

---

 ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN
 

---

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE CEFALEAS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

---

## EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF HEADACHE IN SPANISH UNIVERSITY POPULATION

---

REBECA PARDO CEBRIÁN<sup>1</sup>, TATIANA FERNÁNDEZ-MARCOS, TERESA LOZANO HERRERA.  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, MADRID – ESPAÑA

FECHA RECEPCIÓN: 27/12/2016 • FECHA ACEPTACIÓN: 22/5/2017

Para citar este artículo: Pardo-Cebrián, R., Fernández-Marcos, T., & Lozano Herrera, T. (2017). Estudio epidemiológico sobre cefaleas en población universitaria española. *Psychologia*, 11(2), 13-27. doi: 10.21500/19002386.2785

### Resumen

Las cefaleas representan un problema socio-sanitario de grandes dimensiones dada su elevada prevalencia a nivel mundial y las importantes implicaciones que tiene en la calidad de vida. El estrés es un factor esencial en el desarrollo y mantenimiento de las cefaleas, problema que se presenta con frecuencia en estudiantes universitarios. En este estudio se analizan la prevalencia, frecuencia, duración, intensidad, diagnóstico, medicación y distribución de las cefaleas así como otras características epidemiológicas relacionadas con la incapacidad percibida y las estrategias de afrontamiento. Una muestra de 458 participantes compuesta por 306 estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y 152 personas ajenas a dicha universidad, completaron la *Encuesta epidemiológica de cefaleas online*, creada ad hoc para este estudio. Se encontró un elevado porcentaje de personas que presentan cefaleas frecuentemente (entre 5 y 20 veces al mes) y no están diagnosticadas (63,2%). Se comparan los resultados con datos obtenidos en otras poblaciones y se discute su impacto e implicaciones. Se resalta la necesidad de implementar programas de prevención y tratamiento psicológicos y multidisciplinarios.

*Palabras clave:* epidemiología; cefaleas; estrés; estudiantes universitarios

---

1 Centro de Psicología Aplicada. C/ Einstein 13. Pabellón C. 28049 - Cantoblanco (Madrid). Email: rebeca.pardocebrian@gmail.com. Teléfonos: 91 4978687 y +346.693.47728

## Abstract

Headaches represent a major socio-sanitary problem due to its high global prevalence and the important implications that they have on quality of life. Stress is an essential factor in the development and maintenance of headaches, a problem frequently encountered in university students. This study analyzes the prevalence, frequency, duration, intensity, diagnosis, medication and distribution of headaches as well as other epidemiological characteristics related to perceived disability and coping strategies. A sample of 458 participants formed by 306 students from the Autonomía University of Madrid (UAM) and 152 people not related to that university completed the “Online Headaches Epidemiological Inquest” created ad hoc for this study. We found a high percentage of people who presented headaches frequently (between 5 and 20 times per month) and were not diagnosed (63.2%). The results are compared with data obtained from other populations and their impact and implications are discussed. The need to implement psychological and multidisciplinary prevention and treatment programs is highlighted. *Keywords:* epidemiology; headaches; stress; university students

## Introducción

Las cefaleas representan un problema de salud pública significativo, tanto por el elevado gasto sanitario que producen como por el impacto en la calidad de vida de las personas que las padecen. El atlas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre dolores de cabeza indica que, a nivel mundial, entre el 50% y el 75% de la población adulta entre 18 y 65 años sufre algún tipo de dolor de cabeza por año. Con respecto a su frecuencia, entre un 1,7% y un 4% de la población adulta tiene dolores de cabeza, al menos, cada 15 días al mes. Aunque existen variaciones territoriales, las cefaleas son un problema mundial que atañe a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas (OMS, 2011).

Existen diferentes tipos de cefaleas con características, incidencia y prevalencia distintas. En función del

origen las cefaleas, estas se clasifican en primarias, en las que se descarta que el dolor pudiera ser un síntoma de otra enfermedad conocida o secundarias, siendo el dolor de cabeza consecuencia de otra enfermedad o alteración. Entre las principales cefaleas primarias se encuentran: la migraña, la cefalea tensional y las cefaleas trigémino-autonómicas (Belvís, Mas, y Roig, 2015). De todas las cefaleas primarias, la cefalea tensional y la migraña son los trastornos más prevalentes en la humanidad. La prevalencia media global de las cefaleas tensionales en población adulta es del 42%, la de la migraña es del 10%. Con respecto a la distribución en función del sexo, tanto la migraña como la cefalea tensional es mayor en mujeres (OMS, 2011). En cuanto a las cefaleas secundarias, cabe destacar el dolor de cabeza por uso excesivo de medicamentos, pues es el más frecuente de todos los otros dolores de cabeza secundarios, un trastorno iatrogénico que afecta a más del 1% de la población (OMS, 2011).

El impacto de las cefaleas en la población es de grandes dimensiones; por una parte, las cefaleas suponen un elevado coste financiero para la sociedad debido al absentismo laboral, el alto consumo de medicamentos que suponen y el número de consultas médicas (OMS, 2011; Steiner et al., 2014). Es una enfermedad que afecta en la edad más productiva del individuo, en el caso de la migraña, el mayor pico de prevalencia se presenta de los 35 a los 40 años (Zavala y Saravia, 2003). El coste que suponen las cefaleas es difícil de calcular, pero existen algunos datos: en países desarrollados como Estados Unidos, se calcula que por concepto de cefalea se pierden al año unos veinte millones de dólares por hora, de los cuales 13 millones corresponden a cuadros de migraña. Estas cifras no incluyen las pérdidas que se producen en el trabajo doméstico, el impacto en la familia y el impacto personal que sufre el paciente que padece dicha enfermedad (Pal, Delgado, Mendoza, y Fernández, 2008). Por otra parte, si atendemos a variables relacionadas con la salud y la calidad de vida de las personas con cefaleas, encontramos que el dolor de cabeza puede adquirir una forma grave que puede ser incapacitante y adquirir una condición crónica. En un estudio mundial sobre la carga de morbilidad, la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad; colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa (OMS, 2013). Se ha estudiado que el dolor afecta a la realización

de las actividades de la vida diaria, reduciendo la capacidad de realizar acciones como: caminar, hacer ejercicio, hacer tareas domésticas, conducir, trabajar (fuera de casa), mantener relaciones con amigos y familiares, mantener un estilo de vida independiente y tener relaciones sexuales (Dureja et al., 2014). Los datos recogidos a través de la Encuesta Nacional de Salud en España en el año 2012, al analizar la dimensión de la calidad de vida, encuentran que el área que presenta problemas con mayor frecuencia es el dolor. El dolor o malestar afecta al 24,8% de la población de 15 años en adelante, de entre los cuáles, el 3,9% sufre dolor fuerte o extremo (Encuesta Nacional de Salud en España, 2011-2012). Los episodios repetidos de dolor y el temor a que aparezca la próxima crisis influyen en la vida familiar, social y laboral de quienes lo padecen. El esfuerzo a largo plazo de hacer frente al dolor, y a una cefalea crónica, en particular, también puede influir en el desarrollo de otros problemas biopsicosociales e indudablemente, afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen (OMS, 2011).

