



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Estigma en personas con migraña:
un estudio observacional

*Stigma in people with migraine:
an observational study*

Autora:

María Román Roche

Directora/ Codirector:

Dra. Sonia Santos Lasaosa

Dr. Álvaro Lambea Gil

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Curso 2024/2025.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. ABSTRACT	2
3. INTRODUCCIÓN	3
1.1 <i>Epidemiología</i>	4
1.2 <i>Fisiopatología</i>	5
1.3 <i>Tratamiento</i>	5
1.4 <i>Carga y coste de la enfermedad</i>	6
1.5 <i>Estigma: concepto y tipos</i>	9
1.6 <i>Estigma y migraña: estado actual de la cuestión</i>	9
2. OBJETIVO	12
3. MATERIAL Y MÉTODOS	13
3.1 <i>Diseño del estudio</i>	13
3.2 <i>Escala MiRS</i>	14
3.3 <i>Análisis estadístico</i>	16
3.4 <i>Aspectos éticos</i>	17
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSIÓN	22
6. CONCLUSIONES	25
7. BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	28
ANEXO I: <i>Escala MIDAS</i>	28
ANEXO II: <i>Escala HIT-6</i>	29
ANEXO III: <i>Dictamen favorable CEIC Aragón (CEICA)</i>	30
ANEXO IV: <i>Informe de viabilidad del ISS de Aragón</i>	31

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

"GS": ganancia secundaria.

"MC": minimización de carga.

AINE: anti-inflamatorios no esteroideos.

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad.

CEICA: Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón.

CGRP: péptido relacionado con el gen de la calcitonina.

DCM/ *MHD*: días de cefalea al mes/ *monthly headache days*.

DE/ *SD*: desviación estándar/ *standard deviation*.

DMM/ *MMD*: días de migraña al mes/ *monthly migraine days*.

EMHA: European Migraine & Headache Alliance.

GBD: Global Burden of Disease.

HCULB: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

HIT-6: Headache Impact Test.

ICHD-III: III edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas.

ISS Aragón: Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.

MC/ *CM*: migraña crónica/ *chronic migraine*.

ME/ *EM*: migraña episódica/ *episodic migraine*.

MIDAS: Migraine Disability Assessment Scale.

MiRS: Migraine-Related Stigma questionnaire.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OVERCOME: The observational survey of the epidemiology, treatment and care of migraine.

RAE: Real Academia Española.

RIQ: rango de intercuartílico.

SSCI: Stigma Scale for Chronic Illness.

TE: tiempo de evolución.

TP/ *PT*: tratamiento preventivo/ *preventive treatment*.

1. RESUMEN

Introducción: la migraña constituye una causa importante de discapacidad. Tiene un impacto relevante en la vida de quienes la padecen a nivel físico, psicológico, social y laboral. En consecuencia, se ha descrito un mayor riesgo de estigma en estos pacientes.

Objetivos: evaluar la presencia de estigma en una muestra de pacientes con migraña valorados en la unidad de cefaleas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB), así como analizar las variables que puedan influir en la presencia de estigma y su intensidad.

Material y métodos: estudio analítico observacional realizado sobre una muestra de pacientes con migraña del HCULB entre diciembre de 2024 y marzo de 2025. Se ha utilizado la escala MiRS para evaluar la presencia de estigma a través de 12 preguntas. Se ha analizado la relación entre los resultados MiRS y diferentes variables clínicas como los días de migraña al mes, la puntuación en la escala HIT-6 o el uso de tratamiento preventivo.

Resultados: en la cohorte de 82 pacientes con media de edad de 46,28 años (DE 12,92), el 13,5% presenta estigma de tipo "ganancia secundaria" y el 34,2% presenta estigma de tipo "minimización de carga". Los pacientes con migraña crónica (MC) tienen una puntuación media de estigma "ganancia secundaria" de 8,49 (DE 1,57) en comparación con 6,7 (DE 1,57) aquellos que presentan migraña episódica (ME) ($p < 0,05$). Además, aquellos pacientes que presentaban estigma, frente a los que no, tenían más días de migraña al mes (DMM) (8 vs 4,20; $p = 0,023$), más días de cefalea al mes (DCM) (12,17 vs 5,10; $p = 0,019$), mayor puntuación en la escala HIT-6 (61,33 vs 54,50; $p = 0,026$) y fracaso de un mayor número de tratamientos preventivos (3,92 vs 3,00; $p = 0,05$).

Conclusiones: los pacientes con MC presentan más estigma que los pacientes con ME. Además, la presencia de estigma es mayor en aquellos pacientes con más DMM y DCM. Sin embargo, aunque en menor medida, el estigma también está presente en aquellos pacientes con menos días de dolor al mes, lo que resalta la importancia de desarrollar medidas para reducir el estigma asociado a esta enfermedad.

Palabras clave: migraña, estigma, MiRS, dolor, discapacidad.

2. ABSTRACT

Introduction: migraine is a neurological condition that represents a significant cause of disability. It has a considerable impact on the physical, psychological, social and occupational aspects of the lives of patients. As a result, patients are vulnerable to being stigmatized.

Objectives: to assess the prevalence of stigma in a sample of patients with migraine evaluated at the headache unit of the HCULB, as well as to analyze the variables that may influence its presence and intensity.

Methods: analytical observational study conducted on a sample of patients with migraine at the HCULB between December 2024 and March 2025. The MiRS scale was used to assess the presence of stigma through 12 questions. The relationship between MiRS results and various clinical variables, such as the number of monthly migraine days, HIT-6 score, and the use of preventive treatment (PT), was analyzed.

Results: in the sample of 82 patients with a mean age of 46.28 years (SD 12,92), 13.5% reported “secondary gain” stigma, and 34.2% reported “minimizing burden” stigma. Patients with chronic migraine (CM) had significantly higher “secondary gain” stigma scores compared to those with episodic migraine (EM) (8,49 vs 6,7; $p < 0,05$). Furthermore, patients who reported stigma, compared to those who did not, experienced more monthly migraine days (MMD) (8 vs. 4,20; $p = 0,023$), more monthly headache days (MHD) (12,17 vs. 5,10; $p = 0,019$), higher HIT-6 scores (61,33 vs. 54,50; $p = 0,026$), and higher number of failed preventive treatments (3,92 vs. 3,00; $p = 0,05$).

Conclusions: Patients with CM experience greater stigma than those with EM. Moreover, the presence of stigma is higher in patients with a greater number of MMD and MHD. However, although to a lesser extent, stigma is also reported by patients with fewer headache days per month, which supports the importance of developing measures to reduce the stigma associated with this condition.

Key words: migraine, stigma, MiRS, pain, disability.

3. INTRODUCCIÓN

La migraña es una enfermedad neurológica que se incluye en el grupo de cefaleas primarias. Se caracteriza por episodios recurrentes de dolor de cabeza, habitualmente de localización unilateral y de intensidad moderada o grave, motivo por el que puede llegar a afectar en gran medida la vida cotidiana de la persona que la padece (1).

