



La repercusión de la migraña en la calidad de vida de las personas

Máster en Psicología General Sanitaria

Autora: Claudia Cendón de la Mata Tutora: Andrea Álvarez San Millán

Fecha de realización del trabajo: Curso 2021 - 2022

Resumen

La migraña es una cefalea primaria frecuente en la población adulta, con un importante impacto personal, social y laboral que afecta a la calidad de vida de las personas, a pesar de lo cual frecuentemente no recibe la atención sanitaria que requiere. Diversos estudios analizados han constatado esta relación entre la migraña y la calidad de vida, así como con algunos trastornos mentales, de personalidad y funcionales. Además, parece existir una mayor prevalencia de la enfermedad en las mujeres. Por otra parte, se ha demostrado la eficacia de la intervención psicológica en el manejo de la enfermedad y el afrontamiento del dolor. Esta investigación trata de comprobar el impacto de la migraña en la calidad de vida de las personas, su relación con algunos trastornos mentales y las posibles diferencias en función del sexo. Para ello, se realizó un estudio transversal de comparación de medias en cuatro dimensiones de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF. Los resultados obtenidos en el grupo con migraña fueron significativamente peores en todas las dimensiones analizadas que los del grupo sin migraña. Igualmente, se observó una mayor prevalencia de enfermedad mental en el grupo de pacientes con migraña. No se hallaron sin embargo en este grupo diferencias significativas en calidad de vida en función del sexo. Los datos obtenidos son relevantes puesto que confirman la influencia de la migraña en la calidad de vida, y respaldan la necesidad de abordar esta enfermedad desde una perspectiva amplia que integre aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Palabras clave

Calidad de vida, cefalea, estudio transversal, migraña, salud física, salud psicológica, trastorno mental.

Abstract

Migraine is a common primary cephalgia among adult population. It has a significant personal, social, and occupational impact that affects people's quality of life. However, these patients do not often receive proper medical treatment. A relationship between migraine and quality of life has been demonstrated, as well as with some mental, personality and functional disorders. In addition, there seems to be a higher prevalence of the disease in women. On the other hand, the efficacy of psychological intervention has been

demonstrated. This research tries to verify the impact of migraine on the quality of life, its relationship with some mental disorders and the possible differences based on sex. To this end, a cross-sectional study comparing means in four dimensions of quality of life, through the WHOQOL-BREF questionnaire was carried out. The outcomes in the group with migraine were meaningfully worse than those of the group without migraine. Likewise, a higher prevalence of mental illness was observed in the group of patients with migraine. However, no significant differences in quality of life according to gender were found in this group. The data obtained are relevant since they confirm the influence of migraine on quality of life and support the need to approach this disease from a broad perspective integrating physical, psychological, and social aspects.

Keywords

Cross-sectional study, headache, mental disorder, migraine, psychological health, physical health, quality of life.

Índice

1.	Introducción	5
2.	Materiales y métodos.....	13
	2.1. Diseño.....	13
	2.2. Muestra.....	13
	2.3. Instrumentos y/o materiales.....	13
	2.4. Procedimiento.....	14
	2.5. Análisis estadísticos.....	15
3.	Resultados.....	17
4.	Discusión.....	25
5.	Referencias bibliográficas.....	32
6.	Anexos.....	35

Índice de Tablas

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos edad de los participantes.....	17
Tabla 2: Contraste de Igualdad de Varianzas (Prueba de Levene).....	18
Tabla 3: Contraste de Normalidad (Prueba de Shapiro-Wilk).....	18
Tabla 4: Contraste U de Mann-Whitney para las dimensiones del WHOQOL-BREF.....	20
Tabla 5: Estadísticos Descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-BREF.....	21
Tabla 6: Estadísticos Descriptivos de las dimensiones del WHOQOL-BREF diferenciadas por sexo.....	22
Tabla 7: Contraste T para Muestras Independientes en las dimensiones del WHOQOL-BREF.....	22

Índice de Figuras

Figura 1: Presencia de trastorno mental en el grupo con migraña y en el grupo sin migraña.....	24
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. Introducción

El dolor de cabeza es la causa más frecuente de consulta neurológica. Pascual (2019) realizó una revisión de datos muy interesante para comprender la importancia de esta enfermedad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2016), más de la mitad de los adultos de entre 18 y 65 años sufren cefaleas a lo largo del año, de las cuales las dos terceras partes son migrañas. El Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018) indica que entre el 10 y el 15% de la población occidental cumple los criterios diagnósticos de esta enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (2016) la considera como la octava enfermedad en cuanto a las consecuencias negativas que produce en la calidad de vida, causando en más de un 80% de estos pacientes alguna incapacidad. Indica también que su prevalencia es entre 2 y 3 veces mayor en las mujeres, probablemente relacionado con causas hormonales y genéticas, y suele comenzar antes de los 20 años y disminuye a partir de los 50.

La clasificación del Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018) define la migraña como una cefalea primaria. De forma resumida, los principales criterios diagnósticos que establece, indican que se trata de un dolor que varía de moderado a intenso, a menudo unilateral, pulsátil, que puede acompañarse de náuseas o vómitos, sensibilidad a la luz y/o al ruido y que se ve agravado con la actividad física. Se presenta en forma de crisis, con un promedio de entre cada dos meses y una semana. Las crisis suelen durar de 4 a 72 horas. Diferencia esta clasificación entre tres tipos de migrañas: migraña sin aura, migraña con aura (las padecen aproximadamente el 25% de los pacientes) y migraña crónica, que afecta al 2% de la población y se caracteriza por presentar 15 o más crisis al mes. Estos pacientes presentan con cierta frecuencia otras patologías como hipertensión, problemas gástricos, depresión, ansiedad o fibromialgia (Pascual, 2019).

En cuanto a su tratamiento, todos los estudios coinciden en la importancia de actuar no solo sobre el dolor, sino también sobre los factores personales o ambientales que puedan estar influyendo (Compen y Rojas, 2021; Fernández y Canuet, 2003; Garrigós et al., 2018; González et al., 2013; Korkmaz et al., 2018; Lagoa et al., 2018; Pardo et al., 2017; Villate et al., 2015). En este sentido, es muy interesante el estudio realizado por Pardo et al. (2017), quien, desde un modelo multidimensional del dolor, en el que son muy importantes los aspectos psicológicos y emocionales, comprobó la influencia del estrés en las cefaleas en población

universitaria, así como las consecuencias psicológicas negativas que provoca. Pancheri et al. (2021), comprobaron igualmente el importante papel que juega el estrés a la hora de favorecer o provocar las crisis de migraña.

Los principales medicamentos usados para tratar las crisis son los analgésicos, los AINE (antiinflamatorios no esteroideos) y los triptanes. Muchos pacientes necesitan, además, un tratamiento preventivo con antiepilépticos, bloqueadores beta o antidepresivos. Algunos casos de migraña crónica se tratan también con toxina botulínica. Se están desarrollando también actualmente algunos fármacos preventivos específicos para tratar esta dolencia (Pascual, 2019).

Diversos autores revisados confirman la relación de la migraña con otros trastornos mentales (Alwhaibil y Alhawassi, 2020; Amiri et al., 2018; Garrigós et al., 2018; González et al., 2013; Korkmaz et al., 2018; Lagoa et al., 2018; Pancheri et al., 2021; Pardo et al., 2017; Rogante et al., 2018; Villate et al., 2015). Se trata de una relación bidireccional en la que ambos se retroalimentan entre sí, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de los pacientes (Pancheri et al., 2021). En particular, se ha observado que la migraña guarda relación con trastornos depresivos, alteraciones del sueño, trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.