En lo que respecta al abordaje del dolor, durante décadas, este fue conceptualizado desde el modelo biomédico de forma unidireccional, como un fenómeno únicamente fisiológico. Melzack y Wall en 1965 introdujeron la *Teoría de la puerta* para explicar cómo las vías ascendentes a nivel espinal, poseían mecanismos para modular y filtrar la señal de dolor. Posteriormente, se fue completando esta teoría con una mayor identificación anatómica y funcional de las vías ascendentes del dolor de la médula espinal a la corteza cerebral, entendiendo el dolor como un proceso dinámico que implicaba interacciones continuas entre sistemas ascendentes y descendentes complejos. En el proceso de dolor, una lesión produce señales neurales que entran en un sistema nervioso activo (producto de una historia de aprendizaje en la que interaccionan factores ambientales y personales). Estos procesos cerebrales participan activamente en la selección, abstracción y síntesis de la información de la entrada sensorial. Esta teoría de la neuromatriz explica el dolor como una experiencia compleja e influida por la interacción de diversos factores. Estas influencias van desde la arquitectura sináptica existente de la neuromatriz, que está determinada por factores genéticos y sensoriales, hasta influencias del interior del organismo y de otras áreas del cerebro (Melzack y Katz, 2013). De

esta forma, los modelos teóricos sobre el funcionamiento del dolor han ido progresando hasta explicar el dolor como un fenómeno multidimensional en el que los componentes psicológicos tienen un papel esencial en la percepción y modulación del mismo (Miró, 2003). Tal y como se ha demostrado sistemáticamente en diversos estudios científicos, existe una interacción entre el aprendizaje emocional y el dolor crónico, lo que sugiere que han de tenerse en cuenta en el tratamiento del dolor enfoques biopsicológicos (Bussone, Grazi, y Panerai, 2012). Si atendemos al modelo explicativo de las cefaleas primarias, estas han sido conceptualizadas en el contexto médico en el ámbito de las enfermedades psicosomáticas. En la década de 1970, en el ámbito de la psicología se consolidó un modelo relativamente complejo que explicaba el dolor como una reacción sostenida al estrés debida a un fallo homeostático de la respuesta del organismo. Surgió a raíz de los estudios sobre biofeedback del control de respuestas controladas automáticamente de manera no consciente (temperatura corporal, tensión muscular, sudoración, etc.). Dicho modelo explicaba cómo se desarrollaba la cronificación del dolor de cabeza. En primer lugar, la respuesta a pequeños estímulos aumentaba hasta niveles similares a los provocados por estímulos aversivos (aprendizaje por condicionamiento) de manera que la respuesta de dolor no solo respondía a estímulos amenazantes sino a todo tipo de estímulos que potencialmente pudieran serlo. En segundo lugar, la alta frecuencia de la respuesta de estrés llevaba a un fallo homeostático por incapacidad del sistema para retornar la respuesta fisiológica a valores normales. En el caso de las cefaleas tensionales, la respuesta inicial al estrés era la tensión muscular en los músculos de la cabeza y cuello. Tensar dichos músculos por un breve tiempo no producía dolor pero, si se producían respuestas de tensión frecuentemente, el sistema no lograba reducir la tensión y, finalmente, se produciría un intenso dolor de cabeza. Una vez iniciado el dolor este seguía su propio curso por un tiempo antes de reducirse con independencia del nivel de estrés en el momento de dolor (Cardona y Santacreu, 1984).

Tradicionalmente, el modelo explicativo de las cefaleas tenía en cuenta principalmente la perspectiva fisiológica, atribuyendo el dolor a la tensión o inflamación periférica de ciertas estructuras del cráneo; en el caso de

la migraña se debía a una disfunción vascular y en el caso de las cefaleas tensionales a una disfunción muscular. Sin embargo, estos parámetros periféricos no explicaban de forma completa las cefaleas y se comenzó a investigar una etiología central relacionada con el sistema de modulación endógeno del dolor (Cano, 2001). Estas nuevas teorías partían del supuesto de que el organismo funciona como un todo, respondiendo a las exigencias del medio, entendiendo que el dolor de cabeza está relacionado con la forma en que el sujeto interacciona con el medio: con su percepción, sus reacciones y respuestas y, en consecuencia, de esta interacción con el medio, el sujeto alteraba su homeostasis (Labrador y de la Fuente, 1988). Este modelo psicobiológico siguió evolucionando al estudiar el efecto de otros factores precipitantes físicos, hormonales, ambientales, sociales o emocionales, así como la influencia de la predisposición genética. Atendiendo a los factores psicológicos que tienen un mayor peso en estas cefaleas, existe consenso en señalar el estrés como el principal factor desencadenante, que además, puede actuar como factor predisponente, puede acelerar la cronificación de la cefalea y exacerbar los episodios de dolor (Britton, 2012; Buse y Lipton, 2015; González y Vives, 2015; Kikuchi, Yoshiuchi, Ando, y Yamamoto, 2015, entre otros).

Una población especialmente vulnerable al estrés es la población universitaria concretamente; la salud mental de los estudiantes universitarios es un área de creciente preocupación en todo el mundo, pues la alta prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés encontrada en diversas investigaciones es alarmante (Bayram y Bilgel, 2008). En lo que al estrés se refiere, los trabajos existentes en la literatura han mostrado índices más notables de estrés en las poblaciones universitarias que en otras poblaciones (Buonanotte, Fernández, y Enders, 2008). La alta prevalencia de cefaleas en población universitaria ha sido constatada en diversos países (Bigal, Bigal, Betti, Bordini, y Speciali, 2001; Kurt y Kaplan, 2008), mostrando, además, una potente relación entre estas y el estrés y señalando cómo el dolor recurrente altera el rendimiento académico afecta al rendimiento en tareas cognitivas (Gil-Gouveia, Oliveira, y Martins, 2015), altera el estado de ánimo y motiva el absentismo (Combes, Sarubbi de Rearte, Castaldo, y Chirre, 2014). En la población española, un estudio realizado por Sánchez y Hernández (1992), encontró que el 40,5% de los

universitarios padecía, al menos, un episodio de dolor de cabeza a la semana. También, tal y como señala en un reciente estudio Wang et al. (2016), los estudiantes universitarios representan una población especialmente útil para el estudio de la prevalencia de los dolores de cabeza, tales como la migraña, sobre todo porque los factores psicológicos y físicos que pueden provocar la migraña son más comunes entre los estudiantes.

