



CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

MODELO EXPERIENCIAL DE LAS MIGRAÑAS COMO SÍNDROME PSICOSOMÁTICO

Autor: Mónica Jiménez López de Castro

Director: Ciro Caro García

Madrid

Mayo 2015

Mónica
Jiménez
López de Castro

MODELO EXPERIENCIAL DE LAS MIGRAÑAS COMO SÍNDROME PSICOSOMÁTICO



Modelo experiencial de las migrañas como síndrome psicossomático.

Mónica Jiménez López de Castro

Universidad Pontificia de Comillas

Resumen. *Introducción/Objetivo. El objetivo del trabajo es rastrear las evidencias sobre la formulación experiencial acerca del procesamiento emocional en los migrañosos psicossomáticos. Método. Se utilizó el TMMS-24 (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) para medir la Inteligencia Emocional de un grupo de migrañosos y en otro con cefaleas comparándolos con un grupo control. También se elaboró una entrevista semi-estructurada basada en la formulación de los problemas de los psicossomáticos de Sachse (1998) y en términos de la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) que fue probada con 6 sujetos. Resultados. No se encontró relación entre IE (atención, claridad y reparación) y padecer migrañas. Tampoco en cefaleas salvo en la habilidad de “atención” de IE ($\chi^2 = 0,028$). La entrevista elaborada fue capaz de distinguir a los migrañosos psicossomáticos. Conclusión. El trabajo presenta a la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) como alternativa a otros tratamientos que existen para la migraña, y aporta una formulación novedosa acerca de cuáles son los procesos disfuncionales en los migrañosos psicossomáticos.*

Palabras clave. *Migraña. Trastorno psicossomático. Terapia Focalizada en la emoción. Inteligencia Emocional.*

Abstract. *Purpose. The purpose of the project is to trace the evidence about the experiential formulation of the emotional process in migrainers. Method. We used the TMMS-24 (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) to measure the Emotional Intelligence of a group of migrainers and another group of other headaches. Also we designed a semi structured interview based on the formulation of Sachse (1998) about psychosomatic patients in terms of the Emotional Focused Therapy (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott et al., 2004). It was tested in 6 subjects. Results. We didn't find correlation between EI (attention, clarity and regulation) and migraines. This was also the case for other headaches except for the ability of “attention” ($\chi^2 = 0,028$). The interview we designed allowed us to discern psychosomatic migrainers. Conclusion. We consider that this study presents Emotional Focused Therapy (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) as an alternative to other treatments of migraine and contributes a new formulation about the dysfunctional processes in psychosomatic migrainers.*

Key words. *Migraine. Psychosomatic disorder. Emotional-Focused Therapy. Emotional Intelligence.*

Introducción

La migraña es un tipo de cefalea primaria que afecta entre al 11% y al 13% de la población adulta en los países occidentales. En España se estima que el 12,6% de casi 30 millones de personas de entre 18 y 65 años pueden padecer migraña. Supondría un 3,5 millones de migrañosos (Gracia, Alarcia y Modrego, 2008). La migraña es considerada por la OMS como una de las 20 enfermedades que más incapacitan ya que, durante las crisis, los pacientes se sienten verdaderamente afectados y con imposibilidad de llevar a cabo cualquier tarea (laboral, social o familiar). La padecen en su mayoría mujeres (Visens, 2014).

La migraña se describe como un dolor pulsátil muy intenso, que normalmente comienza en un lado de la cabeza y cuya duración oscila entre tres horas y tres días. Durante los momentos más intensos de dolor la persona puede presentar fonofobia y fotofobia, así como náuseas y vómitos (Comeche, 2013). Deza (2010) habla de la posible existencia de un gen que haga susceptible a la persona de padecer migraña dado que las personas que padecen de tal dolor de cabeza tienen familiares directos con el mismo problema, hasta en el 70% de ellas. En cualquier caso, existen dos teorías médicas que explican la migraña (Deza, 2010):

a) *La teoría vasogénica* supone que ocurre una isquemia transitoria inducida por vasoconstricción. La migraña y el dolor aparecerían como consecuencia del proceso compensatorio en el que se dilatan excesivamente los vasos extracraneales. Este momento coincide con la aparición y desarrollo de la cefalea. Finalmente, pasadas varias horas, la perfusión cerebral alterada vuelve a su nivel normal.

b) *La teoría neurovascular* concede al sistema nervioso central un papel crucial en la aparición y desarrollo de los mecanismos que ocasionan la crisis de migraña. Aunque no se conoce con exactitud el mecanismo que dispara e inicia la crisis de migraña, se piensa que está relacionado con la activación de un grupo neuronal ubicado en la parte central del mesencéfalo. Producida la activación, los impulsos nerviosos resultantes se dirigen hacia la parte inferior del tronco encefálico mediante la vía del trigémino y llegan hasta las ramificaciones axonales periféricas distribuidas en las meninges y en las arterias extra craneales. En consecuencia se liberan varios compuestos que provocan inflamación tisular y neurogénica, además de vasodilatación arteriolar. La dilatación anormal provoca a su vez la liberación de varios compuestos sanguíneos como la sustancia P, la bradicinina, la serotonina, etc. Estos compuestos activan las terminaciones nerviosas del trigémino (receptores de dolor) y aumentan su sensibilidad. El dolor de la migraña sería por tanto fruto de la vasodilatación y la inflamación local que ocurre durante el episodio.

Por tal motivo la estrategia farmacológica para frenar la crisis dolorosa de la migraña está orientada al control de la vasodilatación (usando sustancias de conocido efecto vasoconstrictor)

o prescribiendo compuestos que frenan la excitación y/o la sensibilización de la membrana de los receptores de dolor (sustancias bloqueadoras de la enzima ciclooxigenasa tisular).

En cualquier caso, y sea cual sea el mecanismo que provoca la vasodilatación y el dolor, la clínica y la investigación han permitido identificar numerosos factores implicados en el desencadenamiento de migrañas (Adeva y Feroso, 2005; Deza, 2010; Planes, 1992):

- Factores endocrinos: migraña en la proximidad o durante la menstruación, en los primeros meses de la gestación y también en la menopausia. También existen migrañas relacionadas con la toma de anticonceptivos orales.
- Factores inmunitarios: reacciones alérgicas a determinadas sustancias.
- Factores metabólicos: fallos en los procesos enzimáticos de degradación en las catecolaminas tras la ingestión de chocolate, queso, vino tinto, cerveza, café, tabaco...
- Estímulos sensoriales: luces brillantes o parpadeantes, los olores...
- El insomnio e hipersomnia no orgánica (primaria), que pueden precipitar la crisis dolorosa en el paciente con migraña.
- El ejercicio físico intenso, incluyendo la actividad sexual.
- Cambios de temperatura extremos (calor o frío), que pueden provocar el inicio de la crisis en personas con migraña.
- Medicamentos como el gemfibrozil, la nitroglicerina y otros son también referidos como disparadores de cefalea migrañosa.
- Y finalmente el estrés, factor psicológico inespecífico con importantes implicaciones neuroendocrinas.

Muchos autores proponen que el estrés puede desencadenar directamente la migraña en pacientes biológicamente propensos y potenciar indirectamente su desencadenamiento (Hassinger, Semenchuck y O'Brien, 1999; Maleki, Brawn, McEwen y Burstein 2013; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009; Planes, 1992; Özdemir, Aykan y Güzel, 2014; Wöber, Holzhammer, Zeithofer, Wessely y Wöber- Bingöl, 2006).

En estudios de Ramussen, 1993 y Wacogne, Lacoste, Guillibert, Hugues y Lunne (como se citaron en Najam y Aslam, 2010) se nombran como precipitantes de la migraña el estrés y la "tensión mental" conceptualizada como ira, preocupación, excitación o depresión. No obstante y dado que el término "estrés" es inespecífico, sería interesante contemplar los factores psicológicos relacionados con la migraña y por tanto plantear una perspectiva psicosomática para comprender el tipo de migrañas que se disparan por estrés, tensión mental o sucesos percibidos como estresantes. Tradicionalmente, las clasificaciones diagnósticas han hablado de "Trastornos psicosomáticos" (DSM-II) para referirse al tipo de problemas por los que un

conflicto psicológico o una gestión improductiva de la experiencia emocional se traducen en sintomatología médica-física con o sin lesión tisular. Sin embargo, actualmente el DSM se refiere tan solo a "Factores psicológicos que afectan al estado físico o a la condición médica" cuando se ha hecho un diagnóstico en el Eje III (condición médica). De este modo, en este tipo de clasificaciones, los trastornos psicósomáticos parecen haber perdido importancia. Sin embargo, aunque esta limitación condiciona las conceptualizaciones sobre la migraña provenientes de la Psicología de la Salud, la Medicina Psicósomática persiste formal y clínicamente como una disciplina específicamente dedicada a estudiar las relaciones entre fenómenos biológicos, sociales y psicológicos, y a considerar los cuadros específicos en los que estas relaciones son la clave explicativa que determina el tratamiento. Por ello, la podríamos considerar como una ciencia integradora cuya intención consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y sucesos psicológicos y los biológicos (González de Rivera, 1991). Esta visión abre un espacio legítimo para la intervención psicológica sobre problemas que parecen manifestarse sólo físicamente y crea un espacio para las intervenciones psicoterapéuticas en el campo psicósomático.

Según Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély (2011), la migraña ha sido considerada como una de las enfermedades psicósomáticas más comunes. Comeche (2013) explica que una alteración emocional o situación estresante es la que podría desencadenar un proceso de activación del sistema nervioso autónomo, que produciría a su vez una respuesta estereotipada de activación, caracterizada por la vasoconstricción periférica de las migrañas.

En cualquier caso la aproximación a las migrañas desde una comprensión psicósomática puede hacerse desde perspectivas más o menos mecanicistas o racionalistas, y esto determinará el tipo de respuestas que se puedan dar a los pacientes. A continuación se hace una revisión de los modelos dominantes en la literatura y se plantea una alternativa experiencial y focalizada en la emoción.