En relación con la depresión, Lagoa et al. (2018) estudiaron el impacto de la migraña en la calidad de vida y su relación con la existencia de este trastorno, la sensación de ser una carga y la ideación suicida. En todos los pacientes se observó un importante impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida, superior en los casos crónicos, que también obtuvieron mayores puntuaciones en depresión e ideación suicida que los pacientes con migraña episódica. Igualmente, Pancheri et al. (2021) comprobaron en su revisión bibliográfica la relación bidireccional que existe entre la migraña y la depresión. Por su parte, Korkmaz et al. (2018) obtuvieron también mayores puntuaciones en depresión en los pacientes con migraña, lo que, unido a los síntomas físicos, influiría negativamente en su calidad de vida. Amiri et al. (2018) realizaron un estudio de metaanálisis que estableció una clara relación entre la migraña y el riesgo de padecer depresión. En la misma línea, tanto la revisión bibliográfica de Alwhaibil y Alhawassi (2020) como el estudio de Rogante et al. (2018) mostraron la alta incidencia de trastornos de depresión en las personas con migraña,

asociándose con una peor calidad de vida, sobre todo en los aspectos que tienen que ver con la salud mental, así como con una mayor discapacidad.

En lo que respecta a la relación de las migrañas con el insomnio y otras alteraciones del sueño, Lagoa et al. (2018) constataron en su estudio una mayor prevalencia de estos trastornos en los pacientes que padecían la enfermedad que en la población general, siendo más frecuentes en los casos crónicos que en la migraña episódica. Garrigós et al. (2018) comprobaron también la relación de los trastornos del sueño con la migraña, contribuyendo a su cronificación. Encontraron que esta influencia está mediatizada por la existencia de síntomas depresivos y estrategias cognitivas inadecuadas de afrontamiento del dolor, como son los pensamientos catastrofistas, lo que contribuye a un aumento de la discapacidad y un empeoramiento de la calidad de vida. Los datos de diversos estudios indican que la relación entre migraña y alteraciones del sueño es bidireccional (Garrigós et al., 2018; Pancheri et al., 2021) probablemente por una sensibilización en el sistema nervioso central, que daría lugar a un menor umbral para el dolor y a un aumento de respuesta al mismo. Se estima que el riesgo de padecer migraña puede aumentar hasta un 40% si los pacientes padecen insomnio (Garrigós et al., 2018).

También ha sido estudiada la relación de los trastornos de ansiedad con las migrañas. Así, Korkmaz et al. (2018) obtuvieron en su estudio mayores puntuaciones en ansiedad en los pacientes que padecían migraña que en los que no tenían la enfermedad. La relación bidireccional entre los dos trastornos fue constatada también por Pancheri et al. (2021) en su revisión bibliográfica. En la misma línea, tanto Alwhaibil y Alhawassi (2020) como Rogante et al. (2018), en sus respectivos trabajos encontraron una alta incidencia de ansiedad en las personas con migraña. Resaltan también en su estudio Alwhaibil y Alhawassi (2020) la escasa atención sanitaria y el poco reconocimiento social que reciben estos pacientes, cuya salud mental no se evalúa de forma sistemática.

Por otra parte, los resultados de la investigación de Hamamci et al. (2020) mostraron una mayor incidencia de trastornos alimentarios en las personas con migraña, coincidiendo en estos casos con puntuaciones más altas en ansiedad, depresión y neuroticismo. De modo inverso, se comprobó una mayor existencia de trastornos alimentarios cuando se dan a la vez migraña con trastornos depresivos, de ansiedad y/o neuroticismo. Se comprobó también que la calidad de vida empeoraba en los casos de comorbilidad de

migraña y trastornos de la alimentación, y, a la inversa, los pacientes con migraña cuya calidad de vida era peor tenían más probabilidad de desarrollar trastornos de la alimentación.

En cuanto a la relación entre las cefaleas y la existencia de otros síntomas funcionales, como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, Villate et al. (2015), observaron la existencia de síntomas funcionales en un 68,7% de los pacientes con migraña, siendo también frecuente en ambos tipos de trastornos la existencia de depresión y ansiedad. Tanto en las migrañas como en los síndromes funcionales influyen aspectos biológicos y conductuales (Villate et al., 2015). Los resultados de este estudio llevan, una vez más, a la reflexión sobre la importancia de complementar los tratamientos farmacológicos con terapias de tipo psicológico que atiendan los aspectos emocionales y los síntomas asociados a las migrañas.

También se ha podido comprobar la existencia de una relación bidireccional entre la migraña y ciertos trastornos de la personalidad como el trastorno límite de personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo o el pensamiento paranoico (Korkmaz et al., 2018; Pancheri et al., 2021). A pesar de ello, solo un 14% reciben atención o tratamiento adecuado, lo cual tendría que ver con el estigma social que con frecuencia lleva asociada la enfermedad (Korkmaz et al., 2018).

Amiri et al. (2018), en su estudio de metaanálisis, destacaron también la escasa atención que se presta a los diferentes trastornos mentales aquí comentados, probablemente por el temor al estigma social que con frecuencia se asocia a esta enfermedad. Creen por tanto estos autores que se debe atender por igual la dolencia física y los síntomas mentales, además de favorecer una correcta comprensión de la enfermedad para eliminar el estigma social (Amiri et al., 2018; Korkmaz et al., 2018). Sobre este aspecto del estigma social en los pacientes con migraña, investigaron también Fernández et al. (2019), comprobando que, efectivamente, existen prejuicios y estereotipos sociales que afectan al nivel de estrés, sintomatología depresiva y ansiosa, baja autoestima y peor calidad de vida en general de los pacientes con migraña, siendo por tanto importante actuar también a nivel personal y social en la modificación de las percepciones erróneas sobre la enfermedad.

Todo lo expuesto anteriormente pone de relieve, tal como indicaron Hamamci et al. (2020), la necesidad de prestar atención, junto a los síntomas físicos de la migraña, a las variables de salud mental con las que

se relaciona con frecuencia, lo que repercutirá de forma favorable en una mejorará de la calidad de vida de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad.

Existen diversas investigaciones que confirman las consecuencias negativas del padecimiento de migrañas a nivel laboral, emocional y social. Así, un reciente estudio realizado en Perú con pacientes de migraña episódica sin medicación evaluó el impacto de la enfermedad sobre su calidad de vida (Compen y Rojas, 2021). Más de la mitad de los pacientes evaluados (66,66%), indicaron experimentar un grado severo o moderado de discapacidad, además de ver alterada su calidad de vida en un nivel elevado. Los principales aspectos afectados son los que se refieren a un menor rendimiento laboral y a experimentar ansiedad y preocupación. Se observó también un grado mayor de afectación cuando la migraña estaba asociada a otras alteraciones como fibromialgia o trastornos de sueño.

En la misma línea, González et al. (2013) comprobaron el importante impacto de la migraña en el estrés laboral y el desgaste profesional. Encontraron que el agotamiento emocional que acompaña al estrés laboral prolongado afectaba más a los pacientes con migraña episódica, los cuales presentaban síntomas de ansiedad, pero no rasgos depresivos ni problemas de autoestima. Los pacientes crónicos puntuaron más alto en depresión. Se valoró también en este estudio el grado de realización personal y la influencia positiva en otros en el trabajo, obteniéndose, tanto en los pacientes con migraña episódica como en los que presentaban su forma crónica, puntuaciones más bajas que las del grupo control. Parece claro, por tanto, que la migraña tiene un importante impacto en la vida laboral y en el desarrollo profesional, generando desgaste y estrés en los pacientes que la sufren (González et al., 2013).

Por lo que respecta a las diferencias entre los sexos, Fernández y Canuet (2003) encontraron un mayor grado de discapacidad y menor calidad de vida en las mujeres con migraña. Pardo et al. (2017), observaron una mayor prevalencia de la migraña en la población universitaria que en la población general, siendo más frecuente en las mujeres y afectando de forma significativa a su calidad de vida. Por su parte, Lagoa et al. (2018) observaron en su estudio una proporción de 4,8:1 de mujeres con respecto a hombres con migraña.

En cuanto a la edad, Fernández y Canuet (2003) hallaron peores índices de calidad de vida y mayor grado de discapacidad en las personas de mayor edad. Más recientemente, Lagoa et al. (2018) hallaron una prevalencia mayor de migraña episódica entre los 30 y los 40 años, mientras que la migraña crónica era más frecuente en el grupo que va de los 40 a los 50 años.