La III edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-III) de la *International Headache Society* (2) distingue dos formas de migraña en función de la presencia o no de aura y describe sus criterios diagnósticos que se recogen en las **Tablas 1 y 2**.

Además, la migraña se puede clasificar en episódica o crónica en función de la frecuencia de días de dolor al mes (1):

- La migraña episódica (ME) es aquella que cursa con menos de 15 días al mes de cefalea. Puede ser de baja frecuencia, si cursa con menos de 8 días al mes de dolor, y de alta frecuencia, a partir de 8 días al mes de dolor de cabeza.
- La migraña crónica (MC) se caracteriza por la presencia de, al menos, 15 días de cefalea al mes, de los cuales 8 o más días tienen características migrañosas, durante más de tres meses.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la migraña sin aura de la ICHD-III (2).

ICHD-III: III edición de la Clasificación de Cefaleas de la *International Headache Society*.

MIGRAÑA SIN AURA
A) Al menos cinco crisis que cumplan los criterios B-D.
B) Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito).
C) La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características: <ul style="list-style-type: none">• Localización unilateral.• Carácter pulsátil.• Dolor de intensidad moderada o grave.• Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual.
D) Al menos uno de los siguientes síntomas durante la de cefalea: <ul style="list-style-type: none">• Náuseas y/o vómitos.• Fotofobia y fonofobia.
E) No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la migraña con aura de la ICHD-III (2).

ICHD-III: III edición de la Clasificación de Cefaleas de la *International Headache Society*.

MIGRAÑA CON AURA
A) Al menos cinco crisis que cumplan los criterios B-D.
B) Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles: <ul style="list-style-type: none">• Visuales.• Sensitivos.• De habla o lenguaje.• Motores.• Tronco-encefálicos.• Retinianos.
C) Al menos tres de las siguientes seis características: <ul style="list-style-type: none">• Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo ≥ 5 min.• Se suceden dos o más síntomas de aura.• Cada síntoma tiene una duración de 5-60 minutos.• Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.• Al menos uno de los síntomas de aura es positivo.• El aura está acompañada de o le sucede en los siguientes 60 minutos una cefalea.
D) No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

1.1 Epidemiología.

Realizar estudios epidemiológicos sobre las cefaleas primarias presenta una gran dificultad ya que se trata de patologías sin marcadores biológicos o de imagen específicos, por lo que su diagnóstico es clínico. A esto se añade la variabilidad en su presentación y su curso fluctuante en la vida del paciente, además de la dificultad de describir la historia natural de la enfermedad (3).

A pesar de todo ello, la prevalencia de la migraña a nivel global se estima alrededor del 15%, siendo el doble o el triple en mujeres. Los antecedentes familiares están presentes en un 50% de los casos (4). Se han registrado diferencias notables entre las distintas partes del mundo, encontrándose la mayor prevalencia en Europa, seguida del sudoeste asiático y, en menor proporción, de África (1).

En España se estima que la prevalencia de migraña se encuentra en torno al 12% de la población general. Por lo tanto, se puede afirmar que más de 4 millones de personas padecen migraña en España, de las cuales aproximadamente el 80% son mujeres (1).

En lo que respecta a la incidencia, los estudios son más escasos tanto a nivel europeo como nacional. En base a otros estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América y Reino Unido, se estima que la tasa de incidencia de migraña en España sería de 4 por cada 1.000 habitantes al año (1). Esto explica que la migraña represente la patología neurológica que más consultas genera en Atención Primaria.

El paciente tipo está representado por una persona del sexo femenino entre los 15 y los 30 años, por lo que abarca el periodo de más productividad laboral y carga familiar de la vida y en consecuencia supone un gran impacto tanto a nivel individual como social. De hecho, se considera la migraña como el trastorno neurológico que asocia un coste económico más elevado de la Unión Europea (1)(4).

1.2 Fisiopatología.

La migraña es una enfermedad con gran componente hereditario poligénico e influencia de factores ambientales. La base de los ataques de dolor parece tener su origen en la activación de las neuronas del núcleo espinal del trigémino y del sistema trigémino vascular con la consecuente liberación de neuropéptidos vasoactivos como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) o el péptido intestinal vasoactivo y péptido activador de la adenilato-ciclasa, entre otros, que provocan vasodilatación, extravasación de proteínas e inflamación (3)(4).

En cuanto a la fase prodrómica, se describe la activación troncoencefálica, del hipotálamo posterior, la sustancia gris periacueductal y la protuberancia posterior (3).

El sustrato del aura migrañosa es el fenómeno conocido como depresión cortical propagada, una onda de despolarización neuronal y glial que se propaga por la corteza y se sigue de una supresión mantenida de la actividad neuronal. Además, se acompaña de cambios en el calibre vascular, una fase de hiperemia cortical de pocos minutos seguida de hipoperfusión más prolongada (3)(4).

Por último, se produce un fenómeno de sensibilización tanto periférica como central que tiene como resultado la disminución del umbral para que un estímulo genere un potencial de acción, alodinia (dolor provocado por un estímulo usualmente no doloroso) e hiperalgesia (respuesta exagerada a un estímulo que sí es doloroso de normal) (3).

1.3 Tratamiento.

El tratamiento de la migraña se basa en tres pilares fundamentales: la educación en salud, el tratamiento sintomático del ataque y el tratamiento preventivo (4):

- Educación en salud: implementar medidas destinadas a fomentar la adherencia del paciente al tratamiento, reconocer posibles factores

desencadenantes del dolor, evitar el uso excesivo de medicación analgésica y cumplimentación de un calendario de dolor. Además de animar a mantener una correcta higiene del sueño.

- Tratamiento sintomático: su uso se circunscribe a los episodios de dolor, con el objetivo de reducir su duración y la intensidad del mismo. Se basa en el uso de fármacos inespecíficos como los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) cuando la intensidad del dolor es leve-moderada y de fármacos específicos como los triptanes (agonistas serotoninérgicos 5HT_{1B/1D}), ditanes (agonistas serotoninérgicos 5HT_{1F}) y gepantes (antagonistas del receptor del CGRP) para aquellos episodios de intensidad moderada-grave. Incluso se pueden asociar fármacos de ambas categorías para un efecto sinérgico. Todos ellos actúan de forma efectiva sobre el sistema trigémino vascular, a diferencia de los opioides, no recomendados por su baja eficacia y posible efecto rebote.
- Tratamiento preventivo: el objetivo principal es reducir la frecuencia de días de dolor. De forma secundaria, mejoran la intensidad, el uso de medicación analgésica y la calidad de vida de los pacientes. Como primera línea se utilizan betabloqueantes, topiramato, amitriptilina o flunarizina (nivel de evidencia IA). En pacientes con MC que no responden a terapia preventiva oral no específica, el tratamiento de elección es la toxina botulínica (nivel de evidencia IA). Por último, en los últimos años se han aprobado nuevos tratamientos específicos que constituyen el escalón terapéutico más alto: anticuerpos monoclonales contra el CGRP (ligando o receptor) y gepantes (antagonistas del receptor del CGRP), con una alta eficacia y muy buen perfil de seguridad. Aún cuando están indicados en pacientes con ≥ 4 ataques de migraña al mes, su uso está financiado en nuestro país en aquellos pacientes que tienen al menos 8 ataques de migraña y que no responden al menos a tres tratamientos preventivos previos (uno de ellos debe ser la toxina botulínica en MC), debido a su elevado coste.

