Guía de estilo de migraña

Manual para comunicar bien

SEN
Sociedad Española de Neurología

Conflicto de intereses
La elaboración de este manual ha contado con la financiación, para su distribución, de AbbVIE que no ha influido en su elaboración y contenido.

Advertencia
La medicina es un área en constante evolución. Los autores y editores no pueden asumir la completa responsabilidad de los actos médicos que pudieran estar relacionados con los contenidos de esta obra.

Finalidad del documento
El contenido de esta publicación tiene carácter informativo y divulgativo.

Coordinadores:
Jesús Porta Etessam,
Presidente de la Sociedad Española de Neurología

Robert Belvis,
Coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología

Título original: Informe sobre la relación entre las enfermedades neurológicas y la salud cerebral
© 2024 Sociedad Española de Neurología

ISBN: 978-84-129444-9-5
D.L.: M-10004-2026

ediciones SEN

Fuerteventura, 4, oficina 4
28703 – San Sebastián de los Reyes (Madrid)
e-mail: ediciones@sen.org.es
http://www.sen.es

Ediciones SEN es la editorial de la Sociedad Española de Neurología. Se fundó en el año 2012 con la intención de ofrecer obras de calidad escritas por autores de prestigio mediante la publicación médica, científica y técnica en el campo de las neurociencias. El compromiso que tenemos con nuestros lectores es publicar las obras más actualizadas con alto contenido y soporte científico en todos y cada uno de los avances de la especialidad de Neurología. Bajo Ediciones SEN, la Sociedad Española de Neurología ha editado varios volúmenes.

El titular del copyright se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación.

La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal). Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

Los contenidos expresados en cada uno de los capítulos reflejan la opinión de los autores de cada uno de ellos. En ningún caso. Los miembros del comité de redacción o la editorial de la obra han de compartir necesariamente el contenido de cada uno de los capítulos, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores de cada supuesto en cada de precisar información adicional sobre lo publicado.

Índice

1. Introducción 5
1.1. El valor de la guía 5
1.2. Público destinatario 5
2. Fundamentos de la migraña 6
2.1 Introducción a la migraña 6
2.2. Historia 6
2.3. Definición y sintomatología 7
2.4. Epidemiología (prevalencia y gravedad) 8
2.5. Causas y factores de riesgo 8
2.6. Impacto de la migraña 8
2.7. La atención al paciente con migraña 9
2.8. El diagnóstico de la migraña 10
2.9. Abordaje integral de la migraña 10
2.9.1. El abordaje clínico 11
2.9.2. El abordaje no clínico 11
3. La migraña en los medios de comunicación y las redes sociales 12
3.1. Contenido dirigido a público general 12
3.2. Contenido dirigido a pacientes 12
3.3. Contenido dirigido a profesionales sanitarios 13
3.4. Bulos y mitos 13
4. Recomendaciones generales del tratamiento de la migraña en medios 15
4.1. Valores 15
4.2. Enfoque y estrategia comunicativa 15
4.3. Importancia de un lenguaje riguroso, empático y accesible 15
4.3.1. ¿Por qué es clave el lenguaje cuando hablamos de migraña? 15
4.3.2. Cómo hablar de migraña 16
4.3.3. Uso recomendado del lenguaje: qué decir, qué evitar y por qué 16
4.3.4. El papel de las imágenes en la comunicación sobre migraña 18
4.4. Importancia de las fuentes de información 20
4.4.1. El testimonio del paciente 20
4.4.2. Las fuentes y los recursos en la comunicación de la migraña 20
5. Referencias 21

1. Introducción

1.1. El valor de la guía

La migraña es una enfermedad neurológica, es decir, relacionada con el cerebro, frecuente, invisible e incapacitante[1,2]. A pesar de afectar a millones de personas en todo el mundo[1], sigue siendo una gran desconocida para la sociedad y, con frecuencia, es banalizada o malinterpretada[2]. Esta guía nace con el propósito de ayudar a periodistas, divulgadores científicos, profesionales de la comunicación institucional, creadores de contenido, responsables de campañas de sensibilización y personal sanitario con vocación comunicativa a tratar la migraña con el respeto, la precisión y la empatía que merece.

En España, la migraña es la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años[1]. Más del 50% de las personas que padecen esta enfermedad presenta un grado de discapacidad grave o muy grave[1]. Sin embargo, esta discapacidad se puede evitar. A pesar de no tener cura[3], con el adecuado manejo y adherencia de los tratamientos, se puede controlar la enfermedad, permitiendo mejorar de forma significativa la calidad de vida de las personas que conviven con esta enfermedad[1].

Esta guía proporciona un marco de referencia riguroso y humanizado para comunicar sobre la migraña. No sólo ofrece una base científica clara sobre la enfermedad. También aborda aspectos prácticos del lenguaje, el tono y el enfoque comunicativo que la migraña necesita para concienciar sobre su impacto. Está diseñada para facilitar una mayor comprensión y una representación adecuada de la migraña, evitando errores comunes, estereotipos y la estigmatización de la enfermedad, al tiempo que sugiere fuentes y recursos fiables para una cobertura informativa responsable.

1.2. Público destinatario

Está dirigida a periodistas de salud y de medios generalistas, divulgadores científicos, profesionales de la comunicación institucional, creadores de contenido, responsables de campañas de sensibilización y personal sanitario con vocación comunicativa. Todos ellos comparten un papel clave: pueden influir en la percepción social de la enfermedad y, por tanto, contribuir activamente a desmontar prejuicios y mejorar el conocimiento público.

