siguiente: “el esfuerzo adaptativo facilitado por las estrategias que el individuo aporta a dicha situación, y en este sentido, la vivencia del dolor crónico implica la necesidad de enfrentarse a una situación estresante que va a requerir de la utilización de ciertas estrategias personales”. Es decir que, si las estrategias de afrontamiento son desadaptativas, pueden aumentar la gravedad del dolor y el impacto del mismo sobre la conducta (Keefe, Caldwell, Queen, et al., 1987; Revenson y Felton, 1989). Por lo que, si hay relación entre estas variables, ya que puede suceder lo contrario: si las estrategias son



adaptativas disminuyen la gravedad, haciendo que se tenga mejor calidad de vida. También lo confirma Gil et al., encontraron que las estrategias de afrontamiento predecían el ajuste a la enfermedad. Pero, en definitiva, en este estudio no se encontró relación.

Por lo tanto, se realizó una regresión lineal múltiple, y se confirmaron los datos de las correlaciones. Se ha usado para ver la posible relación entre las variables independientes (autoeficacia, afrontamiento y gravedad) y otra variable dependiente (calidad de vida). Pero, los resultados que se han obtenido han sido los mismos, no significativos. Por lo que autoeficacia, afrontamiento y gravedad no están asociadas con calidad de vida.

Por tal razón, se crearon dos grupos de gravedad: grupo 1 (menor) y grupo 2 (mayor). Con el fin de realizar una prueba t para comparar las medias de los grupos de gravedad y buscar diferencias significativas entre ellos dentro de una misma variable dependiente, es decir, calidad de vida. Para comprobar si se cumple el objetivo del estudio. A pesar de ello, los resultados que se obtuvieron fueron que si hay diferencia, pero no es significativa para el estudio. De tal manera que, no existen diferencias significativas entre las medias de los grupos de gravedad. Esto hace referencia a lo dicho anteriormente, la gravedad medida objetivamente en este estudio ha dado resultados homogéneos con respecto al dolor que presentan los sujetos.

Las limitaciones que se han contemplado han sido las siguientes: en primer lugar, el número de participantes es pequeño, por lo que se debería haber insistido en un mayor número de sujetos, para recabar más datos. También se ha presentado una población homogénea, con respecto a la gravedad de la migraña, que ha hecho que los resultados no sean relevantes significativamente. En segundo lugar, las edades de los sujetos son diferentes, ya que hay más participantes de edades comprendidas entre los 18 y 25 años, se debería haber buscado el mismo número de personas por intervalos de edad.



Sumándole, haber buscado tantos hombres como mujeres. Y, en tercer lugar, aunque las escalas utilizadas medían lo que se pretendía medir, es posible que como algunas de ellas se han adaptado, los ítems que se han invertido no se comprendieron como se debería; o, por otro lado, el tipo de respuesta en la escala de tipo Likert utilizada es posible que no haya sido la adecuada.

En líneas de investigación futuras, con una población de participantes mayor, sería fundamental estudiar las relaciones entre estas variables, el dolor crónico y la percepción de la enfermedad, para observar la posible relación entre ellas y analizar el efecto de la cronicidad.

Se puede concluir que con este estudio no se ha demostrado la hipótesis principal. Ya que, no hay relación que compruebe que la gravedad de la migraña afecta a la calidad de vida, asimismo, tampoco corrobora que tener la creencia de ser capaz (autoeficacia) y presentar estrategias de afrontamiento para controlar el dolor crónico, proporcione mejor calidad de vida. A su vez, tampoco hay diferencia significativa entre los grupos de gravedad. Los resultados obtenidos se pueden aclarar de tal manera que explique la no significación de los datos. Una de las posibles explicaciones es que la gravedad al medirla objetivamente es estable con respecto a la valoración del dolor. Cada sujeto, individualmente, tiene una valoración subjetiva del dolor que siente en las crisis de migraña, puede ser mayor o menor, sin embargo, según los datos recabados y analizados se entiende que esa valoración cuando se mide objetivamente no varía significativamente. Las estimaciones de los sujetos coinciden con los procesos de evaluación de la gravedad, es decir, no varían, porque son homogéneos. Por lo tanto, el dolor crónico es igual para todos los participantes.



### **Referencias bibliográficas:**

Bandura, A. B. Albert. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Soucase, B., Monsalve, V., & Soriano, J. F.. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 8-16. Recuperado en 21 de junio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100003&lng=es&tlng=es).

Soriano, J., & Monsalve, V.. (2004). Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 27-34. Recuperado en 22 de junio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000700002&lng=es&tlng=es).

Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico. *Rev Soc Esp. Dolor* 2002; 9: 13-22.