1.4 Carga y coste de la enfermedad.

La migraña supone un impacto relevante en la vida de quienes la padecen puesto que es una enfermedad discapacitante que altera el bienestar físico, psicológico, social y laboral. De hecho, en España la migraña es la primera causa de discapacidad en adultos por debajo de los 50 años (1). Además, como se puede observar en la **Figura**

1, se encuentra entre las principales causas de más años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) dentro de las patologías neurológicas tanto a nivel global como en nuestro entorno, según recoge el informe del *Global Burden of Disease 2021 (GBD)* (5).

Las consecuencias negativas de la migraña van más allá de la duración del propio ataque, ya que puede dar lugar a pérdida de oportunidades educativas, laborales y peor desempeño en el ambiente familiar. A esto se suma la percepción del paciente por parte del entorno, lo cual afecta a la esfera social de forma negativa (6).

En los pacientes con migraña es importante prestar atención a las posibles patologías asociadas consecuencia de la discapacidad que provoca la enfermedad. En este contexto destacan la ansiedad y la depresión como las afecciones más frecuentes, cuya aparición parece estar relacionada con la frecuencia de las crisis y sus síntomas, así como con el miedo a sufrir nuevos episodios. Esto a su vez crea un círculo vicioso dado que factores como la ansiedad y el estrés pueden a su vez agravar las crisis en frecuencia e intensidad (1).

	Global	Europa Central	Este de Europa	Oeste de Europa
Ictus	1	1	1	2
Encefalopatía neonatal	2	10	8	9
Migraña	3	2	2	1
Demencia	4	3	3	3
Neuropatía diabética	5	4	4	4

Figura 1. Lista de clasificación de enfermedades neurológicas según la tasa de AVAD, tanto a nivel mundial como en las distintas regiones europeas. Adaptada de la clasificación de AVAD estandarizados por edad del informe del *GBD 2021* (5). AVAD: años de vida ajustados por discapacidad. *GBD: Global Burden of Disease.*

Por lo tanto, el carácter incapacitante de la enfermedad se puede manifestar tanto durante el propio ataque debido a los síntomas, como en el periodo entre episodios debido a la ansiedad por anticipación, dificultad para la concentración, alodinia visual y a las limitaciones que estos síntomas cognitivos suponen, sumado a las modificaciones en el estilo de vida como consecuencia del miedo a un nuevo ataque (6). Esto se conoce bajo los términos de carga ictal y carga interictal de la migraña respectivamente (1).

En lo que respecta al impacto en el ámbito laboral, esta patología es una importante causa tanto de absentismo como de presentismo laboral. Así, el 10% de trabajadores con migraña reduce su jornada laboral más de doce horas a la semana. Además, los trabajadores con MC pierden más días de trabajo debido a bajas laborales en comparación con aquellos que padecen ME. Así mismo, la persona con migraña frecuentemente acude a su trabajo con dolor lo cual conlleva un gran impacto en la productividad y eficiencia, llegando incluso a tener un mayor impacto a nivel laboral el presentismo que el absentismo (1).

Es de gran relevancia tener en cuenta a los pacientes pediátricos, adolescentes y universitarios puesto que la migraña causa en ellos una limitación de la actividad diaria e incrementa el absentismo escolar, destacando el mayor impacto en las adolescentes a partir de la pubertad (1).

Aparte del impacto en la calidad de vida del paciente, esta enfermedad también supone un importante coste económico para el individuo y la sociedad dado que implica un gran gasto de recursos sanitarios y una disminución de la productividad laboral (1).

Para valorar el impacto de la migraña en términos económicos se distinguen tres aspectos: los costes directos, los costes indirectos y los costes intangibles (3)(7):

- Dentro de los costes directos destacan los recursos utilizados dentro del Sistema Nacional de Salud como la asistencia en servicios de urgencias, asistencia ambulatoria, pruebas diagnósticas, medicamentos. Así como los recursos fuera del sistema de salud a los que recurre el paciente como las terapias alternativas, dietas, atención psicológica, etc.
- En cuanto a los costes indirectos, el más importante es la disminución de la productividad en el ámbito laboral, muchas veces consecuencia del presentismo laboral. Algunos autores incluyen dentro de este apartado los pagos de Seguridad Social y las bajas laborales derivadas de la enfermedad.
- Los costes intangibles son complicados de valorar. El término se refiere a aquellos costes derivados de los gastos añadidos a la unidad familiar, los relacionados con el dolor y estrés psicológico, y el impacto que puede tener la enfermedad en el entorno del paciente.

Así, se estima que en España la carga económica anual asociada a la ME es de 5.041 € paciente/año, mientras que la asociada a la MC es de 12.970 € paciente/año (1). Aproximadamente dos terceras partes de los costes totales de la enfermedad son indirectos por disminución de productividad laboral, representando los costes directos el tercio restante (7).

1.5 Estigma: concepto y tipos.

La Real Academia Española (RAE) define la palabra estigma como "marca o señal en el cuerpo", "dolor, afrenta o mala fama" (8). Por otro lado, en el ámbito de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define esta palabra como "marca de vergüenza, deshonra o desaprobación que tiene como resultado la exclusión y discriminación del individuo de diversas áreas de la sociedad" (9).

El concepto de estigma parte de la identificación de diferencias asociadas a una enfermedad que a menudo se interpretan como cualidades negativas, lo cual resulta en una diferenciación entre controles sanos y enfermos y un sentimiento de incompreensión y exclusión en aquellos que padecen alguna patología (9)(10).

A partir de estudios sociológicos se han identificado tres tipos de estigma (9):

- Estigma público: son los estereotipos extendidos sobre la enfermedad y las actitudes negativas y discriminativas que la sociedad muestra hacia el paciente.
- Estigma estructural: se refiere a la perpetuación del estigma social por parte de políticas institucionales, lo cual lleva a crear barreras y limita las oportunidades del enfermo. En este apartado se incluye por ejemplo la falta de financiación para investigación o los posibles obstáculos para obtener una minusvalía.
- Estigma interiorizado: sucede cuando el propio paciente interioriza los estereotipos asociados a su enfermedad y comienza a tener una visión negativa e incompetente de sí mismo.

Los tres tipos están interrelacionados ya que estereotipos socialmente extendidos sobre una enfermedad llevan a una falta de priorización por parte de las instituciones y a un sentimiento de carga y inferioridad en el individuo afectado (9). Cabe destacar que la presencia de estigma ha sido relacionada con una peor evolución en distintas enfermedades. Esto ha sido bien descrito en el caso de la salud mental y de diversas enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, enfermedades dermatológicas como la alopecia areata, y neurológicas, como la epilepsia. Su impacto en otras enfermedades de presentación menos visible, como es el caso de las cefaleas, no ha sido hasta el momento tan estudiada (11)(12)(13).