+ del 50%

de las personas que padecen esta enfermedad presenta un grado de discapacidad grave o muy grave[1]

1ª causa de discapacidad

en adultos menores de 50 años[1]

2. Fundamentos de la migraña

2.1 Introducción a la migraña

La migraña es una **enfermedad neurológica** que se caracteriza por ataques de dolor de cabeza intenso y pulsátil, de intensidad moderada o grave y que suele aparecer habitualmente en un único lado de la cabeza[2,4]. Se acompaña de otros síntomas, como náuseas o vómitos y el dolor empeora con la luz, sonidos y/u olores[5,6,7].

Los ataques de dolor suelen durar al menos cuatro horas si no se tratan[4] y su frecuencia puede variar: si el paciente presenta dolor de cabeza menos de 15 días al mes se considera migraña **episódica**. Sin embargo, si las cefaleas se presentan 15 o más días al mes durante más de tres meses, se considera **crónica**, siendo esta última especialmente debilitante[1]. Se trata, por tanto, de una **enfermedad incapacitante**[4], cuyo impacto funcional y social es considerable. En España, se estima que **el 19% de las personas con migraña episódica** y hasta el 70% de quienes padecen migraña crónica presentan un **nivel de discapacidad muy grave**, especialmente entre **los 16 y los 47 años**[1].

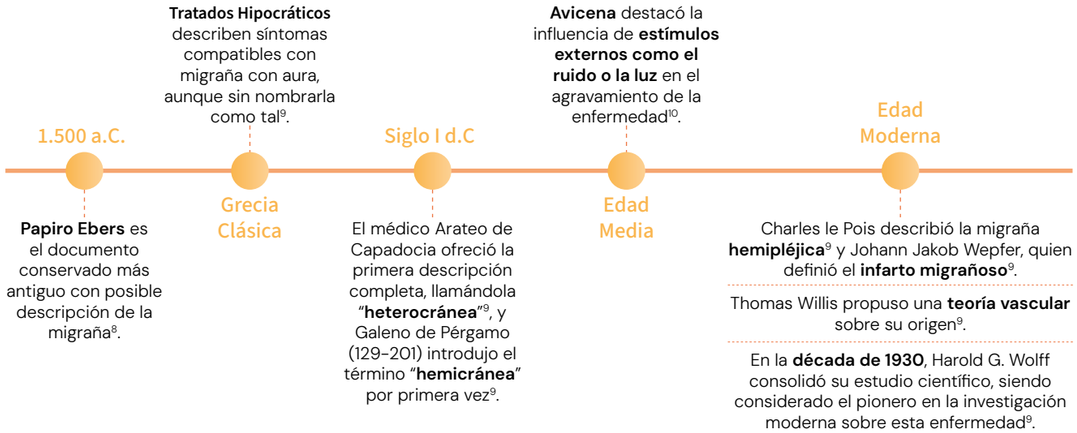
2.2. Historia

La primera mención de migraña en la historia se remonta al 1.550 a.C., en el Antiguo Egipto, en el **Papiro Ebers**[8]. En la Grecia Clásica, los **Tratados Hipocráticos** ya describían síntomas compatibles con migraña con aura, aunque sin nombrarla como tal[9]. Fue el médico **Arateo de Capadocia** en el siglo I d.C. quien ofreció la primera descripción completa, llamándola "heterocránea"[9], y **Galeno** introdujo el término "hemicránea" por primera vez[9]. Durante la Edad Media, **Avicena** retomó las teorías de Galeno y destacó la influencia de estímulos externos como el ruido o la luz en el agravamiento de la enfermedad[10].

En la Edad Moderna, a comienzos del siglo XVII, algunos médicos avanzaron en la comprensión de la migraña con aura y la migraña visual, como **Charles le Pois**, que describió la migraña hemipléjica[9] o **Johann Jakob Wepfer**, quien definió el infarto migrañoso[9]. **Thomas Willis** propuso una teoría vascular sobre su origen[9]. Durante el siglo XVIII se sistematizó la clasificación de la migraña[9]. En la década de 1930, Harold G. Wolff consolidó su estudio científico, siendo considerado el pionero en la investigación moderna sobre esta enfermedad[9].

Durante años, la migraña ha sido injustamente considerada como un simple dolor de cabeza o una queja sin fundamento biológico y, sin embargo, pese a los avances científicos, sobre todo de los últimos 15 años, todavía hay un amplio desconocimiento social sobre esta patología y su impacto en las vidas de quienes la padecen[2,9,11,12]. De hecho, según un estudio impulsado por la European Migraine and Headache Alliance (EMHA)[12] en el que se analizó el estigma asociado a la migraña, el 87% de los encuestados que no padecen migraña comparte la creencia de que la población general no entiende esta patología. Ante esta realidad, resulta fundamental **mejorar la comprensión social del impacto real** de la migraña, lo que contribuye a generar una mirada más informada y empática hacia las personas que conviven con esta enfermedad[12].

Así, continúa siendo en muchos casos una enfermedad invisible y banalizada[2], tanto por la sociedad como en determinados entornos sanitarios, lo que dificulta su adecuado diagnóstico y tratamiento y evidencia que la migraña sigue sin recibir, en numerosas ocasiones, la atención y el reconocimiento que merece.



2.3. Definición y sintomatología