REVISIÓN DE LOS MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRAÑA (EXPLICACIÓN Y TRATAMIENTO)

El estrés, desde una perspectiva psicológica conductual, se contempla como un estímulo o como respuesta de activación fisiológica. Desde una perspectiva psicológica cognitiva se entiende en términos de la eficiencia de los mecanismos cognitivos relacionados con la evaluación consciente de la situación (los estímulos) o de los recursos de afrontamiento (las respuestas). Esta perspectiva presenta a la conducta como regulada por una serie compleja de mecanismos mentales, de los que el individuo no es consciente, pero que son necesarios para que la información proporcionada por el estímulo pueda ser procesada y conducir a una conducta útil

en cualquiera de sus tres manifestaciones: acción, pensamiento o emoción. Estas aproximaciones dan preeminencia al aspecto de la conducta y/o el pensamiento frente a la emoción. La psicología conductual considera que conducta es sólo la conducta externa (las acciones y movimientos), olvidándose de los pensamientos y de la emoción. Además explica la conducta solamente con factores ambientales relacionados con estímulos antecedentes o consecuentes. La psicología cognitiva se centra en un aspecto de la conducta, que es el que tiene que ver con el pensamiento, dejando también a las emociones en un segundo plano (Vila, 1998). De modo que en ambos casos el afecto es considerado como un epifenómeno de los procesos cognitivos, o como una consecuencia biológica de determinadas conductas, pero no como una fuente de información y orientación determinante para el proceso.

No obstante la literatura proveniente de la moderna teoría de la emoción, reconoce su preeminencia sobre los procesos cognitivos fundamentalmente a causa de la dominancia de la amígdala y del sistema límbico respecto al procesamiento cortical de la experiencia (Damasio, 1996; Greenberg, Rice y Elliott, 1996; Le Doux, 1995). Según Greenberg, Rice y (1996) las emociones están conectadas a nuestras necesidades más esenciales. Son un sistema innato y adaptativo que nos alerta rápidamente sobre situaciones importantes para nuestro bienestar. Nos preparan y guían en estas situaciones importantes, para que podamos llevar a cabo acciones que conduzcan a la satisfacción de nuestras necesidades. Así, las emociones establecen una modalidad de procesamiento básico en acción, estrechamente ligado a la supervivencia y relacionado con la actividad evaluadora del organismo.

Como adelantábamos, la estructura anatómica más relacionada con la emoción es la amígdala. La amígdala recibe información de los estímulos que llegan a los órganos sensoriales a través de dos caminos principales (LeDoux, 1995):

1. La vía tálamo-córtico-amigdalar. La información procedente de los sentidos pasa por diferentes estructuras corticales (tálamo, córtex sensorial, áreas de asociación, hipocampo y córtex prefrontal, entre otras) antes de llegar a la amígdala. A medida que va recibiendo toda la información la amígdala considera la bondad o peligrosidad del estímulo, sobre la base del significado evaluado cognitivamente.
2. La vía tálamo-amigdalar. Se trata de una vía más directa y automática que une el tálamo con la amígdala sin pasar por el neocórtex. Esta vía más primitiva y no consciente, permite reaccionar emocionalmente de forma inmediata ante estímulos relevantes, permitiendo a la persona poner en marcha con rapidez una reacción apropiada, que en determinados casos puede suponer la supervivencia del organismo.

Las dos vías de activación emocional funcionan de forma interactiva existiendo múltiples conexiones de ida y vuelta entre el cerebro emocional y el cerebro cognitivo. Esto explica que muchas reacciones emocionales se disparen por la anticipación de un peligro o que una vez disparada una reacción emocional por la vía directa y automática en ocasiones ésta pueda ser modulada y controlada por determinadas acciones o pensamientos de los que somos conscientes (Vila, 1998). Sin embargo, la preeminencia del sistema emocional sobre el cognitivo y la mayor rapidez e intensidad de las evaluaciones y reacciones producidas por la vía tálamo-amigdalal, hace que un planteamiento psicológico del estrés y sin afrontamiento, basado primariamente en la modulación cognitiva, resulte insuficiente. Sobre todo si queremos ocuparnos de procesos que conducen en última instancia a la somatización.

La emoción presenta una triple dimensión: la afectiva primaria, que corresponde al ámbito de la sensación y de los mecanismos fisiológicos; la motivacional, que hace referencia al ámbito de las necesidades, deseos e intereses; y la cognitiva, responsable de evaluar toda la información que le llega al organismo. Estas tres dimensiones hacen de la emoción el proceso psíquico de síntesis que englobaría todos los ámbitos de la actuación mental humana (Damasio, 1996; Greenberg, Elliott y Pos, 2007; LeDoux, 1995). Sin embargo cuando nos referimos a esta tercera dimensión cognitiva, no la estamos reduciendo a la dimensión conductual de los pensamientos como conductas encubiertas, ni tampoco a las cogniciones como ideas o creencias productoras de sesgos perceptivos. Nos referimos a la cognición como proceso reflexivo de conocer a través de ser en el mundo del organismo. Dicho proceso integra las evaluaciones afectivas preconceptuales o preverbales (que fluyen por vía tálamo-amigdalal), así como los procesos de reflexión sobre la experiencia afectiva (que fluyen por la vía tálamo-córtico-amigdalal), los cuales permiten a las personas dar significado a esa experiencia e identificar necesidades cuando son simbolizadas a través del lenguaje. Es decir, que permiten funcionar de un modo emocionalmente inteligente y por tanto, potencialmente menos estresante.

Por eso en este trabajo ponemos el foco en la emoción al hipotetizar acerca del funcionamiento de los pacientes migrañosos. Para ello partimos de las observaciones de Sachse (1998) quien propone que los pacientes psicósomáticos tienen dificultades en su regulación emocional y que por ende el origen de los trastornos psicósomáticos se encuentra en un procesamiento emocional disfuncional. Y en este análisis nos basaremos a la hora de plantear una comprensión alternativa de la migraña, expresada en los términos de la teoría humanista-experiencial de la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004).

Según Selye, Henry y Stephens, Martin y Pihl, (como se citaron en Sachse, 1998) el sobre-esfuerzo a la hora de manejar el estrés emocional conduce a procesos fisiológicos que pueden

derivar en síntomas físicos. En general, los pacientes psicósomáticos en vez de regular sus emociones intentan controlarlas físicamente como forma de evitación (Sachse, 1998). Por eso desde ahí proponemos como hipótesis que los migrañosos viven como amenazantes las situaciones con significado personal o emocional y las evitan. Al ser incapaces de regular el afecto, reaccionan a través de diversas formas de tensión muscular involuntaria en varios niveles, desde la articulación temporo-mandibular hasta el menos visible de las musculatura de los vasos sanguíneos. Así se acaba produciendo la vasoconstricción y vasodilatación compensatoria de las migrañas, que produce el dolor y resto de síntomas característicos de sus crisis.

Sachse (1998) describió este tipo de dificultades en la regulación emocional observando características de pacientes psicósomáticos. Éstos evitaban sistemáticamente afrontar y ser confrontados con sus problemas internos y con los aspectos negativos de sí mismos. Presentaban un grado muy bajo de auto-exploración en terapia y no focalizaban la atención en su experiencia ni en el sentimiento. Tampoco establecían asociaciones entre su experiencia y su conducta, mostraban un perfil alexitímico y experimentaban poca emoción. Asimismo estos pacientes huían de implicarse en procesos de introspección y continuamente prescindían de entrar en contacto con sus emociones. Fruto de estas descripciones Sachse (1998) concluyó que los pacientes tenían tendencia a evitar la reflexión, y que sería interesante contemplar a los psicósomáticos esencialmente como pacientes con dificultades en su procesamiento emocional. En este contexto, la evitación de la reflexión es la evitación de la conciencia de aspectos negativos de uno mismo, e implica no pensar en objetivos, valores, motivaciones, o competencias personales, pues supondría una mirada hacia el interior y la consiguiente posibilidad de enfrentarse a imperfecciones (Sachse, 1998).

Un dato coherente con el análisis anterior es lo que se ha dicho en la literatura acerca de la personalidad de los migrañosos, que a menudo incluye la evitación como rasgo. El concepto de personalidad migrañosa se debe a Wolff (como se citó en Merikangas, 1994), que encontró en muchos de sus pacientes migrañosos rasgos de ambición, perfeccionismo, necesidad de orden, rigidez, resentimiento, hostilidad, agresividad, competitividad y autosuficiencia. Estos rasgos no explican en sí la migraña, pero se pueden identificar como reacciones secundarias a una actitud vital que prescinde del sentir y provoca cierta dureza neurótica.

Existen estudios sobre la migraña que muestran que los pacientes suelen tener puntuaciones altas en neuroticismo (Bigal et al, 2002; Breslau y Andreski, 1995; Cao, Zhang, Wang, Wang y Wang, 2002; González, González, Quintana y Fernández, 2008; Huber y Henrich, 2003; Mateos, García- Moncó, Gómez- Beldarrain, Armengol-Bertoloni y Larios, 2011; Özdemir, Aykan y Güzel, 2014). En algunos estudios sobre pacientes migrañosos se encuentra un rasgo

del temperamento denominado “evitación al daño” medido por el Temperamental and Character Inventory, que está relacionado con el neuroticismo del NEO-FI (Abbate-Daga et al., 2007; D’Agostino, Francia, Licursi y Cerbo, 2010; Mongini et al., 2005; Park, Han, Yang, Kim, Lee, 2006; Sánchez-Román et al, 2006).

Además, esta evitación no sólo la encontramos como característica de la personalidad evaluada por cuestionarios en los migrañosos, sino también en su modo característico de afrontar el estrés. Algunos estudios (Hubber y Henrich, 2003; Najam y Aslam, 2010; Özdemir, Aykan y Güzel, 2014) encuentran que los migrañosos son más sensibles que el grupo control al estrés y que utilizan pobres e inefectivas estrategias para afrontarlo, como la evitación, el aislamiento y la negación. Según Özdemir, Aykan y Güzel, (2014) las estrategias de afrontamiento pasivas (retraimiento o abuso de sustancias) contribuyen a un curso más severo de dolor de cabeza, mientras que las estrategias de afrontamiento activas como la resolución de problemas, la planificación o la reconceptualización son las más efectivas para reducir o eliminar el dolor. Sin embargo, este tipo de estrategias no son fácilmente adquiridas ni utilizadas por este grupo de pacientes en la medida en que para que resulten eficaces, requieren la atención a lo que para la persona es subjetivamente relevante a la hora de decidir qué es o no un problema, cuál es la meta deseable, qué piensa uno sobre las cosas, etc. Esta es la razón por la cual una intervención psicoeducativa u orientada a la corrección de sesgos perceptivos es susceptible de tropezar con el mismo problema de la evitación de la experiencia emocional, y con los déficits acumulados de competencia o inteligencia emocional. Algo que es congruente con el dato de que la mayoría de los estudios hallan que los niveles bajos en cada una de las dimensiones de la IE se correlacionan con identificar los problemas como una amenaza, responder impulsivamente o recurrir a estrategias de evitación (Christopher y Thomas, 2009; Matthews et al., 2006; Rogers, Qualter, Phelps y Gardner, 2006).