En relación con las intervenciones psicológicas, el trabajo realizado con pacientes con migraña crónica de Rogante et al. (2018) permitió comprobar la relación que existe entre la percepción negativa de la enfermedad (creencias, expectativas...), la baja satisfacción laboral y la existencia de ansiedad y depresión. Apoyan estos autores que los tratamientos tengan un enfoque amplio, con terapias dirigidas a los aspectos cognitivos, los síntomas psicológicos asociados y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con migraña. El efecto de los tratamientos de tipo cognitivo-conductual fue comprobado por Parada (2013). Mediante técnicas de relajación y cognitivas se enseñó a los pacientes a enfrentarse a las situaciones potencialmente estresantes y susceptibles de influir en la migraña de forma más adecuada. Los resultados obtenidos mostraron una disminución de los síntomas de ansiedad y de los efectos físicos del dolor de cabeza, además de un mejor afrontamiento del dolor. Las técnicas aplicadas hacen que se perciba el dolor como algo que se puede controlar, lo que conlleva una mejor adaptación a la enfermedad y un afrontamiento más adecuado. Pardo et al. (2017) y Pancheri et al. (2021) también apoyaron el uso de estas técnicas para controlar el estrés y reducir los síntomas depresivos y de ansiedad, afrontando mejor la enfermedad y sus consecuencias. Algunos estudios sugieren también la eficacia de técnicas como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) o el mindfulness en la reducción de la percepción subjetiva del dolor (Pancheri et al., 2021).

Como se ha visto en esta revisión bibliográfica, la migraña es una enfermedad con un importante impacto personal, laboral y social, que no solo merma la calidad de vida de los pacientes, sino que también supone una cuantiosa carga económica para las arcas del Estado, debido a la frecuente asistencia sanitaria solicitada por las personas afectadas (Alwhaibil y Alhawassi, 2020). A la luz de los resultados de las investigaciones analizadas y de las conclusiones que arrojan estos estudios, parece suficientemente probado que la migraña es una enfermedad que se asocia frecuentemente a otros trastornos mentales, principalmente trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de la

conducta alimentarios y ciertos trastornos de personalidad. El papel del estrés como mediador en el origen y/o el agravamiento de las crisis de migraña, parece también algo incuestionable, que debe ser tenido en cuenta a la hora de abordar el tratamiento de esta enfermedad. La concurrencia de todos estos factores influye negativamente en la calidad de vida de las personas con migraña, puesto que convierten al paciente en más vulnerable y con menos capacidad de afrontamiento del dolor. Además de todo esto, la poca comprensión hacia la enfermedad y el estigma social que a menudo lleva asociado también influyen en la manera de enfrentarse a la misma por parte del paciente.

En suma, resulta relevante comprobar el impacto de los episodios de migraña en la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta las diferencias en función del sexo, así como la existencia de comorbilidad de la migraña con ciertos trastornos mentales, en la línea de lo hallado en los diversos estudios revisados (Alwhaibil y Alhawassi, 2020; Hamamci et al., 2020; Korkmaz et al., 2018; Pancheri et al., 2021; Rogante et al., 2018). Se trata de un tema de gran importancia que con frecuencia no recibe la atención que merece, ni desde el punto de vista social ni sanitario. Si los resultados de nuestro estudio ponen de relieve una relación entre el padecimiento de migraña y la disminución de la calidad de vida, entonces se apoyaría la idea de la necesidad de considerar las migrañas como un problema de salud integral, desde un enfoque multidimensional, atendiendo no solo a la sintomatología física, sino también al resto de trastornos asociados y a su impacto en la calidad de vida de las personas. Desde esta perspectiva, la psicología debería tener un importante papel en el tratamiento de las migrañas, junto con los tratamientos farmacológicos.

Con el fin de alcanzar estos objetivos, la investigación plantea las siguientes hipótesis:

- 1) Se espera que las personas que padecen migraña obtengan peores puntuaciones que las personas que no la padecen en todas las dimensiones evaluadas del cuestionario de calidad de vida.
- 2) Dentro del grupo de participantes con migraña, se espera que los resultados en calidad de vida sean peores en las mujeres que en los hombres.

3) Se espera una mayor prevalencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastornos de la conducta alimentaria en el grupo de participantes con migraña con respecto al grupo de sujetos que no la padecen, lo que, de confirmarse también la primera hipótesis, respaldaría la relación entre migraña, trastornos mentales y peor calidad de vida.

2. Materiales y métodos

- **Diseño:** Se trata de un estudio transversal de comparación de las medias obtenidas en las cuatro dimensiones del cuestionario de calidad de vida aplicado, entre un grupo de participantes que padecen episodios de migraña y otro grupo que no posee esta condición y, dentro del primer grupo, entre hombres y mujeres. También se realizó un estudio comparativo de la frecuencia de existencia de trastorno mental en ambos grupos, participantes con migraña y sin migraña, con el fin de comprobar si existía comorbilidad entre ambos tipos de trastornos.
- **Muestra:** Para llevar a cabo la investigación se contó con la colaboración de una muestra de 60 personas, residentes en las provincias de Madrid y León, que voluntariamente aceptaron formar parte de la misma. El contacto con los participantes en la investigación, se estableció por medio de la difusión de la misma a través de familiares, amigos y conocidos de la propia investigadora y de su entorno social. De todos los candidatos que ofrecieron su participación en el estudio, se seleccionó a aquellos que cumplían los requisitos y criterios establecidos. De ellos, 30 formaron el grupo experimental, cumpliendo los siguientes criterios de inclusión: padecer un mínimo de dos episodios de migraña al mes, con una duración mínima de las crisis de 4 horas y estar recibiendo algún tratamiento específico para el dolor. Los participantes indicaron el cumplimiento o no de estos criterios mediante autoinforme. El no cumplimiento de las tres condiciones se consideró motivo de exclusión. El grupo control estuvo formado por otras 30 personas que manifestaron no padecer en la actualidad ni haber padecido nunca episodios de migraña. El rango de edad para ambas muestras se situó entre los 20 y los 61 años, estableciéndose tres tramos (20 a 33, 34 a 47 y 48 a 61). El número de participantes en cada grupo y tramo de edad fue equivalente, así como el número de participantes hombres y mujeres.
- **Instrumentos y/o materiales:** Se seleccionó un cuestionario para evaluar de forma objetiva la calidad de vida diferente a los utilizados en los distintos estudios revisados, optando finalmente por la versión española del World Health Organization Quality of Life, versión breve (Lucas, 1998). Se trata de un test que permite obtener un perfil en cuanto a la percepción que la persona tiene de su calidad de vida, valorándola a través de cuatro dimensiones o dominios. El dominio 1 o Salud

Física evalúa los siguientes aspectos: dependencia a los fármacos, energía para la vida diaria, dolor, movilidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo y actividades de la vida diaria. El dominio 2 o Salud Psicológica incluye: sentimientos positivos, sentimientos negativos, creencias personales, capacidad de aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal y autoestima. El dominio 3 o Relaciones Sociales evalúa las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social. Finalmente, el dominio 4 o Ambiente incluye: percepción de libertad y seguridad, ambiente físico, recursos económicos, ocio y descanso, condiciones en el hogar, atención sanitaria y social y movilidad. La elección del instrumento se basó en criterios de adecuación a los objetivos de la investigación, así como por ser fácil de administrar y de cumplimentar por los participantes en el estudio de forma rápida. Se consideró pertinente evaluar distintos aspectos dentro de la calidad de vida en lugar de hacer solo una valoración global de la misma, ya que esto arrojaría más información de cara a un análisis más exhaustivo. Dado el tamaño de la muestra y la facilidad para establecer contacto con los participantes, se optó por el formato de papel para su realización. A cada uno de ellos se le proporcionó un ejemplar para que lo respondiese de forma anónima, únicamente se solicitó el año de nacimiento y el sexo, por ser variables que se precisaba conocer para asegurar que se cumplieren los criterios de las muestras y para poder realizar el análisis posterior de los resultados. A este cuestionario se le añadió una pregunta para que indicasen si habían sido diagnosticados de alguno de los siguientes trastornos mentales: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo de la pregunta era recabar datos que permitieran observar la existencia o no de una mayor prevalencia de estos trastornos en el grupo experimental que en el grupo control. En el Anexo 1 se pueden ver el cuestionario y la hoja de recogida de datos personales y de autoinforme en relación a la existencia o no de enfermedad mental.