En resumen, los datos aportados por numerosos estudios muestran una importante relación entre el estrés y las cefaleas en la población universitaria, lo que impacta en su rendimiento académico, salud y calidad de vida (Combes et al., 2014). Dada esta mayor vulnerabilidad de los estudiantes universitarios al dolor de cabeza, en el presente estudio se plantea conocer las características de las cefaleas en una muestra de estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y se comparan con una muestra de personas ajenas a dicha universidad. Por una parte, se pretenden estudiar las características clínicas epidemiológicas de las cefaleas (prevalencia, frecuencia, intensidad, duración, distribución por sexo, diagnóstico, medicación) y por otra, características relacionadas con el afrontamiento de las cefaleas y su afectación en la calidad de vida (estrategias de afrontamiento, incapacidad percibida e interferencia en la vida diaria).

## Método

### Participantes

Se contó con una muestra de 458 participantes, compuesta por un 77.3% de mujeres y un 22.7% de hombres, siendo la media de edad de 26.19 años ( $DE = 8.45$ ; rango: 18-65 años). La participación en el estudio fue voluntaria. La técnica de muestreo empleada fue de conveniencia, muestreo no probabilístico. La encuesta de cefaleas se difundió entre los estudiantes universitarios mediante el correo electrónico institucional de la UAM y también se puso a disposición de toda la población a través de las redes sociales del Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la UAM: *Facebook* y  *Blogger*. La muestra obtenida estaba compuesta por un 66.8% de estudiantes de la UAM y un 33.2% de personas ajenas a la universidad, que completaron la encuesta. Se trata de un estudio con metodología de encuesta, descriptivo, transversal y retrospectivo.

### Variables e instrumentos

La *Encuesta online de cefaleas*, creada ad hoc para este estudio, de carácter anónimo y auto-administrado, mide las siguientes variables: (a) *características clínicas epidemiológicas de las cefaleas* (prevalencia, frecuencia, intensidad, duración, distribución por sexo, diagnóstico, uso de medicación) y (b) *características relacionadas con el afrontamiento de las cefaleas y su afectación a la calidad de vida* (estrategias de afrontamiento, incapacidad percibida e interferencia en la vida diaria).

La encuesta se compone de 13 preguntas; las preguntas que van del 1 al 9 exploran características clínicas epidemiológicas de las cefaleas. Las preguntas 1 y 2 evalúan la frecuencia anual y mensual de las cefaleas; las preguntas 3, 4 y 5 la intensidad del dolor y la duración de las cefaleas. Dos preguntas (6 y 7) son destinadas a conocer si existe un diagnóstico. La pregunta 8 evalúa el uso que se hace de la medicación para afrontar el problema y la pregunta 9 tiene como objetivo conocer el grado en que se considera que el tratamiento farmacológico les funcionaba. Las preguntas 10, 11, 12 y 13 se dirigen a explorar características relacionadas con el afrontamiento de las cefaleas y su afectación en la calidad de vida: las preguntas 10 y 11 evalúan la interferencia que supone el dolor en las actividades de la vida diaria; la pregunta 12 mide las estrategias que suelen utilizar para reducir el dolor de cabeza y la incapacidad percibida se evaluó mediante la pregunta 13. El formato de respuesta era múltiple: algunas preguntas tenían una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 menor puntuación y 5 máxima), otras preguntas eran de opción binaria, en algunas solo podía marcarse una opción y finalmente, una pregunta era de elección múltiple y, a su vez, había que marcar ordenación. Así mismo, se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad y si eran estudiantes de la UAM o no lo eran). Para un análisis completo de la encuesta puede consultarse el Apéndice 1.

### Procedimiento

El procedimiento constó de las siguientes fases:

- 1) Planteamiento del estudio de investigación, objetivos, metodología y cronograma.
- 2) Diseño y elaboración de la encuesta. El objetivo era diseñar un cuestionario breve y de fácil cumplimentación para la evaluación de las cefaleas, para obtener

así, un número significativo de respuestas con una baja inversión de recursos, empleando una metodología ya desarrollada en años anteriores por el CPA para la evaluación epidemiológica de aspectos psicológicos y de la salud en formato online. En primer lugar, tres psicólogos con formación y experiencia clínica realizaron una búsqueda bibliográfica sobre el objeto de estudio e hicieron una primera propuesta de las áreas a evaluar de acuerdo a los aspectos más relevantes de la literatura científica y de otros cuestionarios ya existentes, hasta obtener un primer borrador. Después, se procedió a la validación de expertos, se presentó el borrador a un psicólogo con amplia experiencia en evaluación psicológica y en el tratamiento psicológico de las cefaleas, obteniendo así la versión definitiva. Finalmente, la encuesta fue informatizada mediante la tecnología de *Qualtrics* (Snow y Mann, 2013).

3) Difusión de la encuesta mediante el correo electrónico institucional (para acceder a los estudiantes universitarios) y las redes sociales del CPA de la UAM (para ponerla a disposición de toda la población).

4) Análisis de los datos. Transcurridos dos meses desde la difusión de la encuesta, cuando la frecuencia de cumplimentación de la encuesta fue inferior a 3 respuestas por semana, se procedió a analizar los datos recabados mediante la herramienta informática SPSS en su versión 17. Dado que las variables son ordinales y la muestra no es aleatoria, las comparaciones entre universitarios y no universitarios, así como entre hombres y mujeres, se realizaron mediante la prueba *U de Mann-Whitney* para muestras independientes (Pardo y San Martín, 2015).

## Resultados

En primer lugar, se quiso conocer las *características clínicas epidemiológicas de las cefaleas* (prevalencia, frecuencia, intensidad, duración, distribución por sexo, diagnóstico, uso de medicación). Se analizó la prevalencia de cefaleas en estudiantes de la UAM y se comparó con la población que no procedía de dicha universidad. Las preguntas *¿con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el último año?* y *¿con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el último mes?* se respondieron mediante escalas Likert de 1 a 5 (1=Ninguna; 5=más de 20 veces). El grupo de *estudiantes de la UAM*, en comparación con *personas ajenas a la UAM*, presentó una

frecuencia significativamente superior de episodios de dolor de cabeza al año (U Mann Whitney:  $z = -2.706$ ,  $p = .007$ ) y al mes (U Mann Whitney:  $z = -2.019$ ,  $p = .043$ ). En la Figura 1 se presenta el porcentaje de dolor de cabeza en el último mes en estudiantes universitarios y «personas ajenas a la UAM».