También, se ha demostrado que las personas que padecen enfermedades psicosomáticas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento negativas y/o pasivas, como por ejemplo, una excesiva resignación (Sachse, 1998; Sánchez y Barrio, 2012). Numerosos estudios han relacionado el constructo de IE, el estrés y las estrategias de afrontamiento, hallando relaciones negativas entre IE y estrés, aunque carecemos de estudios específicos (Austin, Saklofske y Mastoras, 2010; Chang y Chang, 2010; Gawali, 2012; Gayathri, 2013; King y Gardner, 2006; Singh y Sharma, 2012; Ugoji, 2012).

A partir de aquí, y retomando la conceptualización de Sachse (1998), nos gustaría destacar las consecuencias de la evitación de la reflexión en el psicosomático.

En primer lugar, la evitación de la reflexión produce alienación: al no dirigir la mirada al interior, se pierde el acceso al sistema de motivación personal. El paciente no sabe lo que

quiere, utiliza metas prestadas y presenta una reducción del procesamiento afectivo (Sachse, 1998). Estos rasgos coinciden con un perfil alexitímico, el cual ha sido encontrado también en algunos estudios sobre migrañosos. La alexitimia implica una serie de procesos deficitarios para procesar inter e intrapersonalmente las emociones (Páez y Velasco, 2001): supondría la dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas como señales internas (Fernández- Montalvo y Yárnoz, 1994). Se ha visto que la mayoría de los migrañosos presenta un perfil normómata o de “pensamiento operatorio”, caracterizado por una casi total negación de la vida afectiva, con una adaptación a la realidad muy práctica, utilitaria y superficial, relacionada con aspectos materiales (Mateos, García-Moncó, Gómez- Beldarrain, Armengol-Bertolini y Larios, 2011). Además, varios estudios sugieren la relación entre la migraña y la alexitimia (Alonso- Fernández, 2011; Neyal, Herken, Demirci, Vint, y Neyal, 2004; Otero, 1999). Según Goleman (1996) a los alexitímicos les falta lo fundamental de la inteligencia emocional: la conciencia de lo que se está sintiendo. De hecho algunos estudios psicométricos confirman la convergencia de las facetas de la alexitimia con escalas de inteligencia emocional (Gohm y Clore, 2000; Taylor y Bagby, 2001), lo que sugiere que ser alexitímico es un resultado lógico de no funcionar de un modo emocionalmente inteligente.

Otra de las consecuencias derivada de la evitación de la reflexión es la dificultad en la toma de decisiones. Con frecuencia los pacientes psicósomáticos toman decisiones sin saber el porqué, y experimentan dificultades para reconstruir el proceso de esa toma de decisión. Además, al faltar el acceso a sus propias motivaciones, la persona no puede auto-reforzarse ante el logro de sus metas y la satisfacción de sus necesidades. Esto daña el sentido de valor personal y favorece de nuevo la evitación de la reflexión (Sachse, 1998).

Además, la evitación de la reflexión impide el establecimiento de una identidad funcional. Los pacientes, al desconocer sus motivaciones, no saben qué es lo que les define como personas. El no tener sus propias normas y motivos les llevará una orientación externa y se dejarán guiar por otros. Fruto de la orientación externa y el valor positivo que dan al reconocimiento de los demás, los psicósomáticos tendrán dificultades para ser asertivos pues les costará negarse a las demandas de otros en quienes ha depositado el criterio (Sachse, 1998). Al mismo tiempo, la alienación y la orientación externa generan en estos pacientes mucha incertidumbre y ansiedad social. No saben cómo actuar porque no saben lo que quieren, y el saber lo que uno quiere hacer es necesario para desenvolverse en situaciones sociales y resolver problemas (Sachse, 1998).

Viendo esta serie de consecuencias, pensamos que para estos pacientes migrañosos sería ideal un tratamiento que trabaje el procesamiento emocional, como alternativa a los tratamientos convencionales que no se apoyan en este aspecto, sino en el abordaje de los déficits producidos por las dificultades experienciales y afectivas. Tal trabajo podría entenderse como un desarrollo de la competencia emocional, o también como el abordaje psicoterapéutico de sucesos vitales

que han propiciado un determinado estilo de relación con la experiencia emocional, guiado por la evitación.

Como recoge Cano (2000) en su tesis doctoral acerca de los factores psicológicos que afectan a las migrañas, tres tipos de intervenciones dominan el tratamiento:

- a) Intervención sobre aspectos fisiológicos que tienen como objetivo disminuir la tensión y actividad en general, y que emplean técnicas como la relajación y el biofeedback.
- b) Intervención conductual, que extingue conductas de dolor y refuerza las conductas adaptativas.
- c) Intervención cognitivo-conductual, que utiliza técnicas de afrontamiento del estrés, de desarrollo de la asertividad, reevaluación cognitiva, reestructuración cognitiva, etc.

Observamos que todos estos tratamientos intentan producir un cambio en los procesos que hacen que se perciban como estresantes situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Sin embargo, nosotros propondríamos una alternativa centrada en la corrección de las dificultades de regulación emocional y en la facilitación del contacto con la propia experiencia de un modo emocionalmente inteligente.

Según Elliott, Watson, Goldman y Greenberg (2004) la regulación emocional es la habilidad de la persona para tolerar, ser consciente y usar de manera adaptativa las emociones para regular el estrés y promover la satisfacción de necesidades y el logro de objetivos. Existe un nivel óptimo de arousal emocional que depende de la situación: en unas situaciones, como una exposición delante de un gran grupo, es conveniente que el nivel de actividad emocional sea alto; mientras que para dormir lo conveniente es que sea bajo, y si no lo es la persona tratará de regular su emoción quizá leyendo un libro aburrido o meditando. En resumen, para una regulación emocional efectiva se requiere el poder acceder a las emociones, poder elevar o disminuir su intensidad y tolerarlas o saber distanciarse de ellas.

Según Schore (como se citó en Elliott et al., 2004) la regulación emocional viene en parte de experiencias tempranas con nuestros cuidadores. Si los padres son buenos en reconocer las emociones de los niños y son capaces de regularlas cuando éstos son pequeños, los niños aprenderán a autoregularse. Los clientes que vienen a terapia suelen tener dificultades en la regulación emocional, bien por hiperregulación o por hiporregulación de la emoción:

- La hiporregulación supone un acceso excesivo a la emoción. Esto conduce a estrés, desorganización y parálisis en el paciente. En ocasiones los pacientes perciben esta sobreactivación como peligrosa, y tratan de evitar sus sentimientos (Elliott et al., 2004). Esto último coincide con lo observado por Sachse (1998), respecto a la evitación de la reflexión y del sentir en los pacientes psicósomáticos.

- La hiperregulación supone auto-contención de la emoción, no se llega a acceder a ésta, de modo que los pacientes en sesión resultan ineficaces y lentos, pues no llegan a acceder a sus emociones para que éstas les guíen (Elliott et al., 2004).

Por todo ello consideraríamos relevante que los migrañosos fueran tratados mediante Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) pues ésta incluye una serie de procesos para ayudar al paciente a desarrollar una adecuada regulación emocional, así como para resolver las causas biográficas de su evitación experiencial. Según Elliott et al. (2004), la empatía sería esencial para ayudar a los clientes a regular sus emociones en general y junto a ella existen varias técnicas que se utilizarían para acceder o activar la emoción:

- Dirigir la atención a las sensaciones corporales que dan pistas sobre la emoción.
- Ayudar a los pacientes a recordar episodios emocionales o situaciones que sacan sentimientos específicos.
- Usar palabras clave o imágenes que permitan activar la emoción.
- Sugerir al paciente que hable como si tuviese una emoción concreta (por ejemplo que grite para expresar enfado).
- Ayudar a los clientes a mantener el nivel de activación adecuado mediante ejercicios de regulación explícita en la sesión (como la respiración), a fin de que no sientan que pierden el control.

Además, el tratamiento TFE incluye el uso de habilidades que ayudan a contener la emoción, útiles sobre todo para pacientes que tienden a desregularse:

- Ayudar a la persona a observar y simbolizar lo que siente.
- Ofrecer apoyo y animar a los pacientes a buscar apoyo en los otros.
- Ayudar al desarrollo de habilidades de auto-consuelo.
- Usan un lenguaje que distancie de la emoción (decir “eso” en vez de ira).

En cualquier caso, lo más importante para contener una emoción y procesarla adecuadamente es ser consciente de ella, poder expresarla y decidir qué hacer con ella tan pronto como surja. Por eso, la TFE también dotaría a los migrañosos con habilidades emocionales que mejorarían su procesamiento emocional y transformarían su modo de relacionarse con su experiencia del mundo.

Este modelo terapéutico propone una serie de principios necesarios para un procesamiento de las emociones inteligente del paciente en la sesión (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004):

1. La *toma de conciencia* es el principio fundamental del proceso emocional. Al saber lo que uno siente el paciente puede reconectarse con las necesidades que están siendo señaladas por la emoción y motivarse para satisfacerlas. Este darse cuenta de lo que uno siente no supone pensar sobre el sentir sino sentir la emoción y utilizarla.

La aceptación de la experiencia emocional, como opuesta a su evitación, es el primer paso en el trabajo del darse cuenta. Con frecuencia las emociones que son dolorosas suelen ser evitadas, de manera que hay que trabajar con las cogniciones que fomentan la evitación.

2. La *expresión emocional*. Este principio trata de superar la evitación de la expresión de modo que el paciente pueda experimentar lo que siente de manera que pueda entender y dar un significado a su emoción.

3. La *regulación emocional* es la habilidad para tolerar la experiencia emocional y no quedar abrumado por ella, así como para darle intensidad cuando es necesario.

4. La *reflexión* consiste en dar significado a la experiencia que se activa y a los eventos que la han desencadenado. Así, se reconocen necesidades, emociones o pensamientos de diferentes partes del sí mismo y sus interconexiones, de manera que el paciente genera una narrativa que da sentido a su experiencia.

