

Trabajo Fin de Grado.

Pensamiento catastrófico en diferentes situaciones clínicas de migraña.

Autora: Lidia de la Cruz Gutiérrez

Tutor: Ángel Luís Guerrero Peral

Profesor Asociado UVA.

LE Neurología HCUV

Curso académico 2015-2016



ÍNDICE

RESUMEN	Pág.2
INTRODUCCIÓN.....	Pág.3
HIPÓTESIS	Pág.7
OBJETIVOS	Pág.8
MATERIALES Y MÉTODOS	Pág.9
RESULTADOS	Pág.14
DISCUSIÓN	Pág.20
CONCLUSIONES	Pág.23
BIBLIOGRAFÍA	Pág.24

RESUMEN

Introducción y objetivos: La relación entre alteraciones psiquiátricas y migraña está abierta a debate, y no se han establecido de forma definitiva la validez, la repercusión y el alcance de la misma. Pretendemos estudiar la asociación de algunas variables neuropsicológicas con diferentes situaciones clínicas de migraña, atendiendo especialmente a la presencia de Pensamiento Catastrófico.

Pacientes y métodos: Incluimos pacientes atendidos en la Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre Enero y Diciembre de 2015. Consideramos aquellos diagnosticados de migraña crónica o episódica siguiendo los criterios de la III Edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-3). En cada uno de los pacientes se registraron variables demográficas y clínicas, y se evaluaron la severidad de la migraña (Escala HIT-6), los trastornos del ánimo (Escala HADS), la impulsividad (Escala de Plutchik) o el Pensamiento Catastrófico (Escala PCS).

Resultados: Analizamos 83 pacientes (67 mujeres y 16 varones). La edad en el momento de inclusión fue de $37,1 \pm 11,4$ años (rango: 18-70) y la de inicio de la migraña de $18,1 \pm 7,6$ (5-42). Cincuenta y seis casos (67,5% del total) presentaban migraña crónica y veintisiete casos (32,5%) migraña episódica. De acuerdo con los puntos de corte de las escalas utilizadas, el 84,3% tenían una discapacidad al menos moderada en relación con la migraña, el 24,1% ansiedad, el 8,4 % depresión, el 10,8% impulsividad y el 33,7% un catastrofismo clínicamente relevante. No encontramos diferencia entre las poblaciones de migraña episódica y crónica respecto a ninguna de dichas variables. Comparando el grupo de pacientes con pensamiento catastrófico con el resto, encontramos entre los primeros mayor presencia de ansiedad (44,8% vs 13%; p: 0,001), depresión (20,7% vs 1,9%; p: 0,007), impulsividad (24,1% vs 3,7%, p: 0,004) y severidad de la migraña medida por la escala HIT-6 ($66,4 \pm 5,8$ vs $61 \pm 6,6$; p<0,001).

Conclusiones: la presencia de impulsividad, ansiedad y depresión entre los pacientes migrañosos es habitual. En cuanto al pensamiento catastrófico, no se observa más frecuentemente entre los pacientes con migraña crónica, pero se asocia a la presencia de mayor porcentaje de trastornos del ánimo y mayor severidad producida por la migraña.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Impulsividad; Migraña; Migraña crónica; Pensamiento Catastrófico.

INTRODUCCIÓN

La comorbilidad entre cefalea y trastornos psiquiátricos es actualmente un fenómeno clínico ampliamente reconocido, lo que nos permite la realización de múltiples investigaciones sistémicas [1]. Muchos estudios sugieren que los trastornos del estado de ánimo y ansiedad son de dos a diez veces más prevalentes entre la gente con migraña que en la población general, y más del 25% de los migrañosos cumplen criterios para estas alteraciones [2-4]. Además, estudios basados en la población demuestran que la depresión es una comorbilidad de la migraña [5,6].

La migraña es una cefalea primaria con una alta prevalencia e impacto socioeconómico y personal como muestra el estudio *Global Burden of Disease Survey 2010*, donde se considera el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de incapacidad en el mundo [7,8].

El mecanismo neurobiológico sobre el que asienta dicha patología está todavía sin esclarecer por completo, pareciendo existir una interacción entre componentes genéticos (ej. PRGC, receptores D2) distintas vías de neurotransmisores (ej. 5-HT, catecolaminas) y otros factores intrínsecos (ej. estrógenos) e extrínsecos al individuo [7,9,10,11,12]. En la comprensión de los procesos implicados en la migraña, ha sido de gran ayuda la eficacia que presentan algunos fármacos como los triptanes (agonistas de receptores 5-HT) en el tratamiento sintomático de las crisis [7].

La CIC-3 (Clasificación Internacional de Cefaleas 3ª edición) define la migraña como una cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración, siendo el dolor típicamente unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa, que empeora con la actividad física y se asocia con náuseas y/o vómitos o fotofobia y fonofobia, habiendo ocurrido al menos cinco crisis de estas características [7]. En el caso concreto de la migraña crónica es necesario que la cefalea aparezca durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presente características de cefalea migrañosa [7] (*Tabla 1*).

Tabla 1. Criterios diagnósticos migraña crónica.