1.6 Estigma y migraña: estado actual de la cuestión.

Como se ha explicado en apartados anteriores, la migraña es una enfermedad muy incapacitante, pero cuyo diagnóstico es puramente clínico, careciendo de

biomarcadores específicos y de signos en pruebas de imagen, lo cual lleva a que en ocasiones sea infra-diagnosticada y resulte una enfermedad "invisible"; cualidades que la convierten en una patología vulnerable en lo que a estigma se refiere (3)(9).

En esta patología se materializan los tres tipos de estigma ya descritos (1)(9):

- En cuanto al estigma público, los pacientes con migraña a menudo reciben comentarios como "solo es un dolor de cabeza" o "es una excusa para faltar al trabajo".
- En lo que respecta al estigma estructural, es una patología que carece de la financiación adecuada para su investigación pese a su importante prevalencia y a menudo, los pacientes tienen problemas para justificar bajas laborales u obtener minusvalías.
- Respecto al estigma interiorizado, los propios pacientes terminan por dudar de la gravedad real de su dolor, por sentirse incompetentes de cara a sus obligaciones e incapaces de asumir ciertas responsabilidades. Todo esto agrava la carga que la propia enfermedad supone para los pacientes.

Además, hay que destacar la relación entre los estereotipos de género y el estigma interiorizado de la migraña. A lo largo de la historia y debido a que la migraña es una patología más prevalente en mujeres, se ha consolidado la idea errónea de que es una enfermedad de base psicológica y se asocia a debilidad mental e incompetencia a la hora de realizar algunas tareas. Esto ha ido afianzando ciertos estereotipos de género relacionados con la patología y la tolerancia al dolor crónico en general por parte de las mujeres (9)(14).

Actualmente, contamos con dos herramientas para cuantificar el estigma en pacientes con migraña, *the Stigma Scale for Chronic Illness (SSCI)* y *the Migraine-Related Stigma questionnaire (MiRS)*. Este último fue creado específicamente para medir el estigma en pacientes con migraña y ambas son de gran utilidad a la hora de planear un tratamiento personalizado según las necesidades del paciente (9)(10).

En Estados Unidos se llevó a cabo el primer estudio observacional sobre el estigma asociado a la migraña en una población seleccionada utilizando el MiRS en el marco del proyecto *OVERCOME (The observational survey of the epidemiology, treatment and care of migraine)*. Hasta un tercio de los participantes describía sufrir a menudo al menos un tipo de estigma asociado a su migraña, sobre todo aquellos con episodios más frecuentes. Aún así, la presencia de estigma no fue despreciable en

aquellos con episodios de migraña menos frecuentes, por lo que su presencia no debería basarse únicamente en la frecuencia de estos (10).

En lo que respecta a Europa, en el año 2023 la *European Migraine & Headache Alliance (EMHA)* llevó a cabo una encuesta digital sobre el estigma asociado a la migraña en pacientes de 17 países diferentes, incluida España. En las conclusiones se destacaba el gran impacto que tiene el estigma en los pacientes y la importancia de seguir estudiando este asunto y reestablecer el concepto público de la patología (15).

De los trabajos publicados se puede concluir que resulta de vital importancia seguir estudiando el estigma en personas con migraña, con el objetivo de poder realizar un tratamiento adecuado y favorecer una mejor evolución de la enfermedad. Este trabajo pretende contribuir a ampliar la evidencia sobre la presencia de estigma en pacientes con migraña en nuestro entorno y estudiar las diferentes variables que lo condicionan (9)(10)(14)(16).

Hipótesis de nuestro trabajo: la migraña genera un estigma en la persona que la padece, independientemente del número de días de dolor.

2. OBJETIVO

Evaluar la presencia de estigma en una muestra de pacientes con migraña valorados en la unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa.

Objetivo primario: determinar la prevalencia de estigma en personas con migraña.

Objetivos secundarios: analizar las variables demográficas y clínicas que pueden influir en la presencia de estigma y en su intensidad.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio.

Se trata de un estudio analítico observacional en el cual el grupo caso está formado por pacientes con migraña valorados de forma consecutiva en una consulta monográfica de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza.

A partir de los datos de la Historia Clínica Electrónica (o historia física en papel si no se dispone de los datos en formato electrónico) se obtuvieron las variables citadas a continuación:

Variables demográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Situación laboral.

Variables clínicas:

- Tiempo de evolución de la migraña (años).
- Presencia de aura (sí/no).
- Tipo de migraña (episódica/crónica).
- Días de migraña al mes (DMM).
- Días de cefalea al mes (DCM).
- Intensidad del dolor.
- Consumo de AINEs/mes.
- Consumo de triptanes/mes.
- Puntuación en la escala *Headache Impact Test* (HIT-6).
- Puntuación en la escala *Migraine Disability Assessment Scale* (MIDAS).
- Puntuación escala MiRS.

Todos los participantes en el estudio deben firmar el consentimiento informado.

En el estudio se incluyen los participantes que cumplen los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de migraña, de acuerdo a la ICHD-III, atendidos en la consulta monográfica de cefaleas desde diciembre del 2024 a marzo del 2025.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes con variables clínicas, terapéuticas o demográficas no disponibles.

Los cuestionarios han sido realizados por los pacientes durante la visita habitual en la consulta monográfica de cefaleas.

La escala MIDAS es el instrumento más empleado para valorar el grado de discapacidad de los pacientes. Mide la discapacidad que origina la cefalea basándose en 5 preguntas que engloban tanto el ámbito laboral como el doméstico y socio-familiar. Su puntuación se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en cada una de estas actividades, lo que se traduce en una medida explícita del tiempo perdido por enfermedad. Una puntuación entre 11 y 20 indica discapacidad moderada mientras que una puntuación >20 indica una discapacidad grave (17).

El HIT-6 es un cuestionario para medir el impacto del dolor de cabeza. Consta de seis preguntas que se centran en actividades cotidianas como el trabajo, la educación, la situación en el hogar y el tiempo libre. Ofrece una visión general del impacto de la cefalea, incluida la intensidad del dolor, el deterioro y otros aspectos. Cada pregunta recibe una puntuación entre 6 y 13, la puntuación final puede oscilar entre 36 y 78. Una mayor puntuación indica más discapacidad debida al dolor de cabeza (18).

Los impresos de ambas escalas que han cumplimentado los participantes se muestran en el ANEXO I y ANEXO II respectivamente.

En caso de haber detectado patología en cualquiera de los participantes, se realiza una nota informativa al médico de Atención Primaria para procurar control y seguimiento.

3.2 Escala MiRS.

La escala principal de este estudio para valorar el estigma en los pacientes con migraña ha sido la escala MiRS (10), la cual se muestra en la **Tabla 3**. Consta de 12 preguntas cuyas opciones de respuesta se asocian con una puntuación:

- Nunca: 0 puntos.
- Rara vez: 1 punto.
- A veces: 2 puntos.

- A menudo: 3 puntos.
- Muy a menudo: 4 puntos.

Tabla 3. Escala MiRS (*Migraine-Related Stigma questionnaire*).