Sin embargo, como venimos diciendo, el tratamiento del paciente migrañoso desde la TFE no abarca solo el desarrollo de las competencias emocionales que se han deteriorado por la evitación, sino también el cambio en la evaluación negativa de la experiencia subjetiva y emocional. Esto implica que el tratamiento focalizado en la emoción también pretendería transformar las reacciones emocionales del paciente hacia su propia experiencia afectiva y hacia su mundo interior. Para ello es necesaria una conceptualización específica de la dificultad de los migrañosos, que pase de la descripción de sus rasgos, estilos y temores a la formulación de los procesos afectivo-cognitivos que rigen su vida. Nos ocuparemos de este asunto a continuación y utilizaremos estas conclusiones para plantear la parte empírica de este trabajo.

FORMULACIÓN DE LOS PACIENES MIGRAÑOSOS EN TFE.

Como decíamos, la TFE no sirve únicamente para desarrollar habilidades emocionales, sino que también pretende la reestructuración de los esquemas emocionales a partir de los cuales se organiza el sí mismo. Cuando éste funciona saludablemente, es un proceso de auto-organización complejo que se apoya en la experiencia emocional para evaluar las demandas del entorno, organizarse adaptativamente y responder congruentemente de acuerdo con sus necesidades vivenciadas en varios niveles (fisiológico, afectivo, social, de sentido, etc.) (Whelton y Greenberg, 2001). Desde esta perspectiva, el sí mismo que acude a terapia para cambiar no está sano porque hay algún tipo de disfunción en el proceso de auto-organización dinámica de los distintos estados del yo, en los que éste se puede conformar para satisfacer sus necesidades.

El sí mismo con dificultades poseería unos esquemas emocionales disfuncionales basados en aprendizajes. Los diferentes estados emocionales se organizan según estos esquemas, que son redes internas, idiosincrásicas e implícitas de la experiencia humana, que sirven como base del sí mismo e incluyen elementos situacionales, corporales, afectivos, conceptuales y de acción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996). Ante una determinada situación se desencadena el proceso emocional y según el esquema dominante existirá una forma de procesar el entorno y el yo, de reaccionar, de necesitar y de tender a actuar. Así la disfunción ocurre cuando (Greenberg et al., 2007):

- a) Los esquemas emocionales se convierten en maladaptativos por el aprendizaje traumático
- b) Uno o más elementos del esquema no están simbolizados en el darse cuenta (el procesamiento cognitivo y emocional no están armonizados y el individuo tiene una vivencia fragmentada).
- c) Dos esquemas articulan dos aspectos del sí mismo contrapuestos o con necesidades incompatibles.

Por otra parte, la TFE distingue varios tipos de emociones que hay que tener en cuenta para formular el procesamiento de los pacientes (Greenberg et al., 2007):

-Las emociones primarias, que son respuestas emocionales iniciales ante una experiencia. Pueden ser *adaptativas* y ayudarían a enfrentar un peligro desencadenando la acción y dando información al individuo, o provocando sentimientos de ayuda en los demás. Serían emociones como el miedo ante el peligro, la tristeza ante un abandono, o el enfado ante la agresión y también pueden ser emociones primarias *desadaptativas*, que son respuestas inicialmente adaptativas en contextos patológicos, pero que actualmente no sirven para afrontar la situación. Serían emociones como el miedo ante la intimidad o la vergüenza a expresarse.

- Las emociones secundarias son reacciones emocionales a una emoción primaria. Por ejemplo, sentir culpa ante el enfado, o rabia ante la tristeza. La emoción secundaria sería utilizada para regular o evitar la primaria y nuestra hipótesis plantea que los migrañosos evitan sistemáticamente sus emociones primarias desadaptativas, y que pierden así la oportunidad de auto-organizarse esquemáticamente en términos de éstas. Evitan porque viven su experiencia subjetiva, su mundo interno y el sentir en general como negativos o amenazantes, tal y como dice Sachse (1998). Es decir, la fragilidad del sí mismo y sus posibles imperfecciones son temidas porque son vividas como altamente inadecuadas.

El tratamiento con la TFE promocionaría la conciencia emocional de los migrañosos para facilitar la evocación, exploración y transformación de la emoción primaria y los esquemas emocionales desadaptativos que hacen sentir al sí mismo como dolorosamente defectuoso e intolerable. Posteriormente se construirían modos alternativos de respuesta ante circunstancias y

desafíos de la existencia, basados en el acceso consciente a la emoción, y en la simbolización de las necesidades de la persona en cada momento, desarrollando así un sí mismo sano.

CONTRASTACIÓN EMPÍRICA DE LA FORMULACIÓN FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN DE LOS PROCESOS MIGRAÑOSOS.

Lo ideal para la investigación sería comprobar la efectividad de la TFE en pacientes migrañosos a través de intervenciones basadas en los principios terapéuticos y en esta formulación. Sin embargo, para este Trabajo de Fin de Máster nuestro objetivo es rastrear la evidencia acerca del procesamiento emocional de los migrañosos, lo cual ha sido hecho a través de dos estrategias:

En primer lugar se hizo un estudio psicométrico acerca de las relaciones entre el diagnóstico migraña y la IE autopercibida. Después y dada la ausencia de datos congruentes a favor de esta hipótesis y teniendo en cuenta el limitado alcance del instrumento utilizado para medir IE (el TMMS-24) a la hora de objetivar procesos emocionales, se optó por diseñar una entrevista semi-estructurada. Se pretendía que indagara directamente en los procesos emocionales que supuestamente permitirían distinguir entre pacientes migrañosos y no migrañosos. Ambos estudios son presentados a continuación. El objetivo de este trabajo sería buscar indicios a favor del modelo que hemos propuesto en la introducción, recordar la preeminencia de la emoción y proponer una mirada experiencial-emocional a la prevención y el tratamiento de las migrañas. Consideramos también que los migrañosos lo encontrarán llamativo y les hará reflexionar acerca de cómo es su procesamiento emocional.

A. ESTUDIO DE LA VARIABLE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Vamos a medir sus habilidades emocionales en términos de Inteligencia Emocional autopercibida. La Inteligencia Emocional se considera una habilidad centrada en el procesamiento de la información emocional que unifica las emociones y el razonamiento, permitiendo utilizar nuestras emociones para facilitar un razonamiento más efectivo y pensar de forma más inteligente sobre nuestra vida emocional (Mayer y Salovey,1997). Según Mayer y Salovey (1997) la IE consta de cuatro habilidades, que constituyen las cuatro ramas principales de su modelo:

- a) La habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con precisión.
- b) La habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- c) La habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional.
- d) La habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual.

Estas habilidades se asemejan a las que hemos visto que promueve la TFE (conciencia emocional, expresión emocional y regulación emocional) y son las que evaluaremos a través del TMMS-24 (*Trait Meta Mood Scale-24*) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

En conclusión, este estudio nos gustaría comprobar las siguientes hipótesis:

1. Existe relación entre padecer migraña o no y la IE y por tanto los migrañosos tendrán menores puntuaciones en las habilidades de IE que el grupo control.
2. Existe relación entre padecer cefaleas o no y la IE y por tanto las personas con cefaleas tendrán menores puntuaciones en las habilidades de IE que el grupo control. Consideramos las cefaleas pues engloban a varios tipos de dolor de cabeza incluidas las migrañas y consideramos que podrían cumplir también el mismo mecanismo.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra de 165 personas de las cuales 68 padecían de cefaleas, y las otras 97 no padecían dolores de cabeza. Se utilizó este criterio como una forma operativa de constituir el grupo de pacientes debido a que las cefaleas son el síntoma principal de la migraña. Según los criterios de Headache Classification Committee de la International Headache Society, de los 68 participantes que tenían cefaleas, 48 padecían migraña, 17 cefalea tensional, y 3 otros dolores de cabeza. La muestra estaba compuesta por 52 hombres y 113 mujeres. La media de edad fue de 31 años, siendo 21 la más frecuente. El 50,6% estaban casados o tenían pareja, habiendo realizado estudios universitarios un 89,9%. La mitad de los participantes eran trabajadores (52,4%), el 11,4% estaban en paro, el 27,7% estudiantes, y el 7,8% trabajaba de manera no remunerada.

Instrumentos de medida

Se aplicó tanto al grupo control como a la muestra de participantes con cefalea la escala del TMMS-24 (*Trait Meta Mood Scale-24*) (Salovey, Mayer, et al., 1995). Esta fue adaptada al castellano por Fernández-Berrocal, Alcalde, Domínguez, Fernández-McNally, Ramos y Ravira (1998) a partir de la desarrollada en 1990 por Mayer y Salovey para medir la IE auto-percibida. Está compuesta por 24 ítems valorados por una escala Likert en la que la puntuación 1 es “nada de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”. El instrumento evalúa tres dimensiones de la escala original, a través de 8 ítems en cada una:

- *Atención* a los sentimientos, como la capacidad de identificar las emociones en las personas y en uno mismo. ($\alpha = 0,90$).
- *Claridad* en los sentimientos, como la capacidad de comprender las emociones de uno mismo y de los demás. ($\alpha = 0,90$)

- *Regulación* o reparación emocional, consistente en la habilidad para continuar procesando la emoción en situaciones conflictivas o dolorosas. ($\alpha=0,86$).

Presenta una fiabilidad test-retest adecuada (Fernández-Berrocal, et al., 2004) aunque en nuestro estudio hallamos un $\alpha=0,368$, que indica una fiabilidad extremadamente baja.

Los sujetos que decían padecer dolores de cabeza además completaron un cuestionario extraído de la tesis doctoral de Cano (2000) para verificar su diagnóstico según los criterios de “the Headache Classification Committee of the International Headache Society”.

Procedimiento

Para medir la IE auto-percibida se buscaron personas que quisieran participar en la investigación mediante correo electrónico (consiguiendo el efecto bola de nieve) y se animó a que participasen personas que padeciesen migrañas o algún dolor de cabeza específico. Los participantes debían contestar a una encuesta por internet que contenía el TMMS-24 y el cuestionario sobre dolores de cabeza para verificar el diagnóstico.

Diseño

Al ser un diseño de casos y controles en el que se busca relacionar la variable IE con la variable de diagnóstico de migrañas, se utilizó el estadístico chi cuadrado que permite establecer la independencia entre dos variables. Se compararon los migrañosos y el grupo control y también todos los dolores de cabeza y el grupo control.