- A. Cefalea (tipo tensional o migrañosa) durante un periodo de 15 o más días al mes durante más de 3 meses que cumplen los criterios B y C.
- B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos 5 crisis que cumplen los criterios de migraña sin aura y/o con aura
- C. Durante un periodo de 8 o más días al mes por espacio de más de 3 meses cumplen cualquiera de los siguientes:
1. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles: visuales, sensitivos, de habla o lenguaje, motores, troncoencefálicos, retinianos; y al menos 2 de las 4 características siguientes: progresión gradual de al menos 1 de los síntomas de aura durante 5 o más minutos y/o 2 o más síntomas de presentación consecutiva, cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5-60 minutos, al menos uno de los síntomas de aura es unilateral. el aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.
 2. La cefalea presenta al menos 2 de las siguientes 4 características: unilateral, pulsátil, intensidad moderada o severa, empeora por o condiciona el abandono de la actividad física; y al menos uno de los siguientes durante la cefalea : náuseas y/o vómitos, fotofobia y fonofobia.
 3. En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

Fuente: III Edición CIC [7]

Otro de los puntos que se ha estudiado con frecuencia en la migraña es el papel del uso excesivo de medicación sintomática [13,14]. De hecho, en la última edición de la CIC se habla de una cefalea por uso excesivo de medicación, cuyo diagnóstico no es excluyente del de la migraña, entendiendo esta patología como una cefalea que aparece 15 o más días al mes como consecuencia del abuso habitual de medicación aguda o sintomática contra la cefalea (durante 10 o más o 15 o más días al mes, según el fármaco) en un

periodo superior a tres meses y que suele remitir al detener el abuso de medicación[7] (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de cefalea por abuso de medicación sintomática.

- A. Cefalea que ocurre 15 o más días al mes en paciente con cefalea preexistente.
- B. Abuso habitual durante más de 3 meses de uno o más fármacos que se pueden administrar como tratamiento agudo y/o sintomático de la cefalea.
- C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico del a CIC-3.

Fuente: III Edición CIC [7]

Teniendo en cuenta todo lo anterior, no es de extrañar que sean múltiples los estudios publicados intentando relacionar la migraña con otros trastornos a nivel psiquiátrico o neurológico, así como la influencia recíproca de ambas situaciones en el pronóstico y tratamiento de las mismas, pudiendo con ello favorecer la mejora del manejo de estas patologías.

Uno de los objetos de investigación más recurrentes es la determinación de factores implicados en la cronicidad de la migraña. Como es evidente, todo dolor crónico genera una pérdida de la calidad de vida en el individuo, el consumo de recursos sanitarios y la disminución de la producción de los individuos afectos. Sin embargo, la respuesta ante el dolor no es igual en todos los pacientes, conociéndose con el término de catastrofizadores a aquellos que tienen tendencia a magnificar o exagerar el valor de la amenaza o la seriedad de las sensaciones dolorosas, teniendo este patrón mental tres bases que son la rumiación, la magnificación y la desesperanza [15]. Se ha visto que este tipo de individuos presentan un dolor más intenso, ansiedad y depresión más severas, el consumo de más analgésicos y estancias hospitalarias más prolongadas; con una relación significativa entre la catastrofización y los resultados en relación al dolor [15]. Los hallazgos a nivel neurobiológico apuntan a alteraciones en los sistemas endógenos de modulación del dolor y generación de estados de hiperalgesia nerviosa como responsables de la relación entre estados emocionales alterados y este procesamiento catastrofista de las sensaciones desagradables [15]. Para intentar establecer la presencia de este modelo de pensamiento

en el dolor crónico, Sullivan et al. desarrollaron la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), cuya versión en español ha sido validada en un estudio multicéntrico, observacional y prospectivo en pacientes con fibromialgia [16]. Así pues, resulta lógico pensar en el modelo catastrofista como una diana a modificar en los pacientes con dolor crónico o que se prevee que son de riesgo para desarrollarlo [15,17].

HIPÓTESIS

1. Puede observarse un pensamiento catastrófico en pacientes migrañosos, como ha ocurrido en otros pacientes con dolor.
2. El pensamiento catastrófico puede variar en función de la severidad de la migraña.
3. El pensamiento catastrófico puede ser diferente en pacientes migrañosos, en función de que se encuentren en una fase episódica o crónica.
4. La catastrofización puede relacionarse con otras variables psicológicas potencialmente relacionadas con un uso excesivo de medicación, como la impulsividad.
5. El pensamiento catastrófico puede, además, estar relacionado con alteraciones del ánimo (ansiedad o depresión) en pacientes migrañosos.

OBJETIVOS

1. Determinar la presencia de pensamiento catastrófico medido mediante la escala PCS en pacientes con migraña.
2. Evaluar la relación entre el pensamiento catastrófico y la severidad de la migraña.
3. Determinar las diferencias entre la catastrofización en pacientes con migraña episódica o migraña crónica.
4. Evaluar la relación entre la presencia de pensamiento catastrófico y el uso excesivo de medicación sintomática, así como su relación con la presencia de impulsividad.
5. Determinar la asociación entre la presencia de pensamiento catastrófico y los trastornos del ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes migrañosos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Pacientes.

Incluimos pacientes atendidos en la unidad de cefaleas del Hospital Clínico Universitario de Valladolid de Enero a Diciembre de 2015.