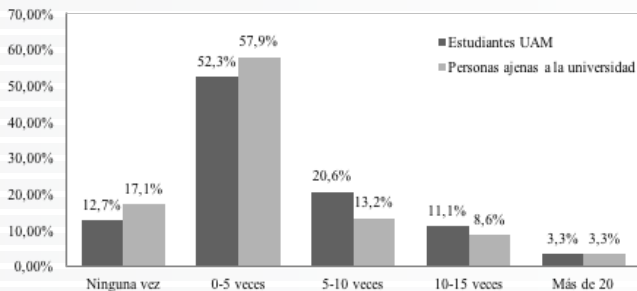


Figura 1. Frecuencia de dolor de cabeza en el último mes en estudiantes universitarios y en personas ajenas a la universidad.

La intensidad máxima y la intensidad mínima se evaluaron mediante escalas Likert de 1 a 5 (1 = Mínimo dolor; 5 = Máximo dolor). No se encontraron diferencias significativas entre universitarios y personas ajenas a la UAM en intensidad máxima de dolor experimentado en el último mes (U Mann Whitney:  $z = -1,232$ ,  $p = 0,218$ ) y tampoco con respecto a la intensidad mínima experimentada en el último mes (U Mann Whitney:  $z = -1,611$ ,  $p = .107$ ).

La duración de los episodios de dolor se evaluó mediante una escala Likert 1-5 (1 = Menos de una hora; 5 = más de un día). No se encontraron diferencias significativas entre universitarios y personas ajenas a la UAM con respecto a la duración habitual de sus episodios de dolor. Para ambos grupos, la duración de dolor más frecuente fue entre dos y cuatro horas (27.2% de los universitarios y 31.5% de las personas que no pertenecían a la UAM).

La frecuencia de cefaleas en función del sexo se analizó comparando las respuestas de hombres y mujeres a la pregunta ¿con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el último mes?, mediante una escala Likert 1-5 (1 = Ninguna vez; 5 = Más de 20). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de *hombres* y

*mujeres* con una frecuencia mayor de cefaleas en mujeres tanto en la muestra de estudiantes universitarios (U Mann Whitney:  $z = -2.129$ ,  $p = .033$ ), como en la de población universitaria (U Mann Whitney:  $z = -2.495$ ,  $p = .013$ ). La Figura 2 muestra la frecuencia de dolor de cabeza en el último mes en hombres y mujeres del total de la muestra.

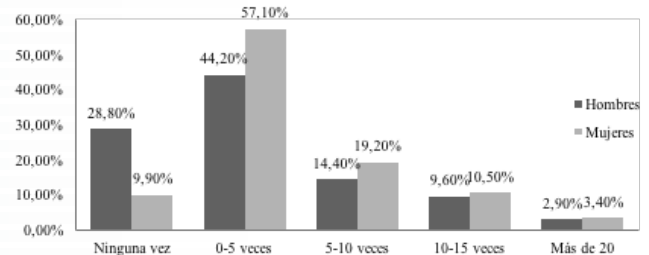


Figura 2. Frecuencia de dolor de cabeza en el último mes en hombres y mujeres.

Con el objetivo de conocer la tasa de personas con cefaleas que fueron sido diagnosticadas por un médico y el uso que hacían de medicación farmacológica, se seleccionó a las personas que habían indicado una frecuencia superior a cinco veces en la variable *frecuencia de dolor de cabeza en el último mes* ( $n = 145$ ). La Figura 3 muestra el diagnóstico de cefaleas en porcentajes y la Figura 4 representa el uso de fármacos en porcentajes.

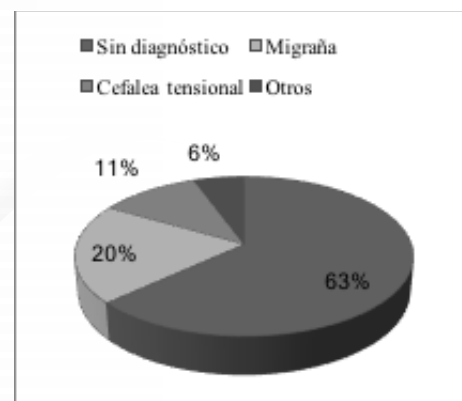


Figura 3. Diagnóstico de cefaleas en personas con cefaleas



Figura 4. Uso de fármacos en personas con cefaleas

Además, se encontró que, entre las personas con frecuencia de cefaleas al mes, superior a cinco y que no presentaban un diagnóstico (n=91), el 73.6% toma «fármacos auto-administrados, el 18.7% no toma fármacos y el 7.7% toman fármacos pautados por un médico». Por otro lado, a los que presentaban cefaleas más de cinco veces al mes y tomaban fármacos se les preguntó ¿en qué medida consideras que tu tratamiento farmacológico funciona? y se encontró que el 58,9% considera que les funciona bien o muy bien, frente al 19.7% que considera que no les funciona o les funciona muy poco. En segundo lugar, se quiso conocer algunas *características relacionadas con el afrontamiento de las cefaleas y su afectación en la calidad de vida* (estrategias de afrontamiento, incapacidad percibida e interferencia en la vida diaria). Se analizaron las *estrategias* más utilizadas para afrontar el dolor entre los participantes que presentaban cefaleas más de cinco veces al mes (n=145). En la Tabla 1 se detallan las frecuencias de cada una de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Tabla 1. Porcentaje de uso de diferentes estrategias de afrontamiento por personas con una frecuencia de dolor de cabeza media y alta.

Estrategias	Porcentaje
Reposar o descansar	82.1%
Tomar medicación	73.1%
Evitar estimulación	63.4%
Presionar la zona del dolor	49.7%
Hablar a alguien del dolor que siento	14.5%
Evitar el contacto con otras personas	13.8%
Otras	7.6%
Ninguna	5.5%

A la pregunta ¿en qué medida te sientes incapacitado/a por culpa del dolor?, se contestó mediante una escala Likert 1-5 (1=Nada incapacitado; 5=Totalmente incapacitado). La Figura 5 recoge el grado de incapacidad percibido por aquellas personas que presentaban cefaleas más de cinco veces al mes.



Figura 5. Incapacidad percibida a causa de las cefaleas.

A continuación, se analiza el grado de interferencia en la vida diaria entre los participantes que presentaban cefaleas más de cinco veces al mes (n=145). La pregunta ¿cuántos días has faltado al trabajo o a clase en el último mes debido al dolor de cabeza? se contestó

mediante una escala Likert 1-4 (1=Nunca; 4=Entre 5 y 10 días) y las respuestas dadas por los participantes se presentan en la Figura 6. La pregunta ¿cuántos días te has perdido actividades familiares, sociales y de ocio en el último mes debido al dolor de cabeza? se contestó mediante una escala Likert 1-5 (1=Nunca; 5=Más de 10 días) y las respuestas se muestran en la Figura 7.