Melzack R, Loeser JD. Phantom body pain in paraplegics: evidence for a central "pattern generating mechanism" for pain. *Pain* 1978; 4: 195-210.

Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping, N.Y.: *Springer* 1984.

Keefe F, Caldwell D, Queen K, et al. Pain coping strategies in osteoarthritis patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55: 208-12.



- Revenson TA, Felton BJ. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 344-8.
- Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 1980; 21: 219-39.
- Vitaliano P, Russo J, Carr J, et al. The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavior Research* 1985; 20: 3-26.
- Brown G, Nicassio P. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53-64.
- Flor H, Behle D, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy* 1993; 31: 63-73.
- Rosenstiel A, Keefe F. The use of coping strategies in chronic low back pain: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
- Soriano J, Monsalve V. Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología* 1999; 62: 43-64.
- Rodríguez Franco, L., Cano García, F.J. y Blanco Picabia, I. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (2), 82-91.
- González-Quintanilla, V., Toriello-Suárez, M., Gutiérrez-González, S., Rojo-López, A., González-Suárez, A., Viadero-Cervera, R., ... & Oterino-Durán, A. (2015). Estrés laboral en pacientes migrañosos: diferencias según la frecuencia de las crisis. *Neurología*, 30(2), 83-89.



- Yang, M., Rendas-Baum, R., Varon, S. F., & Kosinski, M. (2011). Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*, 31(3), 357-367.
- Cabañero Martínez, M., Richart Martínez, M., Cabrero García, J., Orts Cortés, M., Reig Ferrer, A., & Tosal Herrero, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3)
- Montero, I., & León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3).
- MacGregor, E. A., Brandes, J., & Eikermann, A. (2003). Migraine prevalence and treatment patterns: the global Migraine and Zolmitriptan Evaluation survey. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 43(1), 19-26.
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Kolodner, K. B., Sawyer, J., Lee, C., & Liberman, J. N. (2000). Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain*, 88(1), 41-52.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(1), 307-337.



- Hernández-Fernaud, E., Hernández, B., Ruiz, A., Rodríguez, A., & Betancor, V. (2008). Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. *Psicothema*, 20(2).
- Hernández-Fernaud, E., Ramos-Sapena, Y., Negrín, F., Ruiz-De La Rosa, C. I., & Hernández, B. (2011). Empleabilidad percibida y autoeficacia para la búsqueda de empleo en universitarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(2), 131-142.
- Hernández-Fernaud, E., Hernández, B., & Ruiz, C. (2015). Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 14(2), 523.
- Kraft, C. A., Lumley, M. A., D'souza, P. J., & Dooley, J. A. (2008). Emotional approach coping, and self-efficacy moderate the effects of written emotional disclosure and relaxation training for people with migraine headaches. *British journal of health psychology*, 13(1), 67-71.
- Raggi, A., Covelli, V., Schiavolin, S., Giovannetti, A. M., Cerniauskaite, M., Quintas, R., ... & D'Amico, D. (2016). Psychosocial difficulties in patients with episodic migraine: a cross-sectional study. *Neurological Sciences*, 37(12), 1979-1986.
- Raggi, A., Giovannetti, A. M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., ... & Leonardi, M. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The journal of headache and pain*, 13(8), 595-606.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 1(2).



- Avendaño Monje, M. J., & Barra Almagiá, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Ibáñez Milán, V. (2017). Proyecto de programa de educación para la salud:" Adelántate a la migraña".
- Sosa-Azcorra, J. A., del Refugio González-Losa, M., & Salazar-Ceballos, J. E. (2014). Migraña: Impacto en la calidad de vida de los Médicos Internos de Pregrado en Mérida, México. *Revista Biomédica*, 25(2), 68-73.
- Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., & Andrés, J. de. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 45-51. Recuperado en 22 de junio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000600004&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600004&lng=es&tlng=pt).
- Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D.S.. (2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global*, (16) Recuperado en 22 de junio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=en).
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, Vallejo, R. M<sup>a</sup>, & Arizaga, A.. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 83-93. Recuperado en 22 de junio de 2018, de



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462008000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000200004&lng=es&tlng=es).

Terwindt, G. M., Ferrari, M. D., Tijhuis, M., Groenen, S. M. A., Picavet, H. S. J., & Launer, L. J. (2000). The impact of migraine on quality of life in the general population The GEM study. *Neurology*, 55(5), 624-629.

Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.

Gracia-Naya, M., Alarcia-Alejos, R., & Modrego-Pardo, P. J. (2008). Importancia de la migraña crónica en una consulta general de neurología. *Rev Neurol*, 577-581.