Resultados

La Tabla 1 presenta los resultados de la correlación entre atención, claridad y reparación (componentes de la IE) y la presencia o no de migrañas. Se mantiene la hipótesis nula pues en *atención*, $\chi^2(4, 145)=0,69$; en *claridad*, $\chi^2(4, 145)=0,92$ y en *reparación*, $\chi^2(4, 145)=0,386$ y todos son mayores que 0,05 en los tres factores y por tanto la IE y la migraña son variables independientes en esta muestra. La Tabla 2 presenta los resultados de la correlación entre atención, claridad y reparación (componentes de la IE) y la presencia o no de cefaleas. Se mantiene la hipótesis nula en los componentes de *claridad* ($\chi^2(6, 165)=0,176$) y *reparación* ($\chi^2(6, 165)=0,072$) pues el chi cuadrado es mayor que 0,05 y por tanto las variables son independientes de las cefaleas.

Sin embargo en el componente de *atención* vemos que las variables no son independientes pues $\chi^2(6, 165)=0,028$, es decir es menor que 0,05 y por tanto existiría una hipótesis alternativa que afirma la relación entre la atención y el tener o no cefaleas.

Tabla 1

Correlación entre migrañosos y grupo control en IE

Dimensiones IE	gl	N	Valor	Sig
Atención	4	145	2,250	0,690
Claridad	4	145	0,930	0,920
Reparación	4	145	4,149	0,386

Tabla 2

Correlación entre cefaleas y grupo control en IE

Dimensiones IE	gl	N	Valor	Sig
Atención	6	165	14,185	0,028
Claridad	6	165	8,960	0,176
Reparación	6	165	11,566	0,072

Discusión

El objetivo de este estudio era rastrear evidencias en favor del modelo experiencial de procesamiento emocional de los migrañosos psicósomáticos que hemos propuesto en la introducción. Dijimos, basándonos en la conceptualización de Sachse (1998) acerca de los pacientes psicósomáticos, que los migrañosos viven como amenazantes las situaciones con significado personal o emocional y las evitan de tal modo que al ser incapaces de regular el afecto, reaccionan a través de diversas formas de tensión muscular involuntaria, que derivan en la migraña psicósomática. Creímos que estas dificultades de procesamiento emocional y de regulación del afecto se verían reflejadas en una carencia de habilidades como la conciencia emocional, la expresión emocional y la regulación emocional propuestas por la TFE como necesarias para un procesamiento emocional inteligente que quisimos medir a través del TMMS-24. Las hipótesis con las que partimos en la investigación suponían una relación entre padecer migraña o no y la IE y por tanto menores puntuaciones en los migrañosos en las habilidades de IE que el grupo control. También teníamos la misma hipótesis para el grupo de personas con cefaleas.

La primera hipótesis no se cumple, las tres habilidades de IE (*atención*, $\chi^2 = 0,69$; *claridad*, $\chi^2 = 0,92$ y *reparación*, $\chi^2 = 0,386$) son independientes de padecer migraña o no. Creemos que este resultado se debe a que varios de los pocos migrañosos de la muestra no son psicósomáticos y su migraña se dispara principalmente por la luz, la comida, el cansancio etc, y esto explicaría que no tuviesen la IE más baja que los del grupo control.

También existe la posibilidad de que las personas del grupo control tengan otros trastornos psicósomáticos que hagan que la IE de su grupo sea más baja, así como otros diagnósticos psicológicos potenciales. El neuroticismo se relaciona negativamente con la IE más que otras dimensiones de la personalidad (Petrides et al, 2010) así como el estrés y la IE (Austin, Saklofske y Mastoras, 2010; Chang y Chang, 2010; Gawali, 2012; Gayathri, 2013; King y Gardner, 2006; Singh y Sharma, 2012; Ugoji, 2012) y la alexitimia (Gohm y Clore, 2000; Taylor y Bagby, 2001). El tener rasgos neuróticos, alexitímicos o estar estresado no se tuvo en cuenta a la hora de seleccionar el grupo control y es probable que haya podido influenciar en que los resultados en IE no sean altos en los migrañosos.

La segunda hipótesis se cumple en parte. Dos de las habilidades emocionales son independientes de padecer cefaleas o no (*claridad* y *reparación*) pero el componente de *atención* es significativo ($\chi^2 = 0,028$) y sí se relaciona con padecer cefaleas.

Los motivos por los que puede que ni la claridad ni la reparación sean significativas son los mismos que describimos para la anterior hipótesis: el que no haya pacientes psicósomáticos en el grupo de personas con cefaleas y que el grupo control pueda tener rasgos que condicionen una IE más baja. Sin embargo comprobamos que los resultados en atención son diferentes a los de la primera hipótesis. Creemos que se debe a que la muestra aumenta (de 48 migrañosos pasamos a 68 pacientes con cefaleas) y también porque los mismos procesos experienciales y emocionales que describimos en los migrañosos pueden darse en cualquier otro trastorno psicósomático, y las cefaleas o dolores de cabeza también pueden serlo.

Otra de las limitaciones que encontramos en nuestro estudio, aparte de lo ya mencionado acerca del reducido tamaño de la muestra, es el instrumento que hemos utilizado para evaluar la IE.

Según Fernández-Berrocal et al. (2004) el TMMS-24 presenta una fiabilidad adecuada pero nosotros obtuvimos un alfa de Cronbach muy bajo ($\alpha = 0,36$). Usamos esta escala por su brevedad, pero confiábamos en que sería algo más precisa. Consideramos que la IE es algo difícil de autoevaluar y que puede que los participantes en este estudio no sepan valorar aquello que les pregunta el test o que la escala no sea óptima para apreciar procesos emocionales partir de auto-percepciones. Si una persona tiene una conciencia emocional baja, es probable que no sea consciente de cómo se maneja con su mundo emocional y por tanto conteste el test de manera automática y errónea.

Creemos que la IE es algo que no se puede evaluar de igual modo en todas las poblaciones y que por tanto el TMMS-24 no ha sido una decisión acertada para realizar este trabajo.

Para futuras investigaciones proponemos las siguientes sugerencias:

a) Utilizar otro instrumento para medir el TMMS-24, como el MSCEIT, (Mayer-Salovey-Caruso, 2002). Este instrumento propone varias tareas para medir las siguientes áreas de la inteligencia emocional:

1. Percepción emocional: Evalúa su aptitud para identificar correctamente cómo se sienten las personas.
2. Facilitación emocional: Evalúa su aptitud para crear emociones y para integrar los sentimientos en la forma de pensar.
3. Comprensión emocional: Evalúa su aptitud para comprender las causas de las emociones.
4. Manejo emocional: Evalúa su aptitud para generar estrategias eficaces dirigidas a utilizar las emociones de forma que ayuden a la consecución de las propias metas, en lugar de verse influido por las propias emociones de forma imprevisible.

Este test no es autoaplicado, y la duración de la prueba es de aproximadamente 30 minutos. La versión española del MSCEIT versión 2.0 tiene una fiabilidad total de 0,95. En cualquier caso, consideramos que lo más deseable para evaluar la IE es una entrevista personal.

b) Aplicar los siguientes test para descartar en el grupo control factores que impidan una IE alta:

- PAS (Morely, 2000). Cuestionario de 22 ítems que permite identificar en los casos con posibles problemas clínicos mediante el rastreo de 10 áreas: Malestar emocional, Problemas comportamentales, Problemas de salud, Ideación psicótica, Retraimiento social, Control hostil, Ideación suicida, Falta de apoyo social, Problemas con el alcohol y Control de la ira.
- Escala de Alexitimia (TAS-20) (Bagby, Taylor & Parker, 1994), para descartar en el grupo control puntuaciones altas en alexitimia.
- Descartar en el grupo control que padezcan algún otro trastorno psicósomático.

B. ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DE UNA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA SEMI-ESTRUCTURADA

Vamos a confeccionar una entrevista clínica semi-estructurada, basada en la formulación de los procesos migrañosos que hicimos en la introducción, para después ponerla a prueba en un número limitado de casos. En este estudio nos gustaría comprobar la siguiente hipótesis:

“La puntuación total del diagnóstico será mayor a 5 en los migrañosos y psicósomáticos, y menor a 5 en los no migrañosos.”

También para este estudio nos preguntamos si:

- 1) Los migrañosos u otros psicósomáticos considerarán más el estrés como precipitante de su migraña y en el episodio que narren habrá mal manejo de alguna emoción que los no migrañosos
- 2) Los migrañosos u otros psicósomáticos presentarán más estrategias de afrontamiento del estrés evitativas que los no migrañosos.
- 3) Los migrañosos u otros psicósomáticos tenderán a la evitación de la reflexión más que los no migrañosos.
- 4) Los migrañosos u otros psicósomáticos tendrán el rasgo de evitación al daño más presente que los no migrañosos.
- 5) Los migrañosos u otros psicósomáticos tendrán una conciencia emocional más baja que los no migrañosos.
- 6) Los migrañosos u otros psicósomáticos tendrán un nivel de implicación emocional más bajo que los no migrañosos.
- 7) Los migrañosos u otros psicósomáticos habrán tenido más dificultades a la hora de contestar a la entrevistas que los no migrañosos.

Método

Participantes.

Para poner a prueba la entrevista se seleccionó a 6 personas, 3 de las cuales afirmaban haber padecido migrañas alguna vez y 3 decían no haberlas padecido nunca. La media de edad era 24 años y todos salvo uno eran estudiantes. De los migrañosos, 1 era varón y las demás mujeres. De los no migrañosos 1 era mujer y los demás varones.

Instrumentos de medida

Se realizó con los 6 participantes la entrevista individual semi-estructurada elaborada por la investigadora a partir del modelo de Sachse (1998) de los pacientes psicósomáticos, y de los fundamentos de la TFE (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004). En el anexo 1 se encuentra el manual de la “Entrevista diagnóstica de procesos experienciales-emocionales pacientes migrañosos psicósomáticos”.

Procedimiento

Después de crear la entrevista, un juez (Ciro Caro, psicólogo y profesor en la Universidad Pontificia de Comillas) revisó y valoró positivamente la entrevista como representatividad del

modelo de procesamiento experiencial-emocional del grupo de pacientes sobre el que versa el estudio. La investigadora buscó 6 personas de su entorno dispuestas a colaborar como grupo de comparación y realizar la entrevista. Concertó una entrevista privada con cada una de ellas, la cual duró aproximadamente 30 minutos. Obtuvo el consentimiento informado y grabó las respuestas para poder analizar posteriormente los resultados.