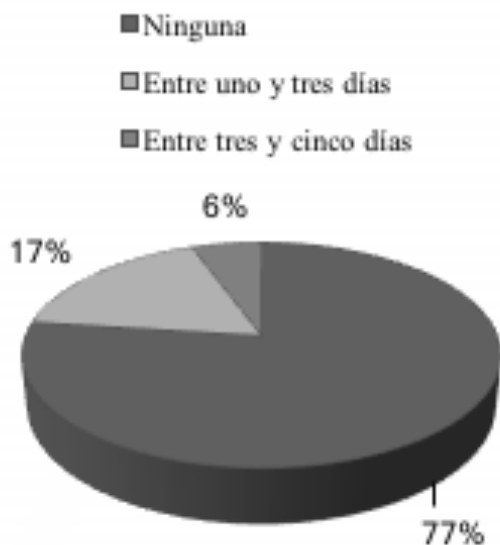


Figura 6. Faltas a clase/trabajo en el último mes debido a cefaleas.



Figura 7. Actividades sociales/familiares/de ocio, perdidas en el último mes debido a cefaleas.

## Discusión

El presente estudio pretendía aportar información valiosa sobre el impacto de un problema de salud significativo en la sociedad, en una población especialmente vulnerable al estrés, como son los estudiantes universitarios, para así evaluar su impacto y posibilitar tratamientos adecuados. Se Halló una elevada prevalencia de episodios de dolor tanto en población universitaria como en población no universitaria, una frecuencia de cefaleas mayor en mujeres, un elevado número de personas con cefaleas sin ser diagnosticadas, un alto número de personas que presentaban dolores de cabeza y se auto medicación. También, se encontró que las cefaleas provocaban una interferencia en la vida diaria de las personas que las padecen. En general, los resultados hallados en este estudio epidemiológico son consistentes con los encontrados en la investigación epidemiológica, tanto nacional como internacional, sobre cefaleas en lo que se refiere a la prevalencia, distribución, tratamiento del problema y discapacidad (Ferrante et al., 2013; Jensen y Stovner, 2008; Wang et al., 2016; OMS, 2011).

Con respecto a la prevalencia de las cefaleas en las distintas poblaciones estudiadas, los resultados obtenidos muestran una prevalencia significativamente mayor en los estudiantes universitarios que en las personas ajenas a la UAM. La frecuencia con la que población universitaria padece dolor de cabeza (el 52.3% entre cero y cinco veces al mes y el 20.6% entre cinco y diez veces/ mes) es similar, incluso algo superior, a lo encontrado en otros estudios realizados en España con población universitaria. En el estudio de Sánchez y Hernández en 1992, se encontró que el 40.5% de esta población padecía, al menos, un episodio de dolor de cabeza a la semana. No obstante, es importante reseñar, tal y como indican estos mismos autores, que la comparación de la prevalencia de todos los tipos de cefaleas es poco precisa en ocasiones, dado que su presencia es cuantificada de forma muy variable, es una problemática muy heterogénea con múltiples formas de presentación y la fiabilidad de los métodos de recogida de información que suelen emplearse es limitada. En un reciente estudio meta-analítico sobre migrañas en estudiantes universitarios, en el que se tuvieron en cuenta 56 artículos científicos y más de 34.000 sujetos, se encontró que prevalencia de la migraña en los



estudiantes universitarios era 16.1%; no obstante, los resultados son altamente heterogéneos, aunque de todos ellos se concluye que la migraña es más prevalente en estudiantes universitarios (Wang et al., 2016). Tal y como se aludió en la introducción del artículo, este dato podría explicarse si se tienen en cuenta las consecuencias que puede conllevar el estrés académico en los estudiantes a partir de las demandas que exige el ámbito universitario. En los últimos años, se ha mostrado la existencia de índices elevados de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando niveles más altos en estudiantes de primeros cursos y períodos de exámenes (Tüzün, Eker, Karaduman, y Bayramoğlu, 2013). En este sentido, sería deseable elaborar programas de prevención de las cefaleas en el contexto universitario, teniendo en cuenta todos los componentes que causan o precipitan los dolores de cabeza, con el fin de reducir la frecuencia de las mismas y contribuir a la promoción de la salud de la comunidad universitaria.

En cuanto a la distribución de las cefaleas por sexo, son las mujeres quienes padecen dolor de cabeza con mayor frecuencia. De nuevo, los datos hallados coinciden con los encontrados en otros estudios epidemiológicos tanto a nivel nacional, como europeo y mundial (Sánchez y Hernández, 1992; Steiner et al., 2014; Wang et al., 2016; OMS, 2011). La literatura sugiere que la mayoría de las afecciones crónicas del dolor (no canceroso) son más comunes en las mujeres y empeoran especialmente durante los años reproductivos. De esta forma, los cambios en los niveles hormonales pueden desempeñar un papel importante en la modulación de la gravedad de las condiciones del dolor (Hassan, Muere, y Einstein, 2014). En lo que respecta a la migraña en particular, existe una estrecha relación entre esta y las hormonas sexuales femeninas. La incidencia de la migraña es igual en ambos sexos antes de la pubertad, pero es tres veces más frecuente en las mujeres tras la primera menstruación: el 25% de las mujeres en edad reproductiva sufre migraña frente al 8% de los hombres. Además, la mayoría de las mujeres migrañosas sufren un aumento de sus crisis durante la menstruación (Raña, 2008).

Un escaso número de personas (36.8%) que padecen niveles medios de cefaleas (entre 1 y 5 al mes) habían sido diagnosticadas por un médico, de entre aquellos que no habían sido diagnosticados, la mayor parte se autome-

dica (73.6%). Este elevado número de personas con episodios de dolor que no son diagnosticadas y que toman fármacos sin que hayan sido pautados por un médico, es un dato relevante, pero a su vez, poco sorprendente si atendemos a los estudios epidemiológicos sobre cefaleas en otros países, pues los datos encontrados en este estudio coinciden con los hallados a nivel mundial. En el informe de la Organización Mundial de la Salud, se advirtió que solo una minoría de los afectados por los dolores de cabeza accede a un diagnóstico profesional y que, a su vez, este infradiagnóstico lleva consigo un problema en el tratamiento, pues la mitad de los afectados se automedica (OMS, 2011). Datos sobre EE.UU. y Reino Unido, muestran cómo solo el 50% de los sujetos con migraña había consultado a un médico y solo dos tercios fueron diagnosticados correctamente. La automedicación puede llevar consigo el abuso de la misma, que a su vez puede conllevar una cefalea secundaria: la cefalea por abuso de medicación, problema caracterizado por la adicción a fármacos para el dolor que, a su vez, cronifica el propio dolor de cabeza (Katsarava y Obermann, 2013). Además de no recibir un tratamiento adecuado, gran parte de las personas que sufren cefaleas, la mayoría también desconoce la existencia de tratamientos preventivos (Giaccone, Baratta, Allais, y Brusa 2014). En un estudio con más de 100 participantes con dolor de cabeza crónico que abusaban de la medicación, se comprobó cómo tras realizar una breve intervención informativa sobre el abuso de los medicamentos, se consiguió reducir el abuso de fármacos (Grande, Aaseth, Benth, Lundqvist, y Russell 2011). Todos estos datos ponen de manifiesto, una vez más, la necesidad de mejorar la atención sanitaria a las cefaleas, tanto en un nivel preventivo como de intervención, pues se constata que con pequeñas y sencillas intervenciones, que se consiguen mejorías en las personas que padecen dolores de cabeza.