El diagnóstico de migraña y migraña crónica así como la presencia de uso excesivo de medicación sintomática (UEM) se llevó a cabo de acuerdo con los criterios de la CIC-3 [7].

Impacto de la migraña.

Evaluamos el impacto de la migraña con el *Headache Impact Test-6* (HIT-6); este test establece mediante 6 preguntas de elección múltiple, cuatro categorías de discapacidad en función de la puntuación: severa (≥ 60), moderada (56-59), leve (50-55) y ausente (≤ 49) (*Tabla 3*) [18].

Tabla 3: *Headache Impact Test-6* (HIT-6)

1. Cuando tienes cefaleas, ¿con qué frecuencia el dolor es severo?
 2. Con qué frecuencia las cefaleas limitan tu capacidad para hacer actividades diarias usuales incluyendo las tareas de casa, el trabajo, la escuela o actividades sociales?
 3. Cuando tienes cefaleas, con qué frecuencia deseas poder tumbarte
 4. En las pasadas 4 semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido demasiado cansado para trabajar o hacer actividades diarias por los dolores de cabeza?
 5. En las pasadas 4 semanas, con qué frecuencia te has sentido harto o irritado debido a tus cefaleas.
 6. En las pasadas 4 semanas, con qué frecuencia las cefaleas limitaron tu capacidad para concentrarte en el trabajo o en las actividades diarias
- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nunca
6puntos | <input type="checkbox"/> raramente
8puntos | <input type="checkbox"/> a veces
10puntos | <input type="checkbox"/> muy frecuente
11puntos | <input type="checkbox"/> siempre
13puntos |
|---|---|--|--|--|

Total....

Fuente: Yang *et al.* [18]

Trastornos del estado de ánimo.

En cuanto a la detección de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad utilizamos la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se trata de un instrumento de cribado que permite la detección de trastornos depresivos y ansiosos. Es un test autoaplicado con un marco de referencia temporal en la semana previa. Adaptada y validada al español, consta de 14 ítems agrupados en 2 subescalas; ansiedad y depresión. Ninguno de esos ítems hace referencia a síntomas somáticos, lo cual resulta útil en los pacientes migrañosos para evitar la sobrestimación de psicopatología que podría producirse al interpretar síntomas físicos relacionados con la migraña como síntomas somáticos secundarios a ansiedad o depresión. El punto de corte establecido para cada una de las subescalas es de 10 (*Tabla 4*) [19].

Tabla 4: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

	0	1	2	3
Subescala de ansiedad:				
<ul style="list-style-type: none">▪ 1.Tensión▪ 3. Nerviosismo▪ 5.Aprensión▪ 7.Preocupación▪ 9. Inquietud▪ 11. Nervios en el estomago▪ 13.Angustia				
Subescala de depresión:				
<ul style="list-style-type: none">▪ 2. Disfrutar con las cosas con las que solía hacerlo▪ 4.Risa▪ 6. Alegría▪ 8.Torpeza▪ 10.Interés por el aspecto personal▪ 12.Ilusión.▪ 14. disfrutar con un buen libro, la radio o la televisión				
0:nunca, ninguna intensidad; 1:a veces, poco intenso; 2:frecuente, intensidad moderada; 3:casi todo el día, muy intenso				
Fuente: Garcia-Portilla MP <i>et al.</i> [19]				

Impulsividad.

Para medir la impulsividad usamos la Escala de Impulsividad de Plutchik. Se trata de un test autoaplicado, diseñado para evaluar conductas impulsivas. Es una herramienta de cribado validada al español. Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a «hacer cosas sin pensar» o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas englobadas en la capacidad para planificar (3 ítems), control de los estados emocionales (3 ítems), de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems) y de otras conductas (6 ítems). Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems y oscila entre 0 y 45. En la versión española los autores proponen un punto de corte de 20, con una sensibilidad del 60% y una especificidad del 74%. La consistencia interna de la escala de acuerdo al

Tabla 5: Escala de impulsividad de Plutchik.

	<u>Nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
1. ¿Le resulta difícil esperar una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aún cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				

Las respuestas se recogen en una escala puntuada de 0 a 3.

Fuente : Garcia-Portilla MP *et al* [19]

coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue 0,9 y la fiabilidad test-retest por el coeficiente de correlación de Pearson 0,91 (*Tabla 5*)[19].

Pensamiento catastrofista.

Utilizamos *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) para evaluar el pensamiento catastrófico relacionado con el dolor. En esta escala los pacientes son interrogados acerca de experiencias dolorosas pasadas y la presencia de 13 pensamientos o sentimientos cuando experimentaban el dolor, cada uno de los cuales se mide del 0 (nada en absoluto) a 4 (todo el tiempo). Se genera una puntuación total (0-52) a partir de tres subescalas de puntuación (rumiación, magnificación y desesperanza). Una puntuación de 30 o más se ha considerado como un punto de corte para niveles clínicamente significativos de catastrofismo, habiendo demostrado una buena validez en la valoración para muestras con migraña [15] (*Tabla 6*).

Tabla 6: Escala de Catastrofización ante el Dolor (PCS)

Cuando siento dolor....