¿Con qué frecuencia has sentido que los demás veían tus ataques de migraña o fuertes dolores de cabeza...	Factor asociado
1. ¿Como forma de evitar compromisos laborales o escolares?	Ganancia secundaria
2. ¿Como forma de evitar compromisos familiares o sociales?	
3. ¿Como forma de llamar la atención?	
4. ¿Como resultado de su(s) propio(s) comportamiento(s) no saludable(s)?	
5. ¿Como algo sobre lo que no vale la pena hablar con un médico?	
6. ¿Como algo que dificultó las cosas para sus compañeros de trabajo o supervisor?	
7. ¿Como una forma de acceder a analgésicos que realmente no necesitaba?	
8. ¿De una manera que les hizo pensar menos de ti como persona?	
9. ¿Como una condición fácilmente tratable?	Minimizar la carga
10. ¿Con falta de comprensión del dolor y otros síntomas?	
11. ¿Con falta de comprensión de la carga?	
12. ¿De una manera que te hizo querer esconderlos o minimizarlos?	

Las primeras 8 preguntas evalúan la frecuencia con la que el paciente siente que otros ven que la migraña se está utilizando para obtener o evitar algo, denominado como "ganancia secundaria".

Las siguientes 4 preguntas evalúan la frecuencia con la que el paciente siente que otros minimizan la carga de su migraña, denominado como "minimizar la carga".

Las puntuaciones se clasifican según la frecuencia con la que el encuestado experimenta cada aspecto del estigma relacionado con la migraña.

Las categorías de "ganancia secundaria" son:

- 0 = nunca.
- 1-8 = rara vez.
- 9-16 = a veces.
- 17-24 = a menudo.
- 25-32 = muy a menudo.

Las categorías de "minimizar la carga" son:

- 0 = nunca.
- 1-4 = rara vez.
- 5-8 = a veces.
- 9-12 = a menudo.
- 13-16 = muy a menudo.

De esta forma podemos clasificar a los pacientes en una de las siguientes categorías:

- MiRS-Ambos (ganancia secundaria y minimización de la carga a menudo/ muy a menudo).
- Ganancia secundaria MiRS a menudo/ muy a menudo.
- Minimización de la carga MiRS a menudo/ muy a menudo.
- MiRS rara vez/ a veces.
- MiRS nunca.

3.3 Análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo, las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje de cada categoría estudiada. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) tras confirmarse que siguen una distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas que no siguen una distribución normal, se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIQ).

En lo que respecta al contraste de hipótesis, para evaluar la asociación entre dos variables cualitativas se han utilizado la Prueba de Chi² o la Prueba exacta de *Fisher*, según las frecuencias esperadas.

Así mismo, para comparar una variable cualitativa con variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de t de *Student*. Para comparar variables cuantitativas que no siguen una distribución normal se ha utilizado la prueba de la U de *Mann-Whitney*.

Un valor bilateral de $p < 0,05$ se ha considerado indicativo de significación estadística.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa informático SPSS versión 26.0 (*IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp*). Las figuras para representar los resultados se han realizado con el programa informático Excel (*Microsoft Corporation. Microsoft Excel. Version 16.29. 2019*).

3.4 Aspectos éticos.

Este estudio se ha realizado en base a los principios éticos básicos contenidos en la Declaración de Helsinki y por Normas de Buena Práctica Clínica (CPMP/ICH/135/95).

A lo largo de todo el estudio se ha garantizado la confidencialidad del paciente utilizando una base de datos anonimizada. En ella no figura ningún dato que pueda servir para acceder a la identidad del paciente. Además, en ningún caso se ha accedido a la Historia Clínica más allá de para obtener los datos necesarios que recoge el estudio.

Una vez finalizado el estudio, ni investigadores ni colaboradores participantes pueden guardar ningún registro en donde se pueda relacionar o identificar a los pacientes.

Se ha seguido en todo momento la legislación aplicable en materia de protección de datos personales, en concreto la legislación vigente desde el 25 de mayo de 2018, reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA), con el código de identificación PI24/431. El dictamen favorable del CEICA se puede consultar en el ANEXO III.

Además, cuenta también con el informe de viabilidad por parte del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (ISS Aragón). Se puede consultar en el ANEXO IV.

4. RESULTADOS

La cohorte de estudio de este trabajo consiste en una muestra (n) de 82 pacientes con migraña tratados en la unidad de cefaleas del HCULB. La media de edad de la muestra es de 46,28 años (DE 12,92) con una edad mínima de 19 y máxima de 73 años. De los pacientes que han participado, 77 son mujeres (93,9%), frente a 5 (6,1%) que son hombres.

Respecto a la actividad laboral, 57 pacientes (69,5%) se declaran activos laboralmente.

En cuanto al tipo de migraña, 29 pacientes (35,4%) presentan un diagnóstico de MC frente a 53 (64,6%) que presentan ME (38 de baja frecuencia y 15 de alta frecuencia). Del total de pacientes, alrededor del 27% presenta migraña con aura.

En la **Tabla 4** se recogen las características clínicas de los participantes de la muestra.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala MiRS, se puede observar la proporción de respuestas a las preguntas de la categoría "ganancia secundaria" en la **Figura 2**, así como la proporción de respuestas a las preguntas de la categoría "minimización de carga" en la **Figura 3**. El enunciado de las 12 preguntas figura en la **Tabla 3** en el apartado de metodología

Tabla 4. Características clínicas cuantitativas. TE: tiempo de evolución; DMM: días de migraña al mes; DCM: días de cefalea al mes; HIT-6: *Headache Impact Test*, MIDAS: *Migraine Disability Assesment Test*; TP: tratamiento preventivo; DE: desviación estándar.

	n (válido)	Media	DE	Mínimo	Máximo
TE (años)	82	25,3	5,40	2	42
DMM	82	7,54	4,99	0	30
DCM	82	11,3	8,98	1	30
Intensidad	82	7,45	1,52	3	10
HIT-6	82	60,5	9,13	12	76
MIDAS	82	34,98	60,56	0	270
AINEs/mes	82	6,46	6,44	0	30
Triptanes/mes	82	4,16	4,05	0	20
TP	82	3,8	1,41	0	8