- **Procedimiento:** Una vez reclutada la muestra de sujetos participantes, a todos ellos se les entregó para su firma un documento de consentimiento informado (véase Anexo 2), en el que se explicaba el propósito de este estudio y se dejaba constancia del carácter voluntario de su participación en el mismo y de la confidencialidad de los datos recogidos. Se procedió a

continuación a administrarles el cuestionario de calidad de vida, junto con la pregunta referida a la existencia o no de algún trastorno mental. Los sujetos cumplimentaron el cuestionario en formato papel, identificándose como pacientes con migraña (grupo experimental) o pacientes sin migraña (grupo control). Una vez recogida la información, se procedió a la corrección y valoración de los resultados según las instrucciones del WHOQOL - BREF (Lucas, 1998), obteniéndose la puntuación en la percepción de la calidad de vida para cada uno de los sujetos participantes a través de las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario. Las puntuaciones directas fueron convertidas en puntuaciones transformadas en la escala de rango 4-20 que proporciona el propio manual del test. Igualmente, se obtuvieron los datos pertinentes en cuanto al número de sujetos con migraña que, además, informaban de un diagnóstico de alguno de los trastornos mentales indicados. Todos estos datos fueron sometidos al análisis estadístico que se detallará en el siguiente apartado, con el fin de poder hacer una interpretación adecuada de los mismos en relación a los objetivos de la investigación y a las hipótesis planteadas.

- **Análisis estadísticos:** Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se ha usado como software el paquete estadístico de código abierto multiplataforma JASP, desarrollado por la Universidad de Ámsterdam. En concreto, se ha utilizado la versión en español 0.16.0.0.

El primero de los análisis realizados, tenía como objetivo contrastar la hipótesis de que existen diferencias intergrupales respecto a la puntuación obtenida en las distintas dimensiones del WHOQOL - BREF, en el sentido de que los participantes sin migraña obtendrían resultados más altos que los participantes con migraña en todas ellas. Para la comparación de ambos grupos, compuestos cada uno por 30 sujetos y pertenecientes a muestras independientes, se planificó la aplicación de la prueba T de Student, de comparación de medias. Para poder aplicar este estadístico, era necesario previamente comprobar el supuesto de normalidad entre los grupos, lo que se hizo a través del test de Shapiro - Wilk, así como la existencia de homogeneidad de varianza, lo que se hizo a través de la prueba de Levene. El supuesto de normalidad no se cumplió para todas las dimensiones del cuestionario, por lo que ha sido necesaria la utilización de la prueba no

paramétrica U de Mann - Whitney, que en lugar de comparar las medias utiliza como estadístico la mediana.

El segundo de los análisis partía de la hipótesis de que, dentro del grupo de sujetos con migraña, existían diferencias entre sexos, hipotetizando que las puntuaciones de las mujeres, también en las cuatro dimensiones de la escala WHOQOL - BREF, serían inferiores a las de los varones. En este caso, dado el pequeño número de sujetos (15 de cada subgrupo) el estadístico utilizado fue el de la U de Mann - Whitney, prueba no paramétrica que, como ya se ha dicho, emplea la comparación de medianas en lugar de las medias.

La tercera de las hipótesis del estudio era que el porcentaje de trastornos mentales en el grupo de sujetos con migraña, sería superior al existente en el grupo de no migraña. El estadístico utilizado para comprobarlo fue la Chi cuadrado.

En todos los análisis utilizados se empleó un nivel de significación del 0.05. No hubo pérdida experimental, todos los participantes cumplieron todos los ítems solicitados.

3. Resultados

En primer lugar, en el Anexo 3 se presenta una tabla en la que se recogen los datos de todos los participantes en el presente estudio y que han servido como fuente para la aplicación de los distintos tratamientos estadísticos, a saber, la edad, el sexo, la presencia de trastorno mental y de migraña, así como sus puntuaciones en cada una de las cuatro dimensiones del cuestionario WHOQOL - BREF (Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente).

El primer análisis estadístico realizado fue la comprobación de la existencia o no de diferencias significativas en la distribución de la edad en los dos grupos de participantes. Al no cumplirse el supuesto de normalidad en el grupo con migraña, valorado a través de la prueba de Shapiro - Wilk (valor p de 0.01), para la comparación de ambos grupos se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann - Whitney, obteniendo un valor de p de 0.77, resultado que confirma la homogeneidad entre los dos grupos en cuanto a la variable edad. En la Tabla 1 pueden observarse los estadísticos descriptivos relativos a la edad de los participantes.

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos edad de los participantes

	Migraña	
	No	Sí
Media	39.3	38.9
Desviación Típica	10.7	13.2
Mínimo	24	21
Máximo	59	60

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación, el primer paso tuvo como objetivo comprobar la primera de las hipótesis planteadas, en concreto la que hacía referencia a la existencia de diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del WHOQOL - BREF por los participantes del estudio con diagnóstico de migraña y las obtenidas por aquellos que no padecían esta dolencia. Para ello, era necesario comprobar en primer lugar el cumplimiento de los supuestos para la realización de una comparación de medias entre dos muestras independientes. La prueba de homogeneidad de varianzas se cumplió para todas las dimensiones del cuestionario. Los resultados aparecen recogidos en la Tabla 2. Sin embargo, no se cumplió el supuesto de normalidad, tal como se puede ver en la Tabla 3, por lo que se empleó el estadístico no paramétrico U de Mann - Whitney.

Tabla 2

Contraste de Igualdad de Varianzas (Prueba de Levene)

	F	gl	P
Salud Física	1.95	1	0.17
Salud Psicológica	0.32	1	0.58
Rel. Sociales	0.079	1	0.78
Medio Ambiente	0.006	1	0.94

Tabla 3

Contraste de Normalidad (Prueba de Shapiro - Wilk)

	Migraña	W	P
Salud Física	No	0.89	0.006
	Sí	0.97	0.51

Tabla 3

Contraste de Normalidad (Prueba de Shapiro - Wilk)

	Migraña	W	P
Salud Psicológica	No	0.94	0.11
	Sí	0.96	0.29
Rel. Sociales	No	0.92	0.022
	Sí	0.94	0.095
Medio Ambiente	No	0.95	0.17
	Sí	0.92	0.035

Como vemos en la Tabla 2, en todos los casos el valor de probabilidad p es superior al valor de significación. Se acepta, por tanto, la Hipótesis nula en cada una de las cuatro dimensiones, por lo que se puede concluir que sí se cumple el requisito de igualdad de varianzas.

Los resultados que aparecen en la Tabla 3, al contrario de lo ocurrido en el caso anterior, indican que solo en la dimensión de Salud Psicológica se confirma la existencia de normalidad. En las otras tres dimensiones, el valor p es menor al valor de significación, debiendo rechazar en este caso la Hipótesis nula, que establecía el cumplimiento del supuesto de normalidad.

Al no confirmarse este supuesto de normalidad en las dimensiones de Salud Física, Relaciones Sociales y Medio Ambiente, para la consecución de nuestros objetivos no puede aplicarse una prueba paramétrica en estas dimensiones. El método aplicado, por lo tanto, ha sido la U de Mann - Whitney. Con el fin de equiparar los estadísticos aplicados, se optó por utilizar esta misma prueba en todas las dimensiones del test. Los resultados se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4

Contraste U de Mann - Whitney para las dimensiones del WHOQOL - BREF

	W	P
Salud Física	800	< .001
Salud Psicológica	696	< .001
Rel. Sociales	668	0.001
Medio Ambiente	686	< .001

Con un nivel de significación asignado de 0.05, los datos indican que, al ser p inferior a dicho nivel de significación, se puede concluir que en nuestro estudio existen diferencias significativas en las cuatro dimensiones del WHOQOL - BREF entre el grupo de participantes con migraña y el grupo sin migraña.

De la observación de las medianas, cuyos datos aparecen en la Tabla 5, se puede determinar que las diferencias encontradas en ambos grupos son debidas a que los participantes que pertenecen al grupo de personas que no padecen migraña obtienen puntuaciones más altas en cada una de las cuatro dimensiones del cuestionario de calidad de vida, en comparación con las obtenidas por los que pertenecen al grupo formado por las personas que sí la padecen.