0: nada en absoluto 1: un poco 2: moderadamente 3: mucho 4: todo el tiempo

1. estoy preocupado todo el tiempo pensando si el dolor desaparecerá.
2. siento que ya no puedo más.
3. es terrible y pienso que esto ya no va a mejorar nunca.
4. es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.
5. siento que no puedo soportarlo más.
6. temo que el dolor empeore.
7. no dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor.
8. deseo desesperadamente que desaparezca el dolor.
9. no puedo apartar el dolor de mi mente.
10. no dejo de pensar en lo mucho que me duele.
11. no dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor.
12. no hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor.
13. me pregunto si me puede pasar algo grave.

....Total

Fuente: García Campayo J *et al.* [16]

Análisis de datos.

Para el análisis estadístico de los datos recogidos utilizamos el software IBM SPSS Statistics 23 para Windows, utilizando como test de contraste de hipótesis para la comparación de variables Chi² o t Student según conveniencia. Consideramos la existencia de una relación estadísticamente significativa si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 83 pacientes (16 varones, 67 mujeres). La edad en el momento de inclusión fue de $37,1 \pm 11,4$ (rango: 18-70). La edad de inicio de la migraña era de $18,1 \pm 7,6$ (rango: 5-42). El número de días de cefalea durante el mes anterior a su inclusión era de $9,9 \pm 6,7$ (rango: 1-28).

En relación al consumo de tóxicos 15 pacientes eran fumadores (18,1%), 13 tenían antecedentes de hábito tabáquico (15,7%) y un caso presentaba antecedentes de consumo de alcohol (1,2%).

Cincuenta y seis casos (67,5% del total) presentaban migraña crónica frente a veintisiete casos (32,5%) de migraña episódica. No se detectó abuso de medicación en ninguno de los pacientes con migraña episódica, en cambio, dentro del grupo de migrañosos crónicos, 42 pacientes (75% de los crónicos) presentaban un excesivo uso de medicación.

La discapacidad generada por la migraña medida por la escala HIT-6 era de $62,9 \pm 6,8$ (44-74). El 84,3% presentaban una discapacidad al menos moderada ($HIT-6 \geq 56$).

En cuanto a las alteraciones del ánimo, las puntuaciones en las subescalas de la HADS fueron de $7,5 \pm 4,7$ (1-19) en la ansiedad y $3,4 \pm 4,2$ (0-17) en la depresión. Teniendo en cuenta los puntos de corte previamente reseñados, el 24,1% de los pacientes presentaba ansiedad y un 8,4% depresión.

Referente a la impulsividad, la puntuación fue $11,5 \pm 6,5$ (2-30) en la escala de Plutchik, presentando un 10,8% impulsividad de acuerdo al punto de corte de la escala.

Finalmente, y en cuanto al catastrofismo, la puntuación en la PCS de los pacientes estudiados fue de $24,2 \pm 12,5$ (1-51) y en un 34,9% existía catastrofismo clínicamente relevante, de acuerdo con el punto de corte de la escala.

Llevamos a cabo inicialmente una comparación de todas las variables analizadas entre las poblaciones de pacientes con Migraña Episódica y Migraña Crónica. No observamos diferencias entre ambas poblaciones en los valores obtenidos de HADS-ansiedad, HADS-depresión, HIT-6, Plutchick y PCS. Tampoco se encontró relación cuando se aplicaban los puntos de corte para ansiedad, depresión, grado de discapacidad, impulsividad ni catastrofismo relevante. Como era esperable, el uso excesivo de medicación y el número

de días al mes de cefalea eran significativamente superiores entre los pacientes con migraña crónica. Los resultados de esta comparación se muestra en la *Tabla 7 y Gráfico 1*.

Tabla 7: Comparación entre pacientes con Migraña Crónica y Migraña Episódica.

Variables	Migraña Crónica N: 56	Migraña Episódica N: 27	p
Edad inicio (años)	17,6±6,16	19,1±10,1	ns
Edad inclusión (años)	38±11,9	35,4±10,2	ns
Días cefalea (media±DE)	23,6±5,5	4,2±2,1	p<0,001
Uso excesivo de medicación	75%	0%	p<0,001
HADS-ansiedad (media±DE)	8,2±4,6	6,11±4,62	ns
Ansiedad	26,8%	18,5%	ns
HADS-depresión (media±DE)	3,7±4,2	2,89±4,1	ns
Depresión	8,9%	7,4%	ns
Puntuación Plutchik (media±DE)	11,8±6,2	11±7,1	ns
Impulsividad	10,7%	11,1%	ns
HIT-6 (media±DE)	62,8±6,6	63,2±7,3	ns
HIT-6 severo	69,6%	70,4%	ns
PCS puntuación (media±DE)	23,3±12,4	26,2±12,8	ns
Catastrofismo relevante	33,9%	37%	ns

DE: desviación estándar; HADS: *hospital anxiety and depression scale*; HIT-6: *headache impact test-6*; ns: no significativa; PCS: *pain catastrophizing scale*