Resultados

La siguiente tabla (Figura 1) recoge los resultados de la codificación de las respuestas a la entrevista de 6 sujetos. Las variables que componen el modelo aparecen representadas en la entrevista través de diferentes preguntas clave, las cuales están ponderadas en función de la relevancia teórica clínica atribuida a cada una.

Los aspectos que tienen más importancia tienen como puntuación total un 2 que serían:

- *Estrategias de afrontamiento evitativas* (0= no estrategias evitativas, 1= algunas estrategias evitativas, 2= sólo estrategias evitativas).
- *Evitación de la reflexión* (0= responde con fluidez sobre sus habilidades, valores, motivaciones y objetivos vitales, 1= se estanca en algún apartado, 2= se estanca en varios apartados).
- *Rasgo de evitación al daño* (0= no existencia del rasgo 0.5=escasa existencia del rasgo 1= algo de existencia del rasgo 1.5= bastante existencia del rasgo 2= existencia del rasgo).
- *Conciencia emocional baja* (0= conciencia emocional alta, 0.5= conciencia emocional media, 1= conciencia emocional baja, 2= conciencia emocional muy baja).

Los otros aspectos puntúan sobre 1:

- *Precipitante emocional* (0=no precipitante emocional, 0.5= precipitante emocional, 1= precipitante emocional y mal manejo emocional).
- *Nivel de implicación emocional* (0=alto nivel de implicación emocional, 0.5= medio nivel de implicación emocional, 1= bajo nivel de implicación emocional).

Para una descripción más detallada en el anexo 1 se encuentra el manual de corrección.

Sujetos	Precipitante emocional (1)	Estrategias de afrontamiento o evitativas(2)	Evitación de la reflexión (3)	Rasgo de evitación al daño. (4)	Conciencia emocional baja. (5)	Nivel de implicación emocional bajo (6)	Diagnóstico	Migraña	Somatización
Sujeto A, varón, periodista	1	2	2	2	2	1	10	1	0
Sujeto B, mujer, psicóloga	1	2	0	2	2	0.5	7.5	1	0
Sujeto C, mujer, psicóloga	0.5	0	0	1.5	0	0.5	2.5	0*	0
Sujeto D, varón, galerista de arte	1	0	0	0.5	0	0	1.5	0	0
Sujeto F, estudiante	0	0	1	0.5	0	0	1.5	0	0
Sujeto G, estudiante	1	1	0	2	1	0.5	5.5	0	1

Figura1. Resultados de la codificación de la “Entrevista diagnóstica de procesos experienciales-emocionales en pacientes psicósomáticos”

La columna diagnóstico recoge la puntuación total sobre 10 de cada sujeto en la entrevista. Consideraremos que a partir de 5 los pacientes tienen un perfil psicossomático. La columna “migraña” indica que el paciente tiene (1) o no (0) migraña. La columna somatizaciones indica otras somatizaciones (1) que pueda tener o no (0).

El asterisco en la figura indica que el sujeto decía haber padecido muchas migrañas hasta que acudió a terapia que dejó de padecerlas.

En cuanto al proceso observamos que los pacientes migrañosos o psicossomáticos tuvieron más dificultades a la hora de responder la entrevista. Mencionan cosas como: “no sabía responder a como me siento ni a como soy”, “algunas preguntas son difíciles porque requieren conectarse”, “hay que mirar muy adentro para sacar las respuestas”, etc. Al contrario, los no migrañosos concluyeron la entrevista con frases tipo: “me he sentido agusto en todas las preguntas” y “me sabía las respuestas”.

Discusión

El objetivo de este estudio era poner a prueba una entrevista basada en la conceptualización de Sachse (1998) de los psicossomáticos y formulada con los términos de la TFE (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) para comprobar si funciona bien para diagnosticar pacientes migrañosos psicossomáticos y rastreando en ellos los procesos emocionales-experienciales que creemos que caracterizan su condición. Para ello partimos de que la migraña psicossomática es fruto de la dificultad para regular el afecto en situaciones con significado emocional, y que al evitar las emociones reaccionan tensionándose de tal modo que acaba apareciendo la migraña.

La hipótesis de este estudio era que la puntuación total del diagnóstico sería mayor a 5 en los migrañosos y psicossomáticos, y menor a 5 en los no migrañosos. Establecimos este punto de corte de manera arbitraria, a falta de un estudio con una muestra más grande, que permitiera detectar a partir de qué puntuación la entrevista empieza a ser eficaz para clasificar sujetos en un grupo u otro. Vemos que la expectativa que teníamos se cumple y creemos que es porque de algún modo, aunque los resultados de la entrevista no puedan ser generalizados, ésta ha reunido los aspectos clave para poder diagnosticar un paciente migrañoso psicossomático.

Con este estudio también nos hacíamos algunas preguntas. La primera pregunta que nos hacíamos era si los migrañosos y otros psicossomáticos consideran el estrés como precipitante de su migraña y si en el episodio narrado en la primera pregunta de la entrevista se observaba que había ocurrido un manejo inadecuado de alguna emoción. Nos preguntábamos si esto ocurriría más que en el dolor de cabeza de un no migrañoso. Esto no ocurre pues tanto los migrañosos como no migrañosos presentaron dolores de cabeza disparados por el mal manejo de alguna

emoción. Creemos que no se cumple por lo siguiente: cualquier mal manejo emocional puede derivar en una somatización, tanto si es un mero dolor de cabeza como si es una migraña (para los más propensos). En conclusión, a partir de los datos creemos que contamos con indicios de que este dato puede ser cierto pero no permite diferenciar sujetos con dificultad y sin ella.

La segunda pregunta era relativa a si los pacientes migrañosos u otros psicósomáticos presentarían más estrategias de afrontamiento del estrés evitativas que los no migrañosos. Los resultados muestran que los migrañosos de la muestra tienen más estrategias evitativas (autocontrol, distanciamiento y huida de la situación). Creemos que la entrevista ha permitido identificar el rasgo de evitación típico en los psicósomáticos propuesto por Sachse (1998), quien describió a este tipo de personas como pacientes que huían de implicarse en procesos de introspección y continuamente prescindían de entrar en contacto con sus emociones. Esta evitación la vemos en su modo de afrontar el estrés, tal y como prueban algunos estudios (Hubber y Henrich, 2003; Najam y Aslam, 2010; Özdemir, Aykan y Güzel, 2014) que encuentran que los migrañosos son más sensibles que el grupo control al estrés y que utilizan pobres e inefectivas estrategias para afrontarlo como la evitación, el aislamiento y la negación.

La tercera pregunta planteaba si los migrañosos u otros psicósomáticos tenderían a la evitación de la reflexión más que los no migrañosos. Con ella pretendíamos comprobar el rasgo de evitación de la reflexión postulado por Sachse (1998), que consiste en no pensar en objetivos, valores, motivaciones o competencias personales, pues esto supondría dirigir una mirada hacia el interior y la consiguiente posibilidad de enfrentarse a imperfecciones vividas como intolerablemente dolorosas. Vemos que la entrevista no aporta datos a favor de esta afirmación pues tanto el sujeto B como el sujeto G, con altas puntuaciones en la columna “Diagnóstico”, no tienen dificultad en hablar de sí mismos, sus valores y objetivos vitales, mientras que el sujeto F (con baja puntuación global) muestra alguna dificultad. Creemos que esto es así porque hay más factores que pueden influir en la formación de la identidad además de los procesos emocionales evaluativos y reflexivos a través de los cuales se forman los valores y las motivaciones personales. En el caso del sujeto B vemos que es psicóloga y puede ser que tenga rasgos migrañosos pero su carrera ha podido ayudarla a conocerse más y por tanto es capaz de hablar con fluidez de sus habilidades, valores, objetivos sin que esto quiera decir que esta competencia provenga de una apertura a la reflexión. Con una muestra tan limitada es difícil controlar este tipo de sesgos.

La cuarta pregunta planteaba si los migrañosos u otros psicósomáticos tendrían el rasgo de evitación del daño más presente que los no migrañosos. Vemos claramente cómo los pacientes migrañosos y la mujer con problemas psicósomáticos presentan altos niveles de este rasgo. Esta dimensión de la personalidad incluye la ansiedad anticipatoria, la evitación de lo desconocido,

la timidez y la fatigabilidad (Gutiérrez-Zotes et al, 2004) y la hemos visto relacionada con pacientes migrañosos en varios trabajos (Abbate-Daga et al, 2007; D'Agostino, Francia, Licursi y Cerbo, 2010; Mongini et al., 2005; Park, Han, Yang, Kim, Lee, 2006; Sánchez-Román et al., 2006).

Observamos que el sujeto C (psicóloga) tiene una puntuación elevada. Es una ex migrañosa, que tras acudir a terapia desaparecieron sus migrañas y por ello en nuestro estudio es “no migrañoso”. Su puntuación (1 sobre 2) se podría deber a que pese haber mejorado en otros aspectos (sus estrategias ante el estrés son confrontativas, su conciencia emocional es alta y no tiene evitación de la reflexión) hay otros que siguen latentes en ella.

La quinta pregunta se refiere a si los migrañosos u otros psicósomáticos tendrán una conciencia emocional más baja que los no migrañosos. Los resultados señalan en la dirección de esta hipótesis. La TFE (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) explica que la toma de conciencia es el principio más fundamental del proceso emocional. Por tanto, según la descripción de Sachse (1998) de los pacientes psicósomáticos, al tender éstos a la evitación de sus emociones, será difícil que sean conscientes de ellas.

La sexta pregunta cuestionaba si los migrañosos y otros psicósomáticos tendrían un nivel de implicación emocional más bajo que los no migrañosos y es cierto que vemos menor implicación emocional en los migrañosos y psicósomáticos de la muestra. Algo que es coherente con el perfil alexitímico que propuso Sachse (1998) acerca de los psicósomáticos.

También suponíamos que los migrañosos y otros psicósomáticos habrían tenido más dificultades a la hora de contestar a la entrevistas que los no migrañosos, lo cual se confirma por la observación de sus comentarios y por la reflexión de la entrevistadora. Esta observación es coherente con la dificultad que tienen los migrañosos para manejarse con su mundo emocional, que llevamos viendo a lo largo de todo este trabajo, y respecto a la cual la entrevista supone sin duda una tarea ardua.