Las cefaleas provocan claras interferencias en la vida diaria de quienes las padecen, según nuestros datos, el 17.4% de quienes padecen dolor de cabeza entre 5 y 20 veces al mes, se sienten muy incapacitados, el 39.6% ha perdido entre 1 y 3 actividades sociales, familiares o de ocio al mes, a causa de las cefaleas. En multitud de estudios sobre cefaleas, se han encontrado datos similares y se ha señalado la discapacidad que estas pueden llegar a generar: a nivel mundial, la migraña representa

la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad (OMS, 2013); se ha evidenciado que las cefaleas pueden provocar la pérdida de días de trabajo y de asistencia a la escuela, pueden suponer la reducción de la productividad en las funciones laborales e incluso la pérdida en actividades no laborales (Fernández y Canuet, 2003; Stovner et al., 2007; Zebenholzer, 2015). Específicamente, en lo que respecta al trabajo, se ha estimado que en España las cefaleas mixtas (tensional y migraña) suponen un total de 74.119 jornadas naturales perdidas por incapacidad temporal (Herrero, García, Iñiguez, y García, 2014). La pérdida de productividad laboral, la pérdida de actividades sociales y de ocio son elementos importantes, pero, las cefaleas tienen aún un impacto mayor por los problemas psicológicos que provocan. Se ha encontrado que la depresión es tres veces más común en las personas con migraña o dolores de cabeza severos, que en los individuos sin dichos dolores (OMS, 2011) y que las personas con migrañas crónicas presentan problemas de ansiedad y depresión que afectan a su calidad de vida (Zebenholzer et al., 2016). De acuerdo con los autores de este último estudio, estos datos apoyan la idea de que para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida es necesario orientar las intervenciones, no solo con tratamientos farmacológicos, sino con un enfoque integral (terapia conductual, técnicas de relajación, estrategias de afrontamiento, etc.).

En último lugar, un elemento importante que determina cómo una persona se adapta al dolor crónico, se relaciona con las estrategias de afrontamiento que emplea, lo que repercutirá al impacto del mismo y en su calidad de vida (Litt y Tennen, 2015). En este trabajo se encontró que las estrategias más utilizadas por las personas con niveles medios y altos de dolor fueron el reposo o descanso (82.1%), la medicación (73.1%) y la evitación de estimulación: ruidos, sonidos fuertes, luces brillantes, etc., (63.4%). La mayor parte de ellas fueron estrategias de afrontamiento pasivas, que tal y como se ha encontrado en la literatura, los pacientes que las emplean sufren, con mayor frecuencia, una disminución de los niveles de actividad diaria (Ramírez, Esteve, y López, 2008). Los datos hallados coinciden con los de otros estudios que encuentran la ingesta de medicamentos y el descanso son las estrategias de afrontamiento más habituales en personas con dolor de cabeza (Raak y Wahren, 2005).

Los datos expuestos en este trabajo ponen de manifiesto, una vez más, la elevada incidencia de las cefaleas y su impacto en la sociedad, en la salud y en la calidad de vida de quienes las padecen. No obstante, y a pesar de ello, existe un llamativo infradiagnóstico de las mismas, una falta de reconocimiento sanitario y un tratamiento deficitario. Parece existir una tendencia a menospreciar la gravedad de estos problemas, probablemente, porque casi todo el mundo sufre de dolor de cabeza de vez en cuando, por lo que, en muchas ocasiones, no se considera un problema médico (Stovner, Zwart, Hagen, Terwindt, y Pascuale, 2006). Por todo ello, establecer líneas de actuación dirigidas a reducir su prevalencia y los efectos nocivos que provoca, es una actuación esencial. En este sentido, es importante señalar que existen tratamientos eficaces para las cefaleas; según las Guías de Actuación Clínica (NICE, 2012), el enfoque terapéutico debe constar de tres aspectos básicos: información al paciente, tratamiento sintomático y tratamiento preventivo. El tratamiento de las cefaleas incluye la terapia farmacológica y la instauración de estrategias y hábitos comportamentales adecuados. Concretamente, las recomendaciones para la prevención de las cefaleas tensionales señalan: minimizar el estrés, realizar técnicas de relajación y practicar ejercicio físico, entre otras. Cada vez hay más datos que indican que los tratamientos interdisciplinarios del dolor crónico son efectivos (Moix et al., 2004); se consigue reducir el dolor, la discapacidad y mejorar la calidad de vida (Glombiewski, Hartwich-Tersek, y Rief, 2010).

Nuestra investigación presenta varias limitaciones, por lo que las conclusiones han de ser tomadas con cautela. Por una parte, no se dispone de datos psicométricos de la encuesta realizada, hubiese sido deseable realizar un pilotaje de la encuesta con una pequeña muestra antes de su difusión para comprobar el funcionamiento de las preguntas. Por otra parte, con respecto a la técnica de muestreo empleada, la muestra del estudio está compuesta por personas que voluntariamente accedieron a la encuesta de cefaleas, al no tratarse de una muestra seleccionada al azar, es posible que las personas que presentan este problema contestaran a la encuesta en mayor medida que si no tuviesen cefaleas. A su vez, las personas que contestaron fueron en su mayoría mujeres y la muestra no se compone de igual número de hombres y

mujeres, de manera que, para futuras investigaciones, es recomendable mejorar la representatividad de los datos. Así, en futuros estudios, es adecuado homogeneizar la muestra de estudio y ampliar el tamaño de esta. Aunque el número de participantes fue bueno, probablemente se podría haber conseguido una mayor muestra del estudio si se hubiesen realizado más recordatorios de la encuesta. Hubiera sido interesante preguntar a los participantes ajenos a la UAM su país y ciudad de procedencia. Otra limitación está relacionada con la breve longitud de la encuesta, que aunque facilita un mayor número de respuestas, no puede profundizar lo suficiente en algunos aspectos relevantes sobre el dolor de cabeza como lo son la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento. Por último, la metodología empleada, *encuesta online*, tiene una serie de ventajas (por ejemplo: los escasos recursos que requiere) y una serie de inconvenientes. Estos últimos sería bueno controlarlos en la medida de lo posible en futuros estudios, por ejemplo, al difundir la encuesta por redes sociales, se tiene aún menos control de quiénes contestan a la encuesta, sería adecuado limitar las vías de difusión para tener mayor control sobre las respuestas.