Tabla 5

Estadísticos Descriptivos de las dimensiones del WHOQOL – BREF

	Salud Física		Salud Psicológica		Rel. Sociales		Medio Ambiente	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Migraña								
Mediana	17.0	11.5	15.0	12.0	16.0	12.5	16.0	13.0
Media	16.4	11.7	14.8	12.2	15.6	12.9	15.8	13.8
Desviación Típica	2.31	2.94	2.46	2.45	3.31	3.14	1.99	2.08
Varianza	5.35	8.63	6.07	5.99	11.0	9.89	3.96	4.33
Mínimo	11.0	7.00	9.00	8.00	9.00	8.00	11.0	11.0
Máximo	19.0	18.0	19.0	17.0	20.0	20.0	19.0	20.0

En la segunda de las hipótesis de este estudio, se hacía referencia a la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en el grupo de participantes con diagnóstico de migraña en cada una de las cuatro dimensiones de la escala WHOQOL - BREF, en función del sexo de los individuos, siendo peores en las mujeres que en los hombres.

En la Tabla 6, se recogen los estadísticos descriptivos de los resultados correspondientes a los datos obtenidos en cada una de las dimensiones de dicha escala, diferenciándolos según el sexo de los participantes en la muestra.

Tabla 6

Estadísticos Descriptivos de las dimensiones del WHOQOL - BREF diferenciados por sexo

Dimensión	Salud Física		Salud Psicológica		Rel. Sociales		Medio Ambiente	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Mediana	11.0	13.0	11.0	13.0	13.0	12.0	14.0	13.0
Media	11.5	11.9	11.9	12.6	13.3	12.5	14.1	13.7
Desviación Típica	3.02	2.94	2.84	2.03	3.69	2.56	2.40	1.76
Varianza	9.12	8.69	8.07	4.11	13.64	6.55	5.78	3.09
Mínimo	7.00	7.00	8.00	9.00	8.00	9.00	11.0	11.0
Máximo	18.0	17.0	17.0	15.0	20.0	16.0	20.0	17.0

En la Tabla 7, pueden observarse los resultados obtenidos con el estadístico de Contraste U de Mann - Whitney, que, en este caso, al ser superiores en las cuatro variables al valor de significación de 0.05, contradicen la hipótesis inicial del estudio. Por lo tanto, se puede concluir que en esta muestra no se observan diferencias significativas entre las puntuaciones conseguidas por los varones y las obtenidas por las mujeres, en ninguna de las cuatro variables de la escala WHOQOL - BREF, debiéndose desestimar la hipótesis de partida.

Tabla 7

Contraste T para Muestras Independientes en las dimensiones del WHOQOL - BREF

	W	gl P
Salud Física	99.5	0.60

Tabla 7

Contraste T para Muestras Independientes en las dimensiones del WHOQOL - BREF

	W	gl P
Salud Psicológica	90.0	0.36
Rel. Sociales	125	0.60
Medio Ambiente	120	0.77

Nota. Contraste U de Mann - Whitney.

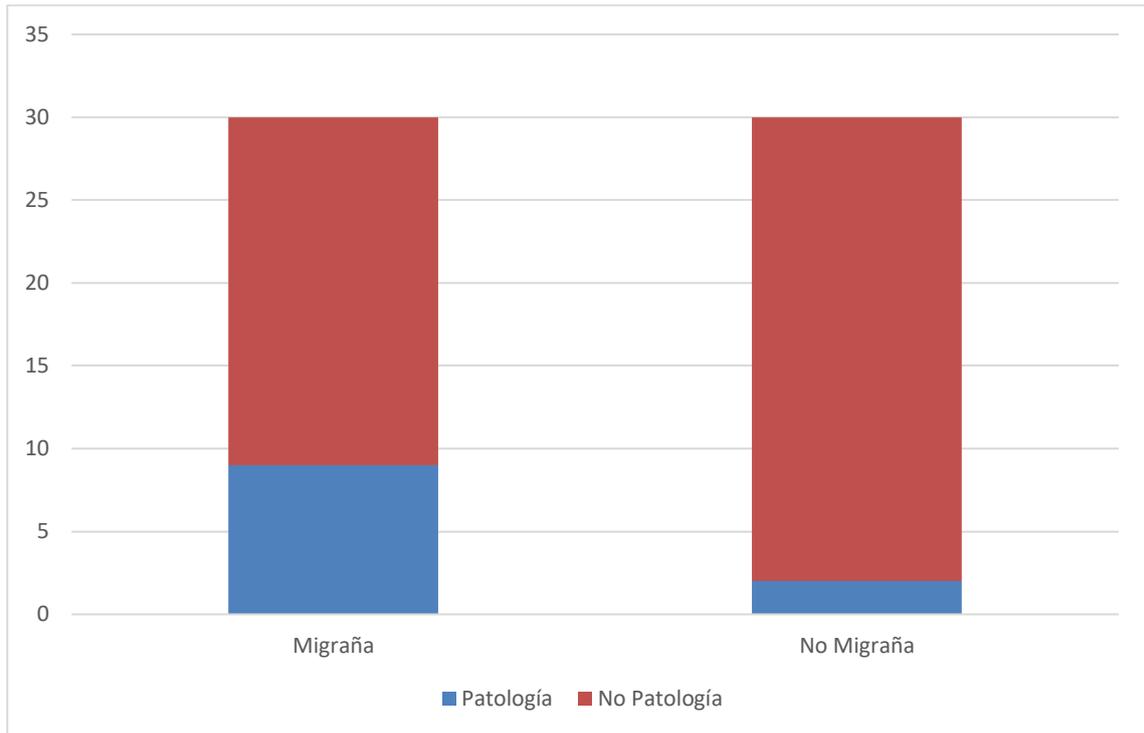
La tercera de las hipótesis a contrastar, pronosticaba que, comparando el grupo de participantes con problema de migrañas con el de aquellos que no presentaban este problema, existiría un número significativamente mayor de personas que presentarían, además, un diagnóstico de alguno de los trastornos mentales considerados en el estudio (trastornos depresivos, de ansiedad, del sueño o de la conducta alimentaria) en el primer grupo que en el segundo.

Los resultados obtenidos son los que se reflejan en la Figura 1, pudiéndose observar a simple vista un mayor número de sujetos con trastorno en el grupo de pacientes con migraña (9), que en el de los de no migraña (2). La prueba de Chi-Cuadrado reveló que, efectivamente, existen diferencias significativas entre la proporción de sujetos diagnosticados con alguno de los trastornos en el grupo experimental y en el grupo control. El estadístico de contraste fue $X^2(1) = 5.46$, $p = 0.020$.

De este modo, podemos concluir que, en este estudio, los trastornos mentales son más frecuentes en personas que padecen migraña que en personas que no la padecen, confirmándose por lo tanto la tercera de las hipótesis de la investigación.

Figura 1

Presencia de trastorno mental en el grupo con migraña y en el grupo sin migraña



4. Discusión

El objetivo del presente estudio era realizar un análisis de la influencia que provoca el padecimiento de migraña en la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta la posible existencia de diferencias en función del sexo, así como la comorbilidad con algunos trastornos mentales, en concreto con los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño y trastornos de la conducta alimentaria. Para ello fueron planteadas tres hipótesis, de las cuales se han podido confirmar la primera y la tercera, debiéndose rechazar la segunda al no ser respaldada por los resultados obtenidos en esta investigación.

Con respecto a la primera hipótesis, los datos que aparecen recogidos en la Tabla 4, permiten concluir que, en este estudio, existen diferencias significativas en las cuatro dimensiones evaluadas con el cuestionario de calidad de vida (Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente) entre el grupo de participantes con migraña y el grupo sin migraña. En particular, las personas sin migraña informan gozar de una mejor calidad de vida en las cuatro dimensiones que las personas con migraña. Estos hallazgos respaldarían la primera de las hipótesis planteadas, confirmando la repercusión negativa de la migraña en la calidad de vida de las personas que la padecen. De igual modo, los resultados obtenidos apoyarían en buena medida los que se exponen en la literatura revisada. Así, al igual que en los trabajos de Compen y Rojas (2021), Garrigós et al. (2018), Korkmaz et al. (2018) y Lagoa et al. (2018), vemos que un porcentaje significativo de participantes con migraña informaron de una afectación de la calidad de vida en todas las dimensiones, lo que confirma el impacto negativo de la enfermedad sobre la misma. Sin embargo, en esta investigación no se observan diferencias entre las cuatro dimensiones evaluadas, mientras que otros estudios (Compen y Rojas, 2021; González et al., 2023) encontraron mayor afectación en el ámbito laboral y en aspectos psicológicos relacionados sobre todo con la ansiedad. Si bien esto no ha sido objeto de análisis, la causa de estas diferencias quizás podría deberse a una menor presencia en este estudio de participantes en edad laboral con respecto a las otras investigaciones revisadas.