Al analizar nuestra hipótesis y preguntas cabe suponer que la entrevista funciona suficientemente bien aunque fruto del análisis y discusión de datos habría que hacer algunos ajustes.

Este estudio tiene como gran limitación la pequeñez de la muestra. Aunque tanto la hipótesis como alguna de las preguntas se cumplan, no podemos generalizar los resultados.

Otra de las limitaciones es la corrección de la entrevista. Es muy subjetivo y es difícil ser neutral cuando la entrevistadora es la que realiza la investigación. Ha podido haber errores que no hayan sido captados por la investigadora, a pesar de los esfuerzos de ésta por hacerlo todo de la manera más científica posible. En este sentido, un pequeño diseño de doble ciego y un

entrenamiento de los entrevistadores serían adecuados para validar el instrumento, y poder pasar así de la evidencia que aporta un estudio piloto, a una evidencia consolidada.

También, como sugeríamos en la introducción, sería interesante ver cómo afecta el tratamiento en TFE en migrañosos, y compararlo tal vez con otro grupo de migrañosos que estén en otro tipo de tratamiento o terapia. En un estudio de este tipo, la entrevista podría ser utilizada como criterio de selección de pacientes, que habrían de cumplir la doble condición de ser migrañosos y psicósomáticos.

Conclusiones finales

Creemos que a pesar de las limitaciones que encontramos en nuestra investigación (la escasa muestra en ambos estudios y las deficiencias funcionales de TMMS-24 en este tipo de personas expresada en la baja consistencia interna), creemos que este trabajo ha aportado algunos datos que pueden ser útiles.

Este trabajo propone una mirada psicósomática a un tipo de dolor de cabeza muy común e incapacitante: las migrañas. Cualquier migrañoso que leyera este trabajo acabaría reflexionando acerca de qué factores precipitan sus migrañas y tal vez algunos cayeran en la cuenta de que un mal manejo emocional ha derivado en alguna de sus migrañas. Igual que un migrañoso se podría preguntar acerca de cómo se maneja con su mundo emocional y sobre cuán consciente de sus emociones es, lo mismo pueden hacer los psicólogos y psicoterapeutas responsables de instaurar los tratamientos adecuados.

En este sentido, este trabajo presenta a la Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg, Rice y Elliott, 1996 y Elliott, et al., 2004) como alternativa a otros tratamientos que existen para la migraña, y aportará una visión que puede que no haya sido considerada antes acerca de cuáles son los procesos funcionales y disfuncionales humanos. Tal alternativa es argumentada conceptualmente a partir de la formulación de este tipo de dificultades que se realiza en la parte teórica, y que da pie a los dos estudios empíricos. Una formulación que consideramos novedosa no sólo en el campo de la Psicología de la Salud y de la Medicina Psicósomática, sino también en el propio marco de la Terapia Focalizada en la Emoción, en la cual las conceptualizaciones y formulaciones de las dificultades psicósomáticas se encuentran en un estado incipiente (Caro, 2015).

Referencias

- Abbate- Daga, G., Fassino, S., Lo Giudice, R., Rainero, I., Gramaglia, C., Marech, L., ... Pinessi, L. (2007). Anger, Depression and Personality Dimensions in Patients with Migraine without Aura. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 122-128.
- Adeva, M.T. y Feroso, J. (2005). Factores precipitantes de la crisis de migraña. *Semergen*, 8, 347-350.
- Alonso-Fernández, F. (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34, 481-490.
- Austin, E., Saklofske, D. y Mastoras, S. (2010). Emotional intelligence, coping and exam-related stress in Canadian undergraduate students. *Australian Journal of Psychology*, 62(1), 42-50
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénétrier, C., y Gély, M.C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21 (2), 227-237.
- Bigal, M.E., Sheftell, F.D., Rapoport, A.M., Tepper, S.J., Weeks, R. y Baskin, S.M.(2003).MMPI Personality Profiles in Patients with Primary Chronic daily Headache: a case-control study. *NeuroSci*, 24, 103-110.
- Breslau, N. y Andreski, P. (1995). Migraine, personality and psychiatric comorbidity. *Headache*, 35 (7), 382-386.
- Cano, F.J. (2000). *Variables psicológicas implicadas en migraña y cefalea tensional (un estudio comparativo con otros trastornos de dolor crónico)*(Tesis doctoral). Recuperada de la base de datos Proquest
- Cao, M., Zhang, S., Wang, K., Wang, Y y Wang, W. (2002). Personality Traits in Migraine and Tension-Type Headaches: a Five-Factor Model Study.*Psychopathology*, 35, 254-258.
- Caro, C. (2015). Comunicación personal.
- Chang,C-P y Chang, F-J.(2010). Relationships among traditional Chinese personality traits, work, stress, and emotional intelligence in workers in the semiconductor Industry in Taiwan. *QualQuant*, 44, 733-748.
- Christopher, G. y Thomas, M. (2009). Social problema solving in chronic fatigue syndrome: Preliminary findings. *Stress and Health*, 25 (2), 161-169.
- Comeche, M^a.I. (2013). Tratamiento psicológico de la migraña o cefalea vascular. A propósito de un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 17-37.

- D'Agostino, V.C., Francia, E., Licursi, V., y Cerbo. (2010). Clinical and personality features of allodynic migraine. *Neurological Science*, 31 (1), 159-161.
- Damasio A.R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Transactions of the Royal Society(London)* 351 (1346),1413–1420.
- Deza, L. (2010). Artículo de revisión: La migraña. *Acta Médica Peruana*, 27 (2), 129-136.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. y Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process experiential approach to change*. Washington: APA.
- Fernández-Berrocal, P y Extremera, N. (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-12.
- Fernández-Montalvo, J. y Yáñez, S. (1994). Alexitimia: Concepto, Evaluación y Tratamiento. *Psicothema*, 6(3), 357-366.
- Gawali, K.C. (2012). Relationship between Emotional Intelligence and Coping among College Teachers. *J Psychosoc*, 7 (1), 25-32.
- Gayathri, M.S. (2013). An empirical study on emotional intelligence competencies of employees in chemical Industry at Tamilnadu. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*,4(9), 1230-1241.
- Gohm, C.L. y Clore, G.L. (2000). Individual differences in emotional experience: mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 679–697.
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. New York: Kairos.
- González de Rivera, J.L. (1991). El proceso psicósomático. *Monografías de psiquiatría*, 3(3),1-8.
- González, S., González, E., Quintana, J. y Fernández, M. (2008). Características psicopatológicas en un grupo de pacientes con cefalea. *Psicología.com*, 12(1).
- Gracia, M., Alarcia, R. y Modrego, P.J (2008).Importancia de la migraña crónica en una consulta general de neurología. *Revista de neurología*, 46(10), 577-581.
- Greenberg, L.S., Elliott, R.y Pos, A. (2007).Emotion-FocusedTherapy: An Overview. *European Psychotherapy*, 7 (1), 19-39.
- Greenberg, L. S., Rice, L .N. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional: el proceso emocional punto a punto*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez-Zotes, J.A Bayón, C., Montserrat,C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R. y Fernández-Aranda, F. (2004) Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(1):8-15.

- Hassinger, H.J., Semenchuck, E.M. y O'Brien, W.H. (1999). Appraisal and Coping Responses to Pain and Stress in Migraine Headache Sufferers. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 327-340.
- Hubber, D. y Henrich, G.(2003). Personality Traits and Stress Sensitivity in Migraine Patients. *Behavioral Medicine*, 29(19), 4-13.
- King, M. y Gardner, D. (2006).Emotional intelligence and occupational stress among profesional staff in New Zeland. *International Journal of Organizational Analysis*, 14 (3), 186-203.
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T., y Kiesler, D.J. (1969). The experiencingscale. A research and training manual. *Wisconsin Psychiatric Institute*, 1 (56-64).
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LeDoux, J.E. (1995). Emotion: Cluesfromthebrain. *Annual Review of Psychology*, 46,209-235.
- Maleki, N., Becerra, L., Brawn, J., Mcewen, B. y Burstein, R. (2013). Common hippocampal structural and functional changes in migraine. *Brain Structure and Function*, 218(4), 903-912.
- Mateos, V., García- Moncó, J., Gómez- Beldarrain, M., Armengol-Bertoloni, S. y Larios, C. (2011). Factores de personalidad, grado de discapacidad y abordaje terapéutico de los pacientes con migraña atendidos en primera consulta en neurología (estudio Psicomig). *Revista de Neurología*, 52(3), 151-158.
- Matthews, G., Emo, A.K., Funke, G., Zeidner, M., Roberts, R.D., Costa Jr., P.T., y Schulze, R.(2006). Emotional intelligence, personality, and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 12 (2), 96-107.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997).What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*, (pp. 3-31). Nueva York: Basic Books.
- Merikangas, K.R. (1994). Psychopathology and headache syndromes in the community. *Headache*, 34, 17-26.
- Mongini, F., Fassino, S., Rota, E., Deregibus, A., Levi, M., Monticone y D., Abbate-Daga, G. (2005). The temperament and Character Inventory in women with migraine. *J Headache Pain*,6, 247-249.