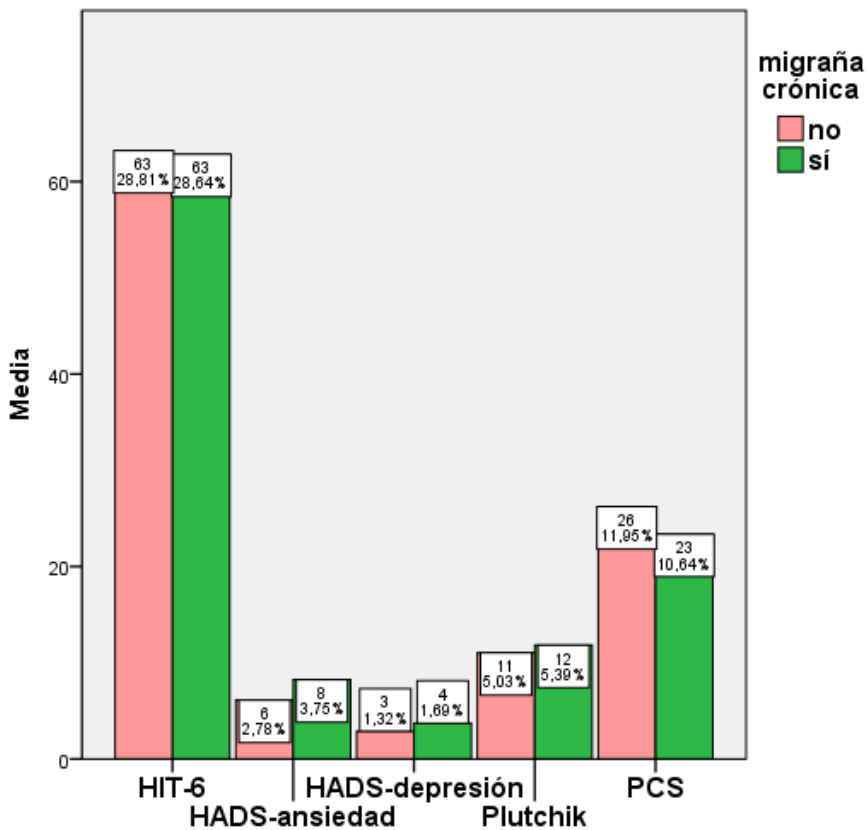


Gráfico 1: media de puntuación en las escala HIT-6, HADS, Plutchik y PCS en relación a la migraña crónica frente a la episódica.

En segundo lugar, y dentro de la población con pacientes con migraña crónica, comparamos si había diferencias entre ambas poblaciones en las variables anteriormente mencionadas. De nuevo no observamos diferencia entre ambos grupos al considerar la presencia de ansiedad, depresión, impacto de la migraña, impulsividad o catastrofismo y las puntuaciones en las correspondientes escalas (*Tabla 8 y Gráfico 2*).

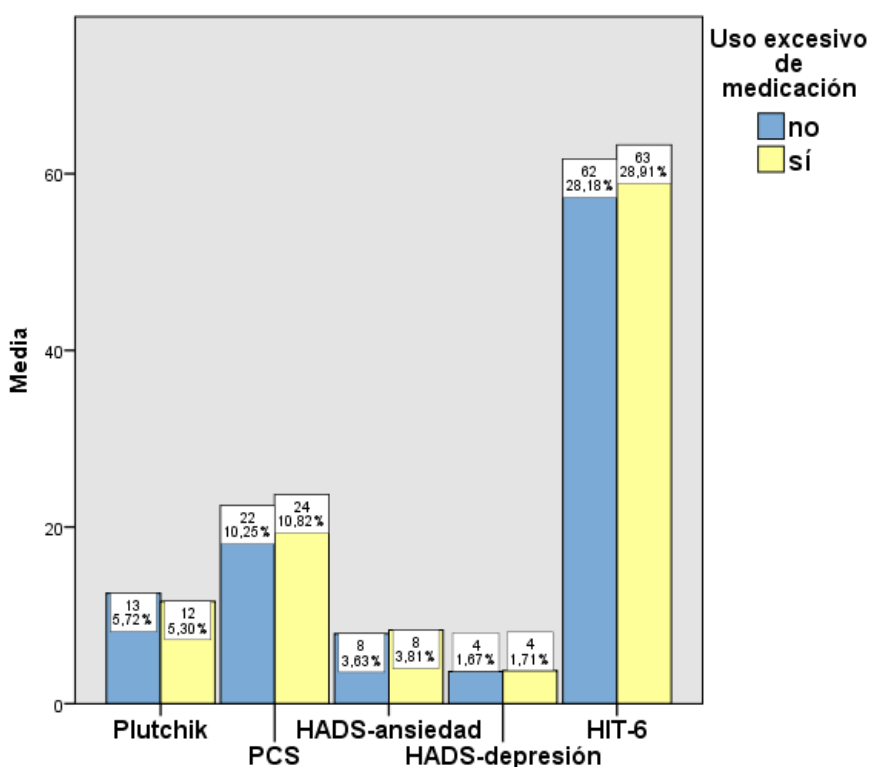


Gráfico 2: media de las escalas de Plutchik, PCS, HADS en subescala depresión y ansiedad y HIT-6 en población de migrañosos crónico según presencia o ausencia de abuso de medicación sintomática.

Tabla 8: Comparación pacientes con uso excesivo de medicación y sin ella dentro del conjunto de migraña crónica.