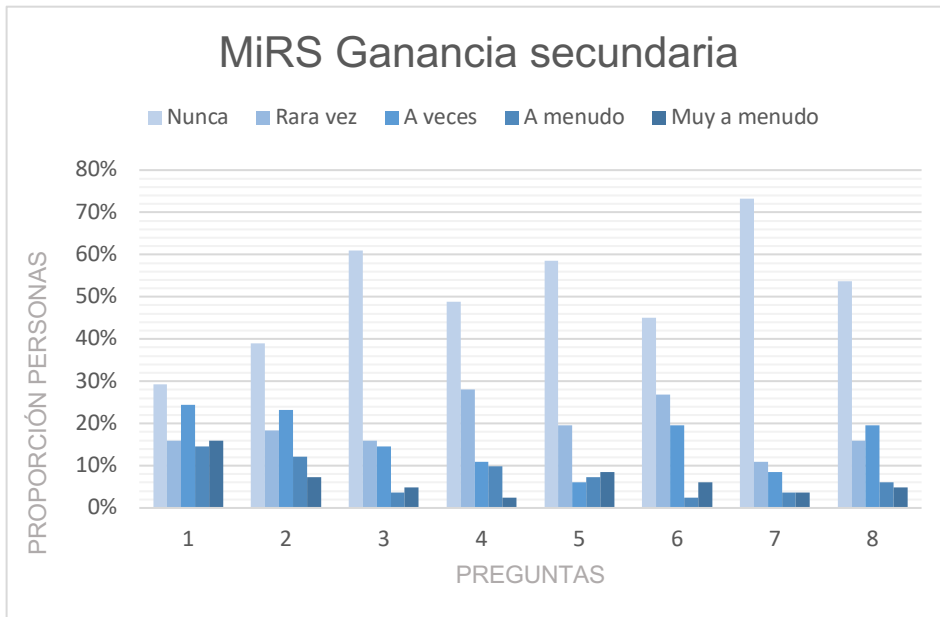


Figura 2. Respuestas a las preguntas de la categoría MiRS (*Migraine-Related Stigma questionnaire*) "Ganancia secundaria".

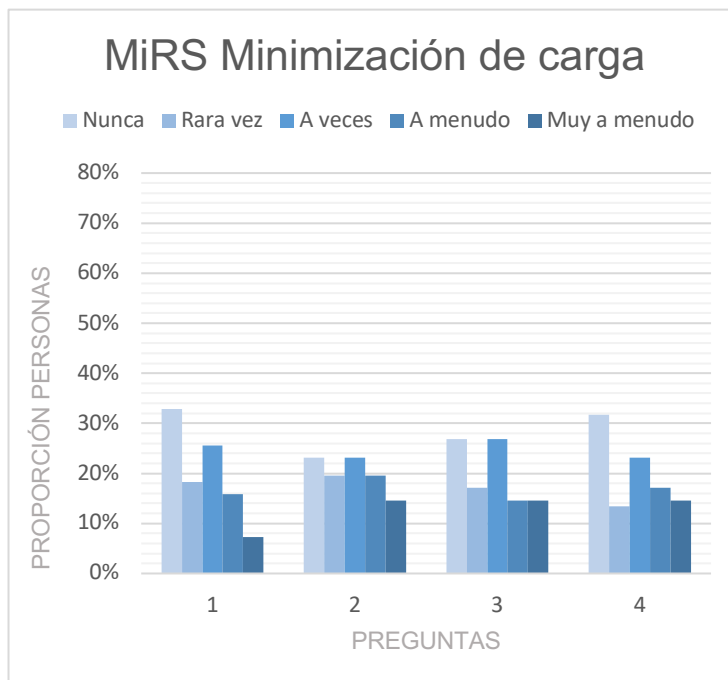


Figura 3. Respuestas a las preguntas de la categoría MiRS (*Migraine-Related Stigma questionnaire*) "Minimización de carga".

En lo que respecta a las 8 preguntas correspondientes a la categoría de "ganancia secundaria" se ha encontrado que el 19,5% de los pacientes tienen estigma a veces, y el 13,5% lo presenta a menudo o muy a menudo. Por otro lado, en las 4 preguntas de la categoría de "minimización de carga", el 31,7% de los pacientes presenta estigma a veces, y el 34,2% lo tiene a menudo o muy a menudo.

Al analizar la relación entre la puntuación de estigma "ganancia secundaria" con las distintas variables estudiadas, se ha encontrado que los 29 pacientes con diagnóstico de MC tienen una puntuación media de 8,49 (DE 1,57) frente a los 53 pacientes con ME que tienen una puntuación media de 6,7 (DE 0,9). Por tanto, el estigma por ganancia secundaria es mayor en personas con MC con $p < 0,05$. Por otro lado, dentro de los pacientes con ME, no se han encontrado diferencias significativas en puntuación entre aquellos con ME de alta frecuencia y aquellos con ME de baja frecuencia. Además, tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el sexo ni la situación laboral.

En lo que respecta a la puntuación de estigma "minimización de carga", no se han encontrado diferencias significativas en la puntuación media en relación con el tipo de migraña (episódica o crónica, o episódica de alta o baja frecuencia), ni con el sexo o la situación laboral.

En la **Tabla 5** se muestran los estadísticos del análisis bivalente. Cuando diferenciamos entre aquellos pacientes sin estigma de tipo "ganancia secundaria" frente a los que sí presentan estigma, se encuentran diferencias significativas en el número de DMM ($p=0,023$), DCM ($P=0,019$), puntuación en la escala HIT-6 ($p=0,026$) y ausencia de respuesta a un mayor número de tratamientos preventivos ($p=0,05$).

Así mismo, cuando diferenciamos entre aquellos pacientes sin estigma de tipo "minimización de carga" frente a los que sí tienen estigma de esta categoría, encontramos diferencias significativas en la puntuación de la escala HIT-6 con $p=0,026$.

Tabla 5. Estadísticos del análisis bivalente. "GS": ganancia secundaria; "MC": minimización de carga; DMM: días de migraña al mes; DCM: días de cefalea al mes; HIT-6: *Headache Impact Test*; MIDAS: *Migraine Disability Assesment Test*; TP: tratamiento preventivo; DE: desviación estándar. En la columna de GS y MC, el valor 0 equivale a ausencia de estigma y el valor 1 a presencia del mismo.

	"GS"	n	Media	DE	P valor
Edad	0	10	49,50	13,86	0,404
	1	72	45,83	12,82	
DMM	0	10	4,20	2,39	0,023
	1	72	8,00	5,09	
DCM	0	10	5,10	3,31	0,019
	1	72	12,17	9,19	
Intensidad	0	10	6,80	1,87	0,148
	1	72	7,54	1,45	
HIT-6	0	10	54,50	7,69	0,026
	1	72	61,33	9,04	
MIDAS	0	10	6,80	7,07	0,117
	1	72	38,89	63,64	
TP	0	10	3,00	1,25	0,050
	1	72	3,92	1,41	
	"MC"	n	Media	DE	P valor
Edad	0	14	48,00	10,63	0,588
	1	68	45,93	13,39	
DMM	0	14	5,36	3,27	0,073
	1	68	7,99	5,18	
DCM	0	14	7,29	7,49	0,066
	1	68	12,13	9,08	
Intensidad	0	14	7,00	1,30	0,224
	1	68	7,54	1,55	
HIT-6	0	14	55,57	9,71	0,026
	1	68	61,51	8,73	
MIDAS	0	14	17,29	22,43	0,232
	1	68	38,62	65,25	
TP	0	14	3,86	1,83	0,881
	1	68	3,79	1,33	

5. DISCUSIÓN

Este estudio planteaba como objetivo principal analizar la presencia de estigma en una cohorte de pacientes con migraña atendidos en una consulta monográfica de cefaleas de un hospital de tercer nivel. Además, se buscaba analizar las variables demográficas y clínicas que podían influir en la presencia de estigma.

A través del cuestionario MiRS, se ha encontrado que el 13,5% de pacientes con migraña presenta estigma de tipo ganancia secundaria a menudo o muy a menudo; y el 34,2% de pacientes con migraña presenta estigma de tipo minimización de la carga también a menudo o muy a menudo.