En cuanto a las posibles diferencias de calidad de vida en el grupo de participantes con migraña en función del sexo, los resultados obtenidos (Tablas 6 y 7) indican que las diferencias entre hombres y mujeres no son significativas en ninguna de las cuatro dimensiones evaluadas. Quedaría por tanto rechazada la segunda de las hipótesis planteadas, que pronosticaba una peor calidad de vida en las mujeres que en los hombres

dentro del grupo de personas con migraña. Los resultados podrían deberse al reducido tamaño de las muestras analizadas, tal como se comentará más adelante. En relación con la revisión bibliográfica realizada, podemos concluir que no han podido respaldarse, por lo tanto, los hallazgos de diversas investigaciones en relación con una peor calidad de vida en las mujeres con respecto a los hombres con migraña (Fernández y Canuet, 2003; Lagoa et al., 2018; Pardo et al., 2017).

La tercera hipótesis planteaba la existencia de una mayor prevalencia de trastornos depresivos, de ansiedad, del sueño y de la conducta alimentaria entre los participantes con padecimiento de migraña con respecto a los que no la padecen. En este caso, los resultados obtenidos (Figura 1) también respaldan la hipótesis, con un número de casos con alguno de estos trastornos significativamente mayor en el grupo de migraña que en el grupo de sujetos que no la padecen.

Como se vio en la revisión de la literatura previa, un buen número de estudios confirman la relación de la migraña con algunos trastornos mentales, estableciendo que probablemente se trata de una relación bidireccional que repercutiría en un empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes (Compen y Rojas, 2021; Fernández y Canuet, 2003; Garrigós et al., 2018; González et al., 2013; Korkmaz et al., 2018; Lagoa et al., 2018; Pardo et al., 2017; Villate et al., 2015). Este trabajo confirma, por un lado, la mayor prevalencia de trastornos mentales y, por otro, la obtención de peores puntuaciones en calidad de vida, en el grupo de sujetos con migraña. Podemos decir, por tanto, que los datos obtenidos dan respaldo a los que ofrece la bibliografía consultada, en la cual podemos apoyarnos para inferir que, probablemente, la calidad de vida, además de verse afectada por la propia migraña, tendrá más probabilidades de empeorar cuando además existe comorbilidad con algún trastorno mental. En este estudio nos hemos limitado a considerar los trastornos depresivos, al igual que hacen, Alwhaibil y Alhawassi (2020), Korkmaz et al. (2018), Lagoa et al. (2018) y Rogante (2018), los trastornos del sueño, en la misma línea de Garrigós et al. (2018), Lagoa et al. (2018) y Pancheri et al. (2021), los trastornos de ansiedad, como en los trabajos de Alwhaibil y Alhawassi (2020), Korkmaz et al. (2018) y Rogante (2018) y los trastornos alimentarios, al igual que la investigación llevada a cabo por Hamamci (2020). Las investigaciones revisadas han relacionado también la migraña con algunos síntomas funcionales, como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica (Villate et al., 2015), así como con algunos trastornos de la personalidad (Korkmaz et al., 2018; Pancheri et al., 2021), concluyendo

igualmente que cuando se dan ambos tipos de patologías, la calidad de vida empeora de forma significativa. Estos datos nos sirven de apoyo en la interpretación de los resultados de la investigación realizada, en el sentido de que parece que hay una mayor incidencia de los trastornos mencionados en los participantes con migraña, lo que probablemente contribuye a una peor calidad de vida en estas personas.

Los resultados de este estudio permiten, por tanto, cumplir el objetivo previsto, siendo resultado del mismo la confirmación de dos de las tres hipótesis planteadas. El motivo por el cual se contradice la hipótesis que hace referencia a la existencia de diferencias en función del sexo, así como los resultados de otros estudios previos, estaría relacionado probablemente con el reducido tamaño de las muestras, ya que, si bien el grupo de sujetos con migraña estaba formado por 30 personas, para realizar el análisis por sexos hubo de ser dividido en dos subgrupos, 15 hombres y 15 mujeres. Es posible que con un tamaño de muestra mayor se hubiesen obtenido otros resultados. En cuanto a los demás datos de este estudio, tomados con la cautela necesaria, dadas las limitaciones que más adelante se comentarán, pueden ser interpretados en sentido positivo, confirmando los hallazgos que se esperaba encontrar.

La confirmación de dos de las hipótesis planteadas en este estudio nos permite corroborar por tanto la existencia de una relación entre el padecimiento de migraña, un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales y una peor calidad de vida. No se puede inferir de ello con los datos que se han manejado en qué sentido se produce esta relación. Tampoco se ha comprobado la diferencia en puntuaciones de calidad de vida entre los pacientes con migraña y otros trastornos y los de migraña sin otros trastornos, para ello el tamaño de la muestra tendría que haber sido mayor. No obstante, los hallazgos son muy interesantes, ya que respaldarían la necesidad de prestar atención a los aspectos relacionados con la salud mental en los pacientes con migraña, lo que repercutirá en una mejora de su calidad de vida, tal como sostuvieron Hamamci et al. (2020) y Villate et al. (2015), entre otros.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, cabe mencionar en primer lugar el tamaño y las características de la muestra. Si bien se puede considerar que el número de sujetos es suficiente para los objetivos que se pretenden, no lo es tanto para que los resultados puedan ser generalizados. Sería necesario realizar nuevas investigaciones en la misma línea con muestras más numerosas, de forma que se pudieran establecer dentro de la muestra los subgrupos necesarios con un número lo suficientemente representativo de sujetos

en cada uno de ellos. Del mismo modo, sería interesante que se incluyeran igual número de hombres que de mujeres en cada tramo de edad. Todo esto permitiría un mejor análisis de las diferencias en razón del sexo. Además, se podría evaluar también la existencia de diferencias en calidad de vida entre el subgrupo de pacientes con migraña y trastorno mental y el subgrupo de migraña sin trastorno mental, puesto que se ha constatado la relación entre las tres variables, pero no se ha comprobado experimentalmente la relación directa de una peor calidad de vida con la suma de los otros dos factores. Tampoco hemos analizado la influencia de cada trastorno mental por separado. Una vez más, el tamaño de la muestra debería ser mucho mayor para poderlo realizar. Finalmente, tampoco se han hecho diferenciaciones entre los distintos tramos de edad, en el sentido de comprobar si hay diferencias en calidad de vida en función de la edad, tal como hallaron Fernández y Canuet (2003) y Lagoa et al. (2018) en sus respectivas investigaciones. Se requeriría igualmente para ello una muestra mucho más numerosa de cada uno de los grupos de edad.

Otro aspecto que se podría objetar a este trabajo, se refiere al diagnóstico de los sujetos con migraña. Como se recordará, se establecieron unos criterios cuyo cumplimiento era informado por los propios sujetos, es decir, no se solicitó ningún diagnóstico médico ni el requisito de haber sido objeto de atención médica u hospitalaria, tal como se hizo en algunos de los estudios de la revisión bibliográfica. El hecho de que tuviesen que estar tomando alguna medicación específica para el dolor, no presupone necesariamente la existencia de un diagnóstico médico, pero se consideró suficientemente válido el criterio de autoinforme para los fines que se pretendían.