VARIABLES	uso excesivo de medicación N:42	No uso excesivo de medicación N: 14	p
Edad inicio (años)	18,4±6,2	15,5±5,3	ns
Edad inclusión (años)	39±11,7	34,7±12,3	ns
Días cefalea (media±DE)	13,7±6,7	9,5±4,4	ns
HADS-ansiedad (media±DE)	8,33±4,7	7,93±4,5	ns
Ansiedad	28,6%	21,4%	ns
HADS-depresión (media±DE)	3,74±4,12	3,64±4,7	ns
Depresión	7,1%	14,3%	ns
Puntuación Plutchik (media±DE)	11,6±6,2	12,5±6,4	ns
Impulsividad	9,5%	14,3%	ns
HIT-6 (media±DE)	63,2±6,8	61,6±6,1	ns
HIT-6 severo	69%	71,4%	ns
PCS puntuación (media±DE)	23,6±13,2	22,43±10,13	ns
Catastrofismo relevante	35,7%	28,6%	ns

DE: desviación estándar; HADS: *hospital anxiety and depression scale*; HIT-6: *headache impact test*; ns: no significativa; PCS: *pain catastrophizing scale*

Finalmente, consideramos de forma independiente los grupos de pacientes con pensamiento catastrófico clínicamente relevante (PCS >30) y sin él, comparando entre ambos el impacto de la migraña, presencia de ansiedad, depresión o impulsividad, y la puntuación en las correspondientes escalas. En la población con pensamiento catastrófico

clínicamente relevante se observó un aumento significativo de las puntuaciones en las escalas HADS-ansiedad, HADS-depresión, HADS-impulsividad y HIT-6, así como de la presencia, de acuerdo con estas, de impacto severo, ansiedad, depresión o impulsividad. No se halló relación con la cronicidad de la migraña, el abuso de fármacos, la edad de inicio de la migraña, ni los días de dolor migrañoso en el mes previo. Los resultados se muestran en *Tabla 9* y *Gráfico 3*.

Tabla 9: comparación entre pacientes catastrofistas y no catastrofistas

Variables	Catastrofismo relevante N:29	Catastrofismo no relevante N:54	p
Edad inicio (años)	16,4±7,4	19±7,7	ns
Edad inclusión (años)	36,3±10	37,6±12,1	ns
Días cefalea	9,9±5,3	9,9±7,4	ns
Cronicidad de la migraña	65,5%	68,5%	ns
Abuso medicación	51,7%	50%	ns
HADS-ansiedad (media±DE)	10,1±4,9	6,1±3,9	<0,001
Ansiedad	44,8%	13,0%	0,001
HADS-depresión (media±DE)	6,2±5,3	1,9±2,3	<0,001
Depresión	20,7%	1,9%	0,007
Puntuación Plutchik (media±DE)	15,1±7	9,6±5,3	<0,001
Impulsividad	24,1%	3,7%	0,004
HIT-6 (media±DE)	66,4±5,8	61±6,6	<0,001
HIT-6 severo	82,8%	63%	ns

DE: desviación estándar; HADS: *hospital anxiety and depression scale*; HIT-6: *headache impact test*; ns: no significativa;

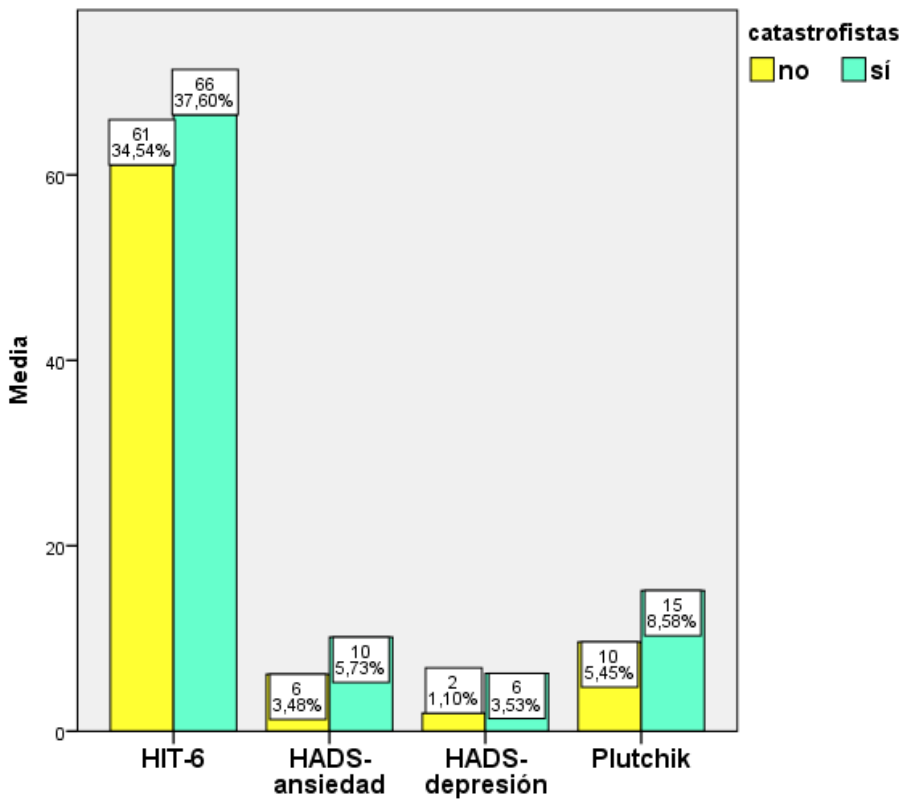


Gráfico 3: media de las puntuaciones en escala HIT-6, HADS y PCS para el grupo de población con catastrofismo relevante frente al que no.