Carod-Artal, F. J., Irimia, P., & Ezpeleta, D. (2012). Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol*, 54(1), 629-37.

Kosinski, M., Bayliss, M. S., Bjorner, J. B., Ware, J. E., Garber, W. H., Batenhorst, A., ... & Tepper, S. (2003). A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6™. *Quality of Life Research*, 12(8), 963-974.

Fernández-Concepción O, Canuet-Delis, L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev. Neurol.* 2003; 36 (12): 1105 - 1112



## ANEXO

### *Instrucciones:*

Sección 1 de 6



# MIGRAÑA CRÓNICA

En la Universidad de la Laguna, mediante el proyecto de fin de Grado de la carrera de Psicología, se realiza un estudio de personas con migraña crónica y su calidad de vida. A continuación se encontrará una serie de apartados que le invitamos a responder, es fundamental para el estudio recabar estos datos para entender la relación de la migraña con la calidad de vida y la capacidad de las personas de afrontar distintas dificultades.

En cada una de las secciones están explicadas las instrucciones y los intervalos de respuesta.

Este cuestionario es anónimo, por lo que le proponemos responder sinceramente.

¡Gracias por su colaboración!

### *Datos sociodemográficos:*

- **Género**

Mujer  
Hombre  
Otros

- **Edad**

18 a 25 años  
26 a 30 años  
31 a 35 años  
36 a 40 años  
41 a 55 años  
56 años o más



*Escalas:*

∞ **ESCALA HIT-6**

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?
2. ¿Con qué frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como las tareas domésticas, el trabajo, los estudios o actividades sociales?
3. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desearía poder acostarse?
4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansada/o para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?
5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido harta/o o irritada/o debido a su dolor de cabeza?
6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza ha limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o en las actividades diarias?

∞ **CALIDAD DE VIDA**

1. El tipo de vida que llevo se parece al tipo de vida que siempre soñé llevar.
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.
3. Estoy satisfecho con mi vida.
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida.
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, me gustaría que todo volviese a ser igual.

∞ **AUTOEFICACIA**

1. Puedo encontrar la forma de hacer lo que quiero, aunque sufra una crisis de migraña.
2. Si me esfuerzo lo suficiente, aun sufriendo una crisis de migraña, puedo resolver problemas difíciles.
3. **Me es difícil insistir, en lo que me he propuesto, cuando tengo una crisis de migraña.**
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados, aun sufriendo una crisis de migraña.
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas, aunque esté sufriendo una crisis de migraña.
6. **Teniendo una crisis de migraña, no puedo resolver la mayoría de los problemas, aunque me esfuerce lo necesario.**
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo, aunque sufra una crisis de migraña.
8. En medio de una crisis de migraña, cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquilo/a.



9. **Sufriendo una crisis de migraña, si me encuentro en una situación difícil, generalmente no se me ocurre qué debo hacer.**
10. Al tener que hacer frente a un problema, aun teniendo dolor de cabeza, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

## ∞ ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

1. Veo el dolor como un desafío (“a ver quién puede más, él o yo”).
2. Me digo a mí mismo que no puedo permitir que el dolor interfiera en lo que tengo que hacer.
3. No presto atención al dolor.
4. Hago cosas que me gustan, como ver la televisión o escuchar la radio, cuando sufro el dolor.
5. No pienso en el dolor.
6. Realizo juegos o distracciones mentales para quitarme el dolor de la cabeza.
7. Me digo a mí mismo que puedo superar el dolor.
8. Tengo confianza en que algún día los médicos me curarán el dolor.
9. Me imagino que el dolor está fuera de mí.
10. El dolor es terrible y pienso que nunca me pondré mejor.
11. Creo que no puedo soportar más el dolor.
12. Creo que algún día alguien me ayudará y el dolor desaparecerá.
13. Hago como si el dolor no fuera parte de mí.
14. Hago como si no me doliera nada.
15. Rezo a Dios para que no dure más el dolor.
16. Me pongo a hacer cosas como tareas domésticas o planear actividades, cuando siento el dolor.
17. Rezo para que pare el dolor.
18. Me digo a mí mismo que no me duele.
19. Pienso que no vale la pena vivir así.
20. Aunque me duela sigo con lo que estuviera haciendo.
21. No importa lo grande que sea el dolor, sé que puedo con él.
22. Trato de imaginarme un futuro en el que me haya librado del dolor.
23. Me digo a mí mismo que debo ser fuerte y continuar a pesar del dolor.
24. Ignoro el dolor.
25. El dolor es horrible y siento que me desborda.
26. Me paso el día preocupado de si acabará alguna vez el dolor.
27. Me acuesto.
28. Pienso en personas con las que me gusta estar.