No obstante, a pesar de las limitaciones metodológicas señaladas, es importante resaltar que apenas existen diferencias en los resultados hallados a través de la metodología empleada en nuestro estudio *encuesta online abierta* y los resultados de otros estudios con un tipo de diseño metodológico más preciso. Los datos recabados aportan más evidencia sobre un problema de salud de grandes dimensiones y bien investigado pero poco reconocido, que no recibe la atención asistencial que requeriría. Así, los datos permiten justificar, en primer lugar, la importancia de seguir llevando a cabo estudios epidemiológicos que identifiquen las dificultades psicológicas más frecuentes en la población en general y en poblaciones específicas que pudieran ser especialmente vulnerables, como podría ser la población universitaria en el caso de las cefaleas. En segundo lugar, alienta a la creación de medidas asistenciales adecuadas a estas necesidades con el fin de prevenir y promocionar la salud de las personas que padecen estos problemas. La etiología multicausal de las cefaleas dificulta tanto la prevención, como el adecuado tratamiento, pero por otra parte, como se ha descrito, el vasto conocimiento actual sobre la complejidad del dolor, en general, y sobre el funcionamiento de las

cefaleas, en particular, parece que no se ha correspondido con un desarrollo paralelo de los tratamientos para el mismo, por lo que se vislumbra un importante desafío para los profesionales sanitarios: el desarrollo de guías y protocolos de actuación clínica integrales para el correcto manejo de las cefaleas en la población. El presente estudio, de forma modesta, pretende haber contribuido a aportar un mayor conocimiento sobre los problemas de salud en la población universitaria, así como a resaltar la importancia de crear programas de prevención y tratamiento multidisciplinarios en contextos comunitarios para promoción de la salud de la población.

## Referencias

- Bayram, N., y Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(8), 667-672. doi: 10.1007/s00127.008.0345-x
- Belvís, R., Mas, N., y Roig, C. (2015). Novedades en la reciente Clasificación Internacional de las Cefaleas: clasificación ICHD-III beta. *Revista de Neurología*, 60(2), 81-89.
- Bigal, M. E., Bigal, J. M., Betti, M., Bordini, C. A., y Speciali, J. G. (2001). Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 41(7), 710-719. doi: 10.1046/j.1526-4610.2001.041.007710.x
- Britton, C. B. (2012). Stress and headache. En M. Green y P. Muskin, *The Neuropsychiatry of Headache*, 54-62. Cambridge University Press. doi:10.1017/cbo978.113.9206952.007
- Buonanotte, C., Fernández, A., y Enders, J. (2008). Impacto de la migraña en estudiantes universitarios. *Migrâneas cefaléias*, 11(4), 225-228.
- Buse, D. C., y Lipton, R. B. (2015). Primary headache: What's stress got to do with it? *Cephalalgia*, 35(10), 844-849. doi: 10.1177/033.310.2414567382
- Bussone, G., Grazi, L., y Panerai, A. E. (2012). Pain, emotion, headache. *Headache: The Journal of Head*

- and Face Pain, 52(2), 98-101. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02244.x
- Cano, F. J. (2001). *Variables psicológicas implicadas en la migraña y cefalea tensional. Un estudio comparativo con otros trastornos por dolor crónico.* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Sevilla.
- Cardona, A., y Santacreu, J. (1984). Modelos explicativos de las enfermedades psicosomáticas: la dificultad de habituación de la respuesta como factor precipitante. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2(1), 17-37.
- Combes, J., Sarubbi De Rearte, E., Castaldo, R. I., y Chirre, A. E. (2014). Estrés y cefaleas vasculares en estudiantes universitarios. En VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Dureja, G. P., Jain, P. N., Shetty, N., Mandal, S. P., Prabhoo, R., Joshi, M., y Phansalkar, A. A. (2014). Prevalence of chronic pain, impact on daily life, and treatment practices in India. *Pain Practice*, 14(2) E51-E62. doi: 10.1111/papr.12132
- Fernández C., y Canuet, L. (2003). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Revista de Neurología*, 36 (1105), 12.
- Ferrante, T., Manzoni, G. C., Russo, M., Camarda, C., Taga, A., Veronesi, L. y Torelli, P. (2013). Prevalence of tension-type headache in adult general population: The PACE study and review of the literature. *Neurological Sciences*, 34(1) 137-138. doi: 10.1007/s10072.013.1370-4
- Giaccone, M., Baratta, F., Allais, G., y Brusa, P. (2014). Prevention, education and information: the role of the community pharmacist in the management of headaches. *Neurological Sciences*, 35(1), 1-4. doi: 10.1007/s10072.014.1732-6
- Gil-Gouveia, R., Oliveira, A. G., y Martins, I. P. (2015). Assessment of cognitive dysfunction during migraine attacks: a systematic review. *Journal of Neurology*, 262 (3), 654-665. doi: 10.1007/s00415.014.7603-5
- Glombiewski, J. A., Hartwich-Tersek, J., y Rief, W. (2010). Two psychological interventions are effective in severely disabled, chronic back pain patients: A randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (2), 97-107. doi: 10.1007/s12529.009.9070-4
- González, M. L., y Vives, J. F. (2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enfermería Global*, 14 (2), 276-300. doi: 10.6018/eglobal.14.2.194561
- Grande, R. B., Aaseth, K., Benth, J. Š., Lundqvist, C., y Russell, M. B. (2011). Reduction in medication-overuse headache after short information. The Akershus study of chronic headache. *European Journal of Neurology*, 18(1), 129-133. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03094.x
- Hassan, S., Muere, A., y Einstein, G. (2014). Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review. *Pain*, 155(12), 2448-2460. doi: 10.1016/j.pain.2014.08.027
- Herrero, M. T. V., García, M. J. T., Iñiguez de la Torre, M. V. R., y García, L. M. C. (2014). Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España. *Revista CES Salud Pública*, 6(4), 199-206. doi: 10.1016/j.neuarg.2014.05.003
- Jensen, R., y Stovner, L. J. (2008). Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*, 7(4), 354-361. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70062-0
- Katsarava, Z., y Obermann, M. (2013). Medication overuse headache. *Topics in Pain Management*, 29(2), 1-7. doi: 10.1097/01.tpm.000.043.4247.92392.ef
- Kikuchi, H., Yoshiuchi, K., Ando, T., y Yamamoto, Y. (2015). Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(3), 239-242. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.06.008
- Kurt, S., y Kaplan, Y. (2008). Epidemiological and clinical characteristics of headache in university students. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 110(1), 46-50. doi: 10.1016/j.clineuro.2007.09.001
- Labrador, F. J., y de la Fuente, M. L. (1988). Tratamiento de las cefaleas funcionales: consideraciones actuales y propuesta de intervención. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 38, 67-86.
- Litt, M. D., y Tennen, H. (2015). What are the Most Effective Coping Strategies for Managing Chron-