El grado de estigma de tipo ganancia secundaria es mayor en aquellos pacientes con diagnóstico de MC. Además, la presencia de estigma es mayor en aquellos pacientes con más DMM y más DCM. Por otro lado, también es mayor en los pacientes con una puntuación más alta en la escala HIT-6 y en los pacientes con ausencia de respuesta a más tratamientos preventivos.

Si se comparan estos resultados con los obtenidos en otros estudios que abordan el mismo asunto, podemos destacar las siguientes consideraciones:

R.E Shapiro et al. en el marco del proyecto *OVERCOME (US)* (10) llevaron a cabo un estudio observacional con una muestra representativa de la población estadounidense para estudiar la presencia de estigma en pacientes con diagnóstico de migraña a través de la escala MiRS; y la relación entre la puntuación obtenida en esta escala con la presencia de discapacidad, carga interictal y calidad de vida de los pacientes.

En la muestra seleccionada de 59.001 pacientes con migraña, de los cuales el 74,9% eran mujeres, se encontró que el 14,8% experimentaba estigma de tipo ganancia secundaria a menudo o muy a menudo, y que el 29,1% presentaba estigma de tipo minimización de carga a menudo o muy a menudo. Además, se encontró diferencia en la presencia de estigma según los DCM (siendo del 25,5% en los pacientes con < 4 días de cefalea al mes, incrementándose hasta el 47,5% en aquellos pacientes con ≥ 15 días de cefalea al mes). Este hallazgo coincide con lo obtenido en el presente estudio, donde también se ha encontrado mayor estigma en pacientes con más DMM y DCM.

Del mismo modo que ha sucedido con el estudio realizado en el HCULB, en el estudio del proyecto *OVERCOME* tampoco se encontraron diferencias significativas según el sexo, aunque destacan que podría ser un resultado sesgado por ser una patología más prevalente en mujeres.

Hisaka Igarashi et al. de manera similar, llevaron a cabo el estudio dentro del proyecto *OVERCOME* en Japón (19) para estudiar la presencia de estigma en pacientes con migraña dentro de la población japonesa.

En la muestra de 17.071 pacientes con migraña, de los cuales el 66,5% eran mujeres, se encontró que el 2% presentaba estigma de tipo ganancia secundaria a menudo o muy a menudo, y el 10% presentaba estigma de tipo minimización de carga a menudo o muy a menudo. Como había sucedido en *OVERCOME* (US) y en el presente estudio, se encontró que la prevalencia de estigma era casi el doble en aquellos pacientes con ≥ 15 días de dolor al mes, comparado con aquellos que presentan menos días de dolor al mes.

A diferencia de lo encontrado en nuestro estudio, en Japón se obtuvo una prevalencia de estigma ligeramente superior en varones, hecho que se achacó a la mayor presión social a la que están sometidos en la sociedad japonesa.

En líneas generales, los resultados de los tres estudios son consistentes entre sí, a excepción de la prevalencia de estigma en la muestra de población japonesa, donde es comparativamente menor, por lo que no se descarta un posible factor cultural asociado. De hecho, se ha descrito en diferentes trabajos la influencia que tienen la cultura y las creencias religiosas en la percepción del dolor y en el estigma generado de diferentes patologías (9)(20).

Este estudio no está exento de limitaciones: más allá del reducido tamaño muestral ($n=82$), existe un sesgo de selección. Los participantes son pacientes en seguimiento en una unidad de cefaleas de un hospital de tercer nivel, por lo que la ME de baja frecuencia con buena respuesta al tratamiento probablemente esté infrarrepresentada en la muestra y, por el contrario, predomine un perfil de paciente donde puede haber más estigma.

Por otro lado, al ser la migraña una patología más prevalente en mujeres, el escaso número de hombres de la muestra no permite tener la suficiente potencia estadística para determinar diferencias por sexo en los resultados.

No descartamos que exista un sesgo de confusión debido a la comorbilidad ansioso-depresiva que puedan presentar algunos pacientes. En este estudio no se ha tenido en cuenta y es una variable que podría influir en la presencia de estigma de los pacientes que presenten esta comorbilidad.

Pese a estas limitaciones, el estudio se trata del primer trabajo llevado a cabo en nuestro entorno, que ha permitido realizar una primera aproximación a la presencia

de estigma en las personas con migraña, así como analizar las distintas variables que lo pueden influir. Por lo tanto, se han podido alcanzar los objetivos planteados al inicio del mismo.

Los resultados del estudio reflejan la importancia de dar voz a las personas con migraña para comprender el verdadero impacto de la patología en sus vidas. En relación con esta cuestión y de cara a futuras líneas de investigación, se quiere destacar la importancia de centrar esfuerzos en desarrollar medidas para reducir la prevalencia de estigma en los pacientes con migraña, por ejemplo, a través de campañas públicas o formación al respecto de los profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES

- El 13,5% de nuestros pacientes presenta estigma de tipo "ganancia secundaria" a menudo o muy a menudo.
- El 34,2% de nuestros pacientes presenta estigma de tipo "minimización de carga" a menudo o muy a menudo.
- Los pacientes con migraña crónica presentan más grado de estigma que los pacientes con migraña episódica.
- La presencia de estigma es mayor en aquellos pacientes con más días de migraña al mes y más días de cefalea al mes.
- La presencia de estigma es mayor en aquellos pacientes con una mayor puntuación en la escala HIT-6.
- La presencia de estigma es mayor en aquellos pacientes que no han respondido a un mayor número de tratamientos preventivos.
- No se han encontrado diferencias en la presencia de estigma en base al sexo.
- No se han observado diferencias en la presencia de estigma en base a la situación laboral.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Migraña y Cefalea, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Sociedad Española de Enfermería Neurológica, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Sociedad Española de Neurología. Libro Blanco de la Migraña en España [Internet]. Madrid: Lilly; 2021. Disponible en: <https://www.dolordecabeza.net/conoce-el-libro-blanco-de-la-migrana-en-espana/>
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38(1):1-211.
3. Manual de práctica clínica en cefaleas: recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Luzán 5 Health Consulting, S.A.; 2020.
4. Gómez Camello A, González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J. Guía Oficial de Cefaleas 2024. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANACE) 2024.
5. Steinmetz JD, Seeher KM, Schiess N, Nichols E, Cao B, Servili C, et al. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol* 2024; 23 (4):344-81.
6. Steiner TJ, Terwindt GM, Katsarava Z, Pozo-Rosich P, Gantenbein AR, Roche SL, et al. Migraine-attributed burden, impact and disability, and migraine-impacted quality of life: Expert consensus on definitions from a Delphi process. *Cephalalgia* 2022; 42(13):1387-96.
7. Fernández-Ferro J, Ordás-Bandera C, Rejas-Gutiérrez J, Ferro-Rey B, Gómez-Lus S, Láinez Andrés JM. La carga económica de la migraña: un enfoque nacional del coste de la enfermedad desde la Encuesta Europea de Salud en España en el año 2020. *Neurología* 2024; S0213485324001075.
8. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed., [versión 23.8 en línea]. <<https://dle.rae.es/estigma>> [citado 25 de febrero de 2025].
9. Casas-Limón J, Quintas S, López-Bravo A, Alpuente A, Andrés-López A, Castro-Sánchez MV, et al. Unravelling Migraine Stigma: A Comprehensive Review of Its Impact and Strategies for Change. *J Clin Med* 2024; 13(17):5222.