- Najam, N. y Aslam, S. (2010). Perceived Stress and Coping Strategies in Headache (Migraine & Tension-Type Headache) Patients. *Journal of Behavioural Sciences*, 20, 1-15.
- Neyal, M., Herken, H., Demirci, H., Vint, O. y Neyal, A. (2004). Alexithymic features in migraine patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 182-186.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 19(72), 587-596.
- Özdemir, O., Aykan, F. y Güzel, P. (2014). Coping Strategies and Personality Traits in Women Patients with Migraine and Tension Type Headache. *Journal of Mood Disorders*, 4(2), 59-65.
- Páez, D. y Velasco, C. (2001) Introducción de la Alexitimia a la Inteligencia Emocional. *Boletín de Psicología*, 70, 7-9.
- Park, J.W., Han, S.R., Yang, D.W., Kim, Y.I. y Lee, K.S. (2006). Serotonin Transporter Protein Polymorphism and Harm Avoidance Personality in Migraine without Aura. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46(6), 991-996.
- Petrides, K.V., Vernon, B.A., Schermer, J.A., Lighthart, L., Boomsma, D.I. y Veselk, L. (2010). Relationships between trait emotional intelligence and the Big Five in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 48, 906-910.
- Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A., Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Planes, M. (1992). Influencia de estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 54, 97-108.
- Rogers, P., Qualter, P., Phelps, G., y Gardner, K. (2006). Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 41 (6), 1089-1105.
- Sánchez, P. y Barrio, A. (2012). Trastornos psicósomáticos. *Pediatría Integral*, 16 (9), 700-706.
- Sánchez-Roman, S, Téllez-Zenteno, J., Zermeño-Phols, F., García-Ramos, G., Velázquez, A., Derry, P., ... Guevara-López, U. (2007). Personality in patients with migraine evaluated with the "Temperament and Character Inventory". *J Headache Pain*, 8, 94-104.
- Sachse, R. (1998), Goal-Oriented-Client-Centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders. En Greenberg, L.S., Watson, J.C. y Lietae, G.O, *Handbook of Experiential Psychotherapy*, 295-327, New York: Guilford Press

- Singh, Y y Sharma, R. (2012). Relationship between general intelligence, emotional intelligence, stress levels and stress reactivity. *Annals of Neurosciences*, 19(3), 107-111.
- Taylor, G., y Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Ugoji, N. (2012). Perceived Emotional Intelligence and Stress Management among Undergraduate Students. *IfePsychologia*, 20 (2), 102-106.
- Vila, J. (1998). Psicología y salud: entre el corazón y el cerebro. *Anuario de Psicología*, 29(2), 109-138.
- Visens, L.S. (2014). Actualización en la prevención y tratamiento de migraña. *Medicina (B. Aires)*, 74(2), 147-157.
- Whelton, W. J. y Greenberg, L. S. (2001). The self as a singular multiplicity: A process-experiential perspective. En J. C. Muran (Ed.), *Self-relations in Psychotherapy* (87-106). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Wöber, C., Holzhammer, J., Zeithofer, J., Wessely, P. y Wöber-Bingöl, C. (2006). Trigger factors of migraine and tension-type headache: experience and knowledge of the patients. *The Journal of Headache and Pain*, 7(4), 188-195

ANEXO 1. Manual sobre la entrevista

La entrevista busca rastrear procesos experienciales- emocionales propios del paciente migrañoso psicósomático. Para ello planteamos 6 factores que mediremos a través de varias preguntas:

a) Se plantean dos preguntas para que los migrañosos puedan describir sus ataques de migraña, y los migrañosos describan un dolor de cabeza común para poder dividir a los sujetos en migrañosos y no migrañosos:

1. ¿Ha padecido migrañas o dolores de cabeza alguna vez? En el caso de padecer migrañas, ¿recuerda que ocurriese algo de especial relevancia cuando empezaron?

2. ¿Con que frecuencia padece migrañas o dolores de cabeza?

b) Se propone revisar los factores desencadenantes de un episodio para poder determinar si el manejo inadecuado de las emociones ha podido influir en el desencadenamiento de la migraña o dolor de cabeza:

3. ¿Sabría decirme que factores normalmente ocurren antes de que se desencadene su dolor de cabeza? ¿Consideraría el estrés o preocupaciones como desencadenantes? A continuación vamos a revisar uno de sus episodios de migraña siguiendo el siguiente cuadro:

Episodio	ANTES	DURANTE	DESPUÉS
Lugar (dónde estaba)	Para situar al paciente y evocar mejor el episodio.	Para situar al paciente y evocar mejor el episodio.	Para situar al paciente y evocar mejor el episodio.
Situación y significado (qué ocurre y que significa para mi)	Para ver si ocurría algo con especial intensidad emocional para el paciente.	Para ver si ocurría algo con especial intensidad emocional para el paciente.	Para ver si ocurría algo con especial intensidad emocional para el paciente.
Sentimientos (qué sentía)	Para ver cómo se encontraba el paciente emocionalmente antes de la crisis.	Para ver cómo se encontraba el paciente emocionalmente durante la crisis.	Para ver cómo se encontraba el paciente emocionalmente después de la crisis.
Necesidades (qué necesitaba en ese momento)	Para comprobar qué le dictaba la emoción que sentía.	Para comprobar qué le dictaba la emoción que sentía.	Para comprobar qué le dictaba la emoción que sentía.

Figura 2. Cuadro para describir episodios de dolor de cabeza o migraña.

Esta pregunta constituye el primer aspecto denominado “precipitante emocional.” Se puntuará de la siguiente forma:

0= no consideran el estrés como desencadenante y en su relato de crisis no hay un mal manejo emocional.

0.5= aquellos que consideren el estrés como precipitante o la crisis se inicia por el mal manejo de una emoción.

1= aquellos que consideren el estrés como precipitante y la crisis se inicia por el mal manejo de una emoción.

c) Se busca averiguar qué tipos de estrategias usan para afrontar el estrés con la siguiente pregunta:

4. Recuerde una situación en la que haya tenido un conflicto. ¿Qué suele hacer para resolverlo? Lazarus y Folkman (1984) distinguieron 8 formas específicas de afrontamiento:

1) Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para cambiar la situación.

2) Distanciamiento: esfuerzos para alejarse de la situación.

3) Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.

4) Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.

5) Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.

6) Huida-avoidancia: de la situación.

7) Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.

8) Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

Esta pregunta constituye el aspecto 2 de “estrategias de afrontamiento evitativas”. Se puntuará de la siguiente forma:

0= sus estrategias son: confrontación, planificación, aceptación de la responsabilidad, búsqueda de apoyo social.

2= sus estrategias son evitativas: huida, distanciamiento, autocontrol.

1= sus estrategias incluyen estrategias evitativas además de otras que no lo sean.

d) Elaboramos la siguiente pregunta:

5. Imagine que quiere que alguien le conozca en 5 minutos. ¿Cómo se describiría? ¿Sabría decir algunas habilidades, valores, motivaciones y objetivos vitales?

Con ella queremos comprobar el rasgo de evitación de la reflexión postulado por Sachse (1998), que consiste en no pensar en objetivos, valores, motivaciones, competencias personales pues supondría una mirada hacia el interior y la posibilidad de enfrentarse a imperfecciones.

Esta pregunta constituye el aspecto 3 de “evitación de la reflexión” que se puntuará de la siguiente forma:

0= responde con fluidez sobre sus habilidades, valores, motivaciones y objetivos vitales.

1= se estanca en algún apartado.

2= se estanca en varios apartados.

e) A continuación se pretende comprobar el rasgo de evitación al daño, dimensión de la personalidad incluida en el Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI) basado en el modelo biopsicosocial de personalidad de Cloninger. La dimensión Evitación del Daño incluyen la ansiedad anticipatoria, la evitación de lo desconocido, la timidez y la fatigabilidad (Gutiérrez-Zotes et al, 2004) y se la hemos visto relacionada con pacientes migrañosos en varios artículos Abbate-Daga et al., 2007; D’Agostino, Francia, Licursi y Cerbo, 2010; Mongini et al., 2005; Park, Han, Yang, Kim, Lee, 2006; Sánchez-Román et al., 2006).

6. Para ello proponemos que completen unas frases. Esta pregunta constituye el aspecto 4 de “rasgo de evitación al daño”. A continuación se ven las frases y como se puntúan:

a) Me siento tímido...

0.5= muchas veces, 0= nunca o pocas veces

b) Cuando no se qué va a pasar y tengo incertidumbre siento...

0.5= mucho malestar, 0= poco malestar

c) Veo el lado negativo de las cosas...

0.5= muchas veces, 0= pocas veces

d) Anticipar problemas y consecuencias en el futuro es algo que yo...

0.5= hace mucho, 0= hace poco

f) Elaboramos algunas preguntas para determinar su conciencia emocional y el grado de implicación que tiene con su mundo emocional. Estas preguntas constituyen el aspecto 5 de “conciencia emocional baja”. A continuación se ven las preguntas y cómo se puntúan:

7. A veces ocurre que nos sentimos alterados pero no sabemos por qué o que sentimos.
¿Le ocurre a menudo?

0.5= A menudo, 0= no o pocas veces.

8. ¿Cómo se siente ahora? ¿Sabe siempre como se siente?

0.5= no sé siempre cómo me siento, 0= si, o casi siempre sé cómo me siento.

9. ¿Hay algún momento del día en el que reflexione acerca de cómo se siente? Si es así,
¿cómo lo hace?

1= si

0=no

g) Proponemos que relaten dos episodios de tristeza (10) y enfado (11) para ver el modo de implicación emocional del paciente basándonos en la escala experiencial de Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler (1969) formada por 7 niveles:

Nivel 1: las respuestas son mínimas, el contenido es impersonal y el sujeto relata como si fuese un objeto sin tener en cuenta sus actitudes, sentimientos o reacciones

Nivel 2: existe una implicación personal en la narrativa pues expresa cierto interés y detalla para hacerse entender pero se siguen sin definir los sentimientos del paciente. El discurso sigue siendo bastante intelectual.

Nivel 3: aparecen los sentimientos del paciente o bien mientras hablan de la situación o cuando se refieren a cómo se sentían en la situación. Falta una elaboración del significado más profunda.

Nivel 4: el contenido revela claramente sentimientos y partes internas del sí mismo del paciente.

Nivel 5: el paciente habla del problema en términos de emoción y explora sus sentimientos.

Nivel 6: el cliente es capaz de llegar a conclusiones surgidas a raíz de intuiciones producidas por el hallazgo de significados en los sentimientos.

Nivel 7: El cliente experimenta sus emociones y elabora significados sin hacer uso de la narración.

Esta pregunta constituye el aspecto 6 de “niveles de implicación emocional bajos”

1= nivel 1

0.5= nivel 2, 3

0= 4, 5

También usaremos las respuestas de esta pregunta para el aspecto 2 de “estrategias de afrontamiento evitativas”.

h) Preguntamos cómo de fácil le ha resultado responder a la entrevista para ver si el paciente expresa dificultad a la hora de manejar emociones.

i) Preguntamos si el paciente presenta alguna somatización pues puede ser que su perfil sea psicósomático pero no padezca de migrañas.

Hay un total de 6 aspectos cuya puntuación total es 10:

Los factores que consideramos que tienen más importancia tienen como puntuación total un 2:

Estrategias de afrontamiento evitativas, evitación de la reflexión, rasgo de evitación al daño, conciencia emocional baja.

Los otros factores (precipitante emocional y nivel de implicación emocional) puntúan sobre 1.

Consideraremos que a partir de 5 los pacientes tienen un perfil psicósomático.