De todo lo dicho anteriormente, se pueden inferir algunas futuras líneas de investigación que podrían contribuir a establecer con mayor precisión de qué manera se produce la relación entre el padecimiento de migraña y la calidad de vida de las personas, qué factores mediatizan o influyen en dicha relación, en qué ámbitos se acusa más, las diferencias en función del sexo y la edad, así como su relación con los diferentes trastornos mentales. Una investigación más ambiciosa, con muestras mucho más numerosas, podría incluir algunos trastornos de personalidad y trastornos funcionales cuya comorbilidad con la migraña ha sido también estudiada en su relación con la calidad de vida de los sujetos (Korkmaz et al., 2018; Pancheri et al., 2021). Por otro lado, dado que este estudio, aunque se establecieron unos criterios claramente definidos de enfermedad para formar parte de la muestra, no estableció diferencias entre pacientes con migraña

episódica y pacientes crónicos, podría ser interesante también comprobar si el hecho de que la enfermedad sea crónica implica una peor calidad de vida que cuando no lo es. Para los objetivos que se han planteado, se consideró suficiente aplicar los criterios establecidos, pero es cierto que cuantas más diferenciaciones se hagan y más aspectos de la muestra se tengan en cuenta, más información relevante se podrá obtener.

Todo lo anteriormente comentado, redundaría en una mejor atención a los pacientes que padecen esta enfermedad que, como se ha podido constatar en este trabajo, no afecta únicamente a la salud física de las personas, sino que tiene importantes repercusiones en la salud mental, así como en aspectos sociales y laborales, además de ocasionar un importante gasto sanitario. Una mejor atención global a todos los aspectos afectados por la enfermedad, influirá en un mejor pronóstico de la misma, con el consiguiente beneficio personal y social. Como se ha comentado anteriormente, Alwhaibil y Alhawassi (2020) y Amiri et al. (2018) mostraron en sus estudios la escasa atención sanitaria y el poco reconocimiento social que reciben estos pacientes, siendo objeto con frecuencia del estigma social que lleva asociado. Insistieron estos autores en la importancia de atender a la salud mental de estas personas. Es justo en esta línea argumental donde podemos situar la relevancia de estudios como el que se ha realizado, por la contribución que hacen a evidenciar esa necesidad de prestar una atención integral a estos pacientes, en la cual la psicología sanitaria debería tener un papel muy relevante.

Una vez que se han comentado los hallazgos obtenidos y las limitaciones del estudio, la principal conclusión que se puede extraer es la constatación de que, tal como se esperaba, el hecho de padecer migraña se relaciona con un empeoramiento en diversos aspectos relacionados con la calidad de vida de las personas. Además, otra importante conclusión es la vinculación entre los dos aspectos anteriores y la existencia de algún tipo de trastorno mental. Las tres variables, migraña, calidad de vida y trastornos mentales, ejercen entre sí una influencia mutua lo suficientemente importante como para ser tomada en cuenta si queremos prestar la debida atención a los pacientes con migraña.

En relación con todo lo anteriormente expuesto, otra de las conclusiones de este trabajo sería, apoyando lo que recogen diversos autores revisados (Pancheri et al., 2021; Parada, 2013; Pardo et al., 2017; Rogante et al., 2018;), la necesidad y la importancia de incluir en los tratamientos para la migraña terapias dirigidas a mejorar aspectos cognitivos (expectativas, creencias, afrontamiento del estrés, etc.), variables de salud

mental afectadas (síntomatología depresiva, ansiosa, etc.), así como a manejar de forma más adaptativa diversos aspectos relacionados con la calidad de vida que suelen verse afectados. Todo ello redundará sin duda en una reducción de la ansiedad ante la enfermedad y de sus efectos físicos, ya que se manejará mejor el dolor y sus consecuencias. El estudio que se ha realizado, arroja datos que refuerzan esa idea del vínculo existente entre los aspectos físicos y psicológicos, poniendo de manifiesto que se trata de una enfermedad que puede repercutir seriamente en un empeoramiento de la calidad de vida de las personas, lo cual, a su vez, puede agravar la enfermedad por las consecuencias psicológicas que provoca.

Por lo tanto, volviendo al tema central de este estudio y a los objetivos que se planteaban, parece claro que se trata de un tema de una gran relevancia. Los datos de diversos trabajos previos, apoyados por los obtenidos en esta investigación, ponen claramente en relación el padecimiento de migraña, el empeoramiento de la calidad de vida y la existencia de una mayor prevalencia de ciertos trastornos mentales. Si tenemos en cuenta la consideración de que los aspectos psicológicos de la enfermedad no reciben toda la atención que merecen, además del estigma social que muchas veces lleva asociado, es de gran importancia ofrecer datos que respalden un cambio de enfoque. Así, tal como concluyen diversos autores revisados (Alwhaibil y Alhawassi, 2020; Hamamci et al., 2020; Korkmaz et al., 2018; Pancheri et al., 2021; Rogante et al., 2018), apoyaríamos la consideración de la migraña como un problema de salud integral, que requiere de atención multidimensional, por profesionales tanto de la salud física como de la salud mental.

De todo lo anterior, se infiere la importancia de poner en valor la figura del psicólogo sanitario como el profesional más indicado para intervenir en los aspectos relacionados con la salud mental y con la calidad de vida de los pacientes con migraña. Ya hemos visto cómo diversos autores han comprobado el efecto positivo de los tratamientos cognitivo-conductuales, e incluso de otros tipos de terapias como la ACT o el mindfulness, sobre los aspectos no solo psicológicos, sino también físicos, de la enfermedad, con la consiguiente repercusión positiva en la forma de afrontarla y en la calidad de vida de estos pacientes. Estos datos nos permiten compartir y apoyar este planteamiento y defender la importancia de la psicología en la mejora de la salud física de las personas.

En definitiva, a modo de reflexión final, esta investigación que se ha realizado pretendía respaldar con nuevos datos los resultados que nos ofrece la literatura revisada, en relación al vínculo entre el padecimiento de migraña y la calidad de vida de las personas que la padecen. Podemos concluir que, si bien no podemos confirmar diferencias en función del sexo, sí podemos confirmar una peor calidad de vida en personas con migraña con respecto a las que no la padecen, así como una mayor comorbilidad de la enfermedad con trastornos mentales, lo que permite considerar que se ha cumplido el objetivo previsto.

5. Referencias bibliográficas

Alwhaibi, M., & Alhawassi, T. M., (2020). Humanistic and economic burden of depression and anxiety among adults with migraine: A systematic review. *Depress Anxiety*, 37, 1146-1159.

<https://doi.org/10.1002/da.23063>

Amiri, S., Behnezhad, S., & Azad, E. (2019). Migraine headache and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatrie*, 33, 131-140. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0299-5>

Compen, L., y Rojas, E. (2021). Impacto en la calidad de vida de los pacientes con migraña. *Revista Médica de Trujillo*, 16(3), 148-156. <http://dx.doi.org/10.17268/rmt.2021.v16i03.08>

Fernández, O., y Canuet, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: Factores determinantes. *Revista de Neurología*, 36(12), 1105-1112.

Garrigós, M., Segura, E., García, M., & La Touche, R. (2019). Predictive factors of sleep quality in patients with chronic migraine. *Neurología*, 36(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.11.004>

González, V., Toriello, M., Gutiérrez, S., Rojo, A., González, A., Viadero, R., Palacio, E. J., y Oterino, A. (2013). Estrés laboral en pacientes migrañosos: diferencias según la frecuencia de las crisis. *Neurología*, 30(2), 83-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.10.008>

- Hamamci, M., Karasalan, Ö., Inan, L. E. (2020). Can personality traits, obesity, depression, anxiety, and quality of life explain the association between migraine and disordered eating attitudes?. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 78(9), 541-548. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200046>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018). The International Classification of Headache Disorders, 3ªedición. *Cephalalgia*, 38, 1-211.
- Korkmaz, S., Karzgan, A., Korucu, T., Gönen, M., Yilmaz, M. Z., & Atmaca, M. (2018). Psychiatric symptoms in migraine patients and their attitudes towards psychological support on stigmatization. *Journal of Clinical Neuroscience*, 62, 180-183. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.11.035>
- Lagoa-Maya, S., García-Leiva, J. M., Gómez-Camello, A., y Calandre, E. P. (2018). Migraña episódica y crónica: aspectos terapéuticos y psicosociales. *Encuentros en Neurociencias*, V, 33-42.
- Lucas, R. (1998). *Versión Española del World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF)*. Ergón.
- Martínez, A., Rueda, M., Quintas, S., de Toledo, M., Díaz, J., Latorre, G., Trabajos, O., Vivancos, J., & Gago, A. B. (2020). Psychosocial repercussion of migraine: is it a stigmatized disease?. *Neurological Sciences*, 41, 2207-2213. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04332-6>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Cefaleas*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/headache-disorders>

Pancheri, C., Maraone, A., Roselli, V., Altieri, M., Di Piero, V., Biondi, M., Pasquini, M., & Tarsitani, L.