- ic Pain? *Pain Management*, 5(6), 403–406. doi: 10.2217/pmt.15.45
- Melzack, R., y Katz, J. (2013). Pain. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(1), 1–15. doi: 10.1002/wcs.1201
- Melzack, R., y Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971–978. doi: 10.1126/science.150.3699.971
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto Nacional de Estadística. *Cuestionario Nacional de Salud en España* (2011-2012).
- Miró J. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix, J., Cañellas, M., Girvent, F., Martos, A., Ortigosa, L., Sánchez, C., y Portell, M. (2004). Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(3), 141-149.
- National Institute for Health and Care Excellence (2012). Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. *Clinical Guideline 150*. Disponible en [guidance.nice.org.uk/cg150](http://guidance.nice.org.uk/cg150).
- Pal, S. G., Delgado, E. G., Mendoza, J. Q., y de los Ángeles Fernández, M. (2008). Características psicopatológicas en un grupo de pacientes con cefalea. *Psicología.com*, 12(1).
- Pardo A. y San Martín R. (2015). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud (vol. II, 2ª ed.). Madrid: Síntesis
- Raak, R., y Wahren, L. K. (2005). Headache and coping in a female working population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 325-329. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00347.x
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., y López, A. E. (2008). Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 12(6), 749–756. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.11.004
- Raña, N. (2008). Migraña en la mujer. *Revista de Neurología*, 46 (373), 8.
- Sánchez, F. M., y Hernández, A. S. (1992). Prevalencia de cefaleas en una población universitaria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 66, 313-317.
- Snow, J., y Mann, M. (2013). Qualtrics survey software: handbook for research professionals. *Qualtrics Labs, Inc.*
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., Katsarava, Z., Lainez, J. M., Lampl, C., Lantéri-Minet, M., ... y André, C. (2014). The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*, 15(1), 31. doi: 10.1186/1129-2377-15-31
- Stovner, L. J., Zwart, J. A., Hagen, K., Terwindt, G. M., y Pascual, J. (2006). Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology*, 13(4), 333-345. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01184.x
- Stovner, L., Hagen, K., Jensen, R., Katsarava, Z., Lipton, R., Scher, A., y ... Zwart, J. (2007). The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, 27(3), 193-210. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x
- Tüzün, E. H., Eker, L., Karaduman, A., y Bayramoğlu, M. (2013). Prevalence and clinical characteristics of headache in university students in Turkey. *The Pain Clinic* 15 (4), 397-404. doi: 10.1163/156.856.903770196764
- Wang, X., Zhou, H. B., Sun, J. M., Xing, Y. H., Zhu, Y. L., y Zhao, Y. S. (2016). The prevalence of migraine in university students: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Neurology*, 23(3), 464-475. doi:10.1111/ene.12784
- Organización Mundial de la salud [World Health Organization] (2011). *Atlas of headache disorders and resources in the world 2011*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la salud [World Health Organization] (2013). *World Health Statistic 2013*. [www.who.int](http://www.who.int)
- Zavala, H., y Saravia, B. (2003). Epidemiología e impacto socioeconómico de la migraña. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 28(2), 79-84.
- Zebenhöfer K, Andree C, Lechner A, Broessner G, Lampl C, Luthringshausen G, Wuschitz A, Obmann SM, Berek K, y Wöber C. (2015) Prevalence, management and burden of episodic and chronic headache a cross-sectional multicenter study in eight

Austrian headache centres. *The Journal of Headache Pain*, 16(1). doi: 10.1186/s10194.015.0531-7

- 1) SI  
2) NO

## Apéndice 1.

Encuesta epidemiológica online de cefaleas.

Por favor, marque la casilla que corresponda. Marque sólo una casilla.

1. ¿Con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el **último año**?

- Ninguna
- Menos de 5
- Menos de 10
- Menos de 15
- Más de 20

2. ¿Con qué frecuencia has tenido dolor de cabeza en el **último mes**?

- Ninguna
- Menos de 5
- Menos de 10
- Menos de 15
- Más de 20

3. Este último mes ¿Cuál es la **intensidad máxima** que has sentido?

Mínimo dolor 1 2 3 4 5 Máximo dolor

4. Este último mes ¿Cuál es la **intensidad mínima** que has sentido?

Mínimo dolor 1 2 3 4 5 Máximo dolor

5. Cuando tienes dolor de cabeza, ¿**Cuánto tiempo dura** el episodio?

- Menos de 1 hora
- Entre 1 y 2 horas
- Entre 2 y 4 horas
- Entre 4 y 8 horas.
- Más de un día.

6. ¿Ha sido **diagnosticado** tu dolor de cabeza por un médico?

7. ¿Cuál es tu diagnóstico?

- Migraña.
- Cefalea tipo tensional.
- Cefalea en racimos/salvas/acúmulos.
- Otras.

8. ¿Tomas algún **fármaco** para el dolor de cabeza?

- Sí, pautado por un médico.
- Sí, auto-administrado.
- No.

9. ¿En qué medida consideras que tu **tratamiento farmacológico** funciona?

No funciona 1 2 3 4 5 Funciona muy bien

10. ¿Cuántos días has faltado al trabajo o a clase **en el último mes** debido al dolor de cabeza?

- Nunca
- Entre 1 y 3 días
- Entre 3 y 5 días
- Entre 5 y 10 días

11. ¿Cuántos días te has perdido actividades familiares, sociales y de ocio **en el último mes** debido al dolor de cabeza?

- Nunca
- Entre 1 y 3 días
- Entre 3 y 5 días
- Entre 5 y 10 días
- Más de 10 días.

12. ¿Cuál de las siguientes **estrategias** sueles utilizar para reducir el dolor? Ponga el orden en que recurre a este tipo de estrategias.

- Ninguna salvo medicación.
- Evitar el contacto con otras personas.
- Evitar estimulación (ruidos, sonidos fuertes, luces brillantes...).
- Reposar o descansar (tumbarme, cerrar los ojos, dormir...).
- Presionar la zona que del dolor (masajes, etc.).

- Quejarse del dolor.
- Otras.

13. ¿En qué medida te sientes **incapacitado/a** por culpa del dolor?

Nada **incapacitado/a** 1 2 3 4 5 Totalmente **incapacitado/a**