DISCUSIÓN

Debido a su relevancia epidemiológica y sanitaria, la migraña supone un importante campo de estudio médico para el cual es necesario un diagnóstico y clasificación correcta de la misma que permita comparar los resultados de las distintas investigaciones que sobre ella se realicen, por ello decidimos utilizar la clasificación CIC-3 en nuestros pacientes [7].

La relación entre migraña y trastornos del estado del ánimo y la ansiedad, es una de las más ampliamente investigadas [1,10-12,20,21]. La hipótesis de una posible relación entre factores psicopatológicos y migraña ya fue planteada a finales del s.XIX por Freud y posteriormente por Wolff, influyendo en los objetos de investigación actuales, los cuales han llevado a desechar muchas de las ideas iniciales [21]. Varios estudios apuntan a la existencia de una asociación consistente entre la migraña y los trastornos depresivo, bipolar y de ansiedad; no obstante, también se ha encontrado esta relación en la cefalea tensional y en las cefaleas diarias crónicas siendo incluso más comunes en estos casos [1,11,12,20,21]. Los hallazgos más recientes se inclinan hacia un mecanismo neuropático compartido y con influencias bidireccionales que explicarían este nexo [21]. En nuestro estudio no hemos podido establecer una relación significativa entre la migraña crónica o episódica y este tipo de trastornos psiquiátricos. Esto puede ser debido al pequeño tamaño muestral en relación con otros trabajos [11,20,21] o a la ausencia de una muestra en relación a la presencia de patología psiquiátrica previamente diagnosticada [1,10].

La impulsividad es una de las dimensiones de la personalidad que se ha investigado en los pacientes con migraña. Se entiende por comportamiento impulsivo la alta sensibilidad a las recompensas, la actuación sin planificación previa y el comportamiento compulsivo en busca del alivio ante las tensiones o el estrés [10]; por ello, parece interesante valorar la presencia de esta dimensión en los pacientes con cefalea crónica analizando su implicación en el manejo de la misma. Sin embargo, un estudio realizado en pacientes con migraña crónica y episódica no encontró relación con esta, ni con el uso excesivo de medicación (UEM), ni con la cronicidad de la migraña, en contra de lo que cabría esperar en relación a otros estudios previos [10].

En nuestro trabajo tampoco hemos encontrado una relación relevante con la presencia de migraña crónica. Esto puede ser debido a la elección de los elementos de cribado, el

pequeño tamaño muestral o a que en efecto no exista tal asociación para ese grupo de pacientes.

Los factores de riesgo implicados en el paso de la forma episódica a la crónica de la migraña son otro de los objetos de estudio más extendidos [22]. Entre ellos cabe destacar el UEM, el cual ya se reconoce como parte del diagnóstico de migraña crónica en la última clasificación internacional de cefaleas (CIC-3) [7]. En trabajos previos realizados en pacientes con migraña crónica se ha visto una relación significativa entre la presencia de UEM y una edad de inicio de la migraña menor, un tiempo de evolución mayor y un uso de tratamientos preventivos más amplio [13]. Los resultados que hemos obtenido de nuestros pacientes, son concordantes con lo expuesto acerca de la relación significativa entre migraña crónica y UEM. Por todo ello, sería interesante profundizar en esta conexión de cara a prevenir un UEM en pacientes con migraña crónica.

Acerca del impacto que la migraña tiene en la vida diaria, son múltiples los estudios que respaldan la importante pérdida de calidad de vida y la dificultad en el desempeño de las actividades cotidianas de estas personas [7,8]. Sin embargo no hallamos relación entre la forma crónica de la migraña y un mayor impacto medido con HIT-6. Esto puede ser debido al pequeño tamaño muestral, al uso de test diferentes en la valoración o a la selección de los pacientes a partir de una Unidad de cefaleas.

El tratamiento de la migraña supone un campo de investigación en el que parece que cada vez cobra mayor relevancia una orientación que combine el uso de fármacos con psicoterapia. Apoyando este doble abordaje algunos estudios ya han encontrado una mejora significativa en diversos tipos de dolor crónico, entre los que se incluye la migraña crónica, en población infantil y adulta [14,15,23-25]. Ello hace que sea importante la detección de aquellas formas de pensamiento que pudieran estar influenciando la manera en que se percibe el dolor. La catastrofización del dolor ha sido estudiada en diversos tipos de enfermedades crónicas obteniendo mejores resultados en la respuesta al tratamiento tanto a corto como a largo plazo cuando se incidía sobre ella [15-17,23,24,26].

Además se ha visto que las personas catastrofistas tienen una mayor afectación de su funcionalidad y calidad de vida, independientemente de la presencia de trastornos del estado de ánimo, y que la valoración inicial de este aspecto, nos permite predecir el impacto que tendrá la migraña en las actividades diarias [27].

En nuestro estudio utilizamos PCS para separar a los pacientes que tiene unos niveles considerados clínicamente relevantes de catastrofismo de los que no[15]. Encontramos una relación significativa del pensamiento catastrófico ante el dolor con la ansiedad, depresión, impulsividad y un mayor impacto para la vida diaria, confirmando así nuestra hipótesis inicial. No obstante, aunque hay estudios que respaldan nuestras conclusiones en relación al impacto en la vida diaria, estos no lo miden con el HIT-6 y además consideran los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad como variables independientes al catastrofismo a la hora de influir en el pronóstico del paciente, esto podría ser debido a que la patología principal de la muestra no es siempre la migraña [27, 28].