(2020). The role of stress and psychiatric comorbidities as targets of non-pharmacological therapeutic approaches for migraine. *Rivista Psichiatria*, 55(5), 262-268.

Parada, P. (2013). Implementación de un programa cognitivo-conductual para pacientes con migraña.

International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 13(3), 389-401.

Pardo, R., Fernández, T., y Lozano, T. (2017). Estudio epidemiológico sobre cefaleas en población

universitaria española. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 11(2), 13-27.

<https://dx.doi.org/10.21500/19002386.2785>

Pascual, J. (2019). Cefalea y migraña. *Medicine*, 12(71), 4145-4153.

Rogante, E., Sarubbi, S., Lamis, D. A., Canzonetta, V., Sparagna, A., De Angelis, V., & Erbutto, D., (2018).

Illness perception and job satisfaction in patients suffering from migraine headaches: trait anxiety and depressive symptoms as potential mediators. *Headache*, 0, 1-10.

<https://doi.org/10.1111/head.13461>

Villate, S., Arroyo, J., Bessolo, E., y Crespín, F. (2015). Cefalea y síntomas funcionales. *Revista de*

Neurología, 60(8), 341-344.

6. ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recogida de datos personales y autoinforme sobre existencia de trastorno mental y Cuestionario de calidad de vida WHOQOL - BREF.

DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Por favor, indique si tiene o ha tenido algún diagnóstico de uno o varios de los siguientes trastornos: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastornos de la conducta alimentaria.

Sí tengo o he tenido alguno de estos diagnósticos

No tengo o he tenido ninguno de estos diagnósticos

¡MUCHAS GRACIAS!

**VERSION ESPAÑOLA DEL WHOQOL-BREF.
BARCELONA (CENTRO WHOQOL)**

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Gracias por su ayuda

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a)** o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

GRACIAS POR SU AYUDA

Anexo 2: Modelo de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA REPERCUSIÓN DE LA MIGRAÑA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS.

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Por este documento, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en este estudio, entendiendo que proporcionaré información personal sobre aspectos relacionados con mi salud mediante autoinforme y realizaré un cuestionario estandarizado de calidad de vida. Entiendo que la información que aporte será totalmente confidencial y que tengo la posibilidad de no responder a aquello que no considere oportuno. Mi participación en la investigación no conlleva ningún tipo de beneficio ni de compensación económica, aparte de saber que va a contribuir a comprender mejor la repercusión que tiene la migraña en la calidad de vida de las personas que la padecen. No existe además ningún riesgo significativo derivado de mi participación en la investigación. Si la información solicitada o cualquiera de las preguntas del cuestionario me produjeran algún tipo de malestar, se aplicarían los recursos disponibles para aliviar el mismo en la medida de las posibilidades.

He sido informado/a de que la responsable de la investigación responderá a cualquiera de mis preguntas o dudas sobre la finalidad y los objetivos del estudio, pero que ciertas cuestiones que pueden afectar a los resultados del mismo no me serán respondidas hasta después de su finalización.

He sido informado/a y comprendo que el estudio no pretende recoger información sobre personas concretas y que en el tratamiento de los datos se mantendrá el anonimato de los participantes, tal y como establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99. Doy mi consentimiento para que los resultados de este estudio puedan ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos por otros medios a la comunidad científica, entendiendo que nunca aparecerá mi nombre, quedando protegida la identidad de los participantes.

He sido informado/a de que cualquier cuestión que me preocupara, puedo plantearla directamente a la responsable de la investigación, Claudia Cendón de la Mata, alumna del Máster Universitario en Psicología



General Sanitaria en la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud de la Universidad Europea de Madrid
(e-mail: claudia.c95@hotmail.com).

He leído y entiendo las explicaciones recogidas en este documento y doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Fecha: _____

Firma del/a participante:

Fdo.: _____

Declaración de la investigadora:

La abajo firmante, responsable de esta investigación, ha presentado la información recogida en este documento al/a participante, le ha preguntado sobre cualquier cuestión o duda al respecto, dando respuesta a las mismas a su mejor entender y ha obtenido su consentimiento.

Firma de la investigadora:

Fdo.: _____

Anexo 3: Características y puntuaciones en las cuatro dimensiones del cuestionario WHOQOL - BREF de los participantes en el estudio.

Los resultados en las cuatro dimensiones del cuestionario no vienen reflejados a través de sus puntuaciones directas, sino que se han transformado, en una escala de puntuaciones del 4 al 20, siguiendo la tabla de equivalencia aportada por el propio manual del test.

Sujetos	Sexo	Presencia Migraña	Salud Física	Salud Psicológica	Rel. Sociales	Medio Ambiente	Trastorno	Edad
1	V	No	19	15	13	15	No	35
2	V	No	17	14	19	17	No	59
3	V	No	19	15	17	17	No	57
4	M	No	15	14	16	14	No	48
5	V	Sí	11	11	9	15	No	38
6	V	Sí	10	12	12	12	No	26
7	V	Sí	13	12	12	16	No	22
8	M	Sí	15	17	16	17	No	43
9	V	Sí	13	15	11	12	No	58
10	M	Sí	12	15	13	15	No	55
11	M	Sí	8	10	8	12	Sí	34

12	M	Sí	10	11	12	14	Sí	48
13	V	No	18	15	19	18	No	56
14	M	Sí	18	17	20	20	No	24
15	M	Sí	7	12	8	11	Sí	24
16	M	Sí	13	14	16	14	Sí	24
17	M	Sí	9	10	9	15	Sí	52
18	V	Sí	7	9	9	12	No	52
19	V	Sí	13	13	15	14	No	46
20	M	Sí	10	9	13	13	Sí	46
21	V	Sí	12	12	13	13	No	43
22	M	Sí	11	10	15	13	Sí	26
23	M	Sí	10	9	12	12	No	35
24	V	Sí	13	14	16	13	No	39
25	M	Sí	11	8	11	11	Sí	36
26	M	Sí	15	13	20	15	No	23
27	M	No	17	16	16	16	No	38
28	M	No	18	15	16	18	No	24

29	M	No	17	16	16	17	No	50
30	M	No	17	14	12	16	No	49
31	M	No	12	13	16	15	No	47
32	M	No	12	11	9	14	No	51
33	M	No	19	17	20	17	No	44
34	M	No	15	13	17	14	No	43
35	V	No	15	12	13	15	No	40
36	M	No	19	18	20	18	No	38
37	V	No	11	9	11	13	Sí	36
38	M	No	19	19	20	18	No	35
39	V	No	16	16	17	15	No	34
40	M	No	18	17	20	16	No	27
41	M	No	14	15	13	14	No	24
42	M	No	17	16	16	17	No	32
43	V	Sí	9	13	12	13	No	23
44	M	No	15	15	10	19	No	26
45	V	No	18	14	16	14	No	33

46	V	No	13	9	15	11	Sí	52
47	V	Sí	10	11	16	16	Sí	22
48	V	Sí	17	15	15	17	No	21
49	V	No	18	17	19	18	No	24
50	V	Sí	14	15	11	13	No	31
51	V	Sí	7	9	9	11	No	58
52	V	Sí	16	15	16	13	No	53
53	V	No	15	14	16	17	No	26
54	V	No	18	19	16	15	No	29
55	V	No	19	18	20	19	No	31
56	M	Sí	9	11	13	13	No	50
57	M	Sí	14	13	13	16	No	55
58	V	No	17	15	9	13	No	52
59	V	No	15	14	13	14	No	41
60	V	Sí	14	13	12	15	No	60