10. Shapiro RE, Nicholson RA, Seng EK, Buse DC, Reed ML, Zagar AJ, et al. Migraine-Related Stigma and Its Relationship to Disability, Interictal Burden, and Quality of Life: Results of the OVERCOME (US) Study. *Neurology* 2024; 102(3):e208074.
11. Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health* 2018; 18(1):919.
12. Creadore A, Manjaly P, Li SJ, Tkachenko E, Zhou G, Joyce C, et al. Evaluation of Stigma Toward Individuals With Alopecia. *JAMA Dermatol* 2021; 157(4):392.
13. Kwon C, Jacoby A, Ali A, Austin J, Birbeck GL, Braga P, et al. Systematic review of frequency of felt and enacted stigma in epilepsy and determining factors and attitudes toward persons living with epilepsy—Report from the International League Against Epilepsy Task Force on Stigma in Epilepsy. *Epilepsia* 2022; 63(3):573-97.
14. Parikh SK, Kempner J, Young WB. Stigma and Migraine: Developing Effective Interventions. *Curr Pain Headache Rep* 2021; 25(11):75.
15. Stigma survey 2023 [Internet]. European Migraine & Headache Alliance. [citado 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.emhalliance.org/project/stigma-survey-2023/>
16. Buse DC, Cady R, Starling AJ, Buzby M, Spinale C, Steinberg K, et al. Headache/migraine-related stigma, quality of life, disability, and most bothersome symptom in adults with current versus previous high-frequency headache/migraine and medication overuse: results of the Migraine Report Card survey. *BMC Neurol* 2024; 24(1):232.
17. W.F. Stewart, R.B. Lipton, K. Kolodner, J. Liberman, J. Sawyer. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999. :19: 107-114.
18. Kosinski M, Bayliss M, Bjorner J, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6. *Qual Life Res* 2003 :12: 963-74.
19. Igarashi H, Komori M, Ueda K, Zagar AJ, Jaffe DH, Matsumori Y, et al. Underrecognition of migraine-related stigmatizing attitudes and social burden: Results of the OVERCOME Japan study. *Brain Behav* 2024; 14(7):e3547.
20. Chambers M, Välimäki M, Gronholm PC, Soliman A. Editorial: Cultural considerations in relation to mental health stigma. *Front Psychiatry* 2024; 15:1434319.

ANEXOS

ANEXO I: Escala MIDAS.

Escala MIDAS

Fecha: / /

ESTE CUESTIONARIO SE USA PARA DEFINIR LA PÉRDIDA DE DÍAS EN TODAS LAS ÁREAS: PERSONAL, PROFESIONAL Y FAMILIAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR HABER SUFRIDO CRISIS DE MIGRAÑA.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste las siguientes preguntas respecto a todas las cefaleas que ha sufrido en los últimos 3 meses. Escriba su respuesta al lado de la pregunta. Escriba un "0" si la cefalea no ha afectado su actividad en los últimos 3 meses.

1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha podido ir a trabajar por su cefalea? _____
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en el trabajo por sus cefaleas? (No incluya los días que ha incluido en la pregunta 1) _____
3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha realizado sus tareas domésticas por sus cefaleas?

4. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en la realización de tareas domésticas por la presencia de cefalea? (No incluya los días mencionados en la pregunta 3) _____
5. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se perdió actividades familiares, sociales o lúdicas por sus cefaleas? _____

Puntuación total:

Puntuación	Grado Discapacidad MIDAS
0-5 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad nula o mínima
6-10 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad leve
11-20 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad moderada
>21 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad grave

- A. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses sufrió de cefalea? (Si el dolor ha durado más de un día, contabilizar días por separado) _____
- B. En una escala de 0-10, ¿cómo se podría puntuar el dolor sufrido con su cefalea? (Donde 0=sin dolor, y 10=dolor intenso) _____

ANEXO II: Escala HIT-6.

Escala HIT-6

Fecha: / /

INSTRUCCIONES: En cada pregunta debe marcar con una cruz la casilla que corresponda a su respuesta.

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Con qué frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como las tareas domésticas, el trabajo, los estudios o actividades sociales?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desearía poder acostarse?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansada/o para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido harta/o o irritada/o debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza ha limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o en las actividades diarias?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración (a completar por el investigador):

Nunca 6 puntos x _____ (n° respuestas)
 Pocas veces 8 puntos x _____ (n° respuestas)
 A veces 10 puntos x _____ (n° respuestas)
 Muy a menudo 11 puntos x _____ (n° respuestas)
 Siempre 13 puntos x _____ (n° respuestas)

Puntuación total:

ANEXO III: Dictamen favorable CEIC Aragón (CEICA).



Dictamen Favorable

C.I. PI24/431

15 de enero de 2025

CEIC Aragón (CEICA)

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 15/01/2025, Acta Nº 01/2025 ha evaluado la propuesta del promotor/investigador referida al estudio:

Título: Estigma y Migraña

Investigadora Principal: Sonia Santos Lasaosa, HCU Lozano Blesa

Versión protocolo: v.3 26/12/24

Versión documento de información y consentimiento: v.2 26/12/24

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuada la utilización de los datos y los documentos elaborados para la obtención del consentimiento.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del estudio.

4º. El presente dictamen favorable sólo tendrá **validez hasta la fecha declarada de final del estudio (noviembre de 2025)**, la modificación de esta fecha o cualquier otra modificación sustancial de las condiciones y/o metodología respecto de la versión arriba referenciada del protocolo o del documento de información debe presentarse de nuevo a evaluación por el comité.

Lo que firmo en Zaragoza, a fecha de firma electrónica

GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2025.01.17
11:47:55 +01'00'

María González Hincos

ANEXO IV: Informe de viabilidad del ISS de Aragón.

INFORME CIENTIFICO-TÉCNICO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Código: 2024.305

Título: Estigma y Migraña

Nombre investigador/es: Sonia Santos Lasaosa

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Promotor: Investigador

Observaciones:

Estudio analítico observacional.

Dispone del Dictamen Favorable del CEICA.

Memoria económica: 0 € / paciente

Se considera que el proyecto es:

De interés científico

Viable

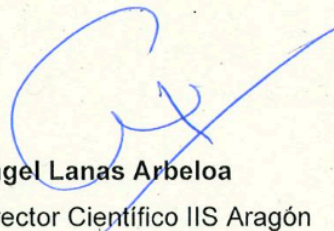
En Zaragoza a 2 de abril de 2025

Revisado



Eva López Hernández
Coordinadora Unidad de Investigación Clínica

Conforme



Ángel Lanás Arbeloa
Director Científico IIS Aragón