Finalmente, no hemos obtenido una relación relevante entre la catastrofización del dolor y un mayor abuso de medicación o cronificación de la migraña, lo que parece estar en discordancia con aquellos estudios que apuntan a un mayor riesgo de cronificación del dolor con mayores niveles en PCS, no obstante ninguno de ellos hace referencia al dolor migrañoso [15, 29, 30].

CONCLUSIONES

1. La presencia de pensamiento catastrófico clínicamente relevante medido por la escala PCS es frecuente en nuestra población de migrañosos.
2. No existe, en nuestra muestra, una relación entre el pensamiento catastrófico y la severidad de la migraña.
3. La presencia de pensamiento catastrófico ante el dolor no es diferentes en nuestros pacientes con migraña episódica o migraña crónica.
4. El pensamiento catastrófico ante el dolor no se relaciona con el uso excesivo de medicación sintomática
5. La presencia de impulsividad medida por la escala de Plutchik y de ansiedad y depresión de acuerdo con la HADS es superior en el grupo de pacientes migrañosos con pensamiento catastrófico ante el dolor

BIBLIOGRAFÍA

1. Juang K-D, Wang S-J, Fuh J-L, Lu S-R, Su T-P. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000; 40: 818-823.
2. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry* 1991;Res 37:11–23.
3. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:849–853.
4. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006; 46:1327–1333.
5. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology* 2000; 54:308–313.
6. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a populationbased case–control study. *Neurology* 2000; 55:629–635.
7. International Headache society. III Edition of International Headache Classification, beta version, March 2013.
8. Gil-Gouveia R, G Oliveira A, Pavao Martins I. A subjective cognitive impairment scale for migraine attacks. The MIG-SCOG: Development and validation. *Cephalalgia* 2011; 31:984-91.
9. Suhr J.A, Seng K.E. Neuropsychological functioning in migraine: clinical and research implications. *Cephalalgia* 2012; 32:39-54.
10. Muñoz I, Hernández M.S., Pedraza M.I. *et al.* Impulsividad en pacientes migrañosos: estudio en una serie de 155 casos. *Neurología* 2014. doi: 10.1016/j.nrl.2014.10.006
11. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; 12: 115–125.
12. Teixeira AL, Costa EA, da Silva Jr AA *et al.* Psychiatric comorbidities of chronic migraine in community and tertiary care clinic samples. *J Headache Pain* 2012; 13:551-5.

- 13.Rojo E, Pedraza M.I, Muñoz I *et al.* Diferencias entre migraña crónica con y sin uso excesivo de medicación: experiencia en una serie hospitalaria de 434 pacientes. *Neurología* 2015; 30:153-157.
- 14.Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D *et al.* Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: outcome at 3 years. *Headache* 2002; 42: 483–490.
15. Sullivan M.J.L. The pain catastrophizing scale: User manual. *McGill University (Montreal)*. 2009: 1-36.
- 16.García Campayo J, Rodero B, Alda M *et al.* Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (pain catastrophizing scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131:487-92.
17. Darnall B.D, Sturgeon J.A, Ming-Chih K, Hah J.M, Mackey S.C. From Catastrophizing to Recovery: a pilot study of a single-session treatment for pain catastrophizing. *Journal of Pain Research* 2014; 7: 219–226.
- 18.Yang M, Rendas-Baum R, Varon Sepideh F, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia* 2011; 31: 357–367.
- 19.Bobes García J, G.-Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M; Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 2ª ed.Barcelona: *Ars Médica*, 2002; 5: 51-62.
- 20.Mercante JP. Peres MF, Bernik MA. Primary headaches in patients with generalized anxiety disorder. *J Headache Pain* 2011; 12:331-8.
- 21.Lake Alvin E, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache* 2005; 45: 493-506.

- 22.Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol* 2012; 54:629-37.
- 23.Balottin U, Ferri M, Racca M *et al.* Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: a singleblind controlled pilot study *Italian Journal of Pediatrics* 2014; 40:1-7.
- 24.Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC *et al.* Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 12: CD003968. doi:10.1002/14651858
- 25.Holroyd KA, O'Donnell FJ, Stensland M, Lipchik GL.Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress-management therapy, and their combination: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285:2208–2215.
- 26.Dale SB, Buse DC, Lipton RB. *et al.* Clinical Pain Catastrophizing in Women With Migraine and Obesity. *Headache* 2015; 55:923-933.
- 27.Holroyd KA, Drew JB, Cottrell CK, Romanek KM, and Heh V. Impaired functioning and quality of life in severe migraine: the role of catastrophizing and associated symptoms, *Cephalalgia* 2007; 27: 1156–1165.
- 28.Chunga K-F, Tsob K-C, Yeunga W-F, Lic W-H. Quality of life in major depressive disorder: the role of pain and pain catastrophizing cognition. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53: 387–395.
- 29.Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2002; 156:1028-34.
- 30.Burton A, Tillotson MK, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine* 1995; 20: 722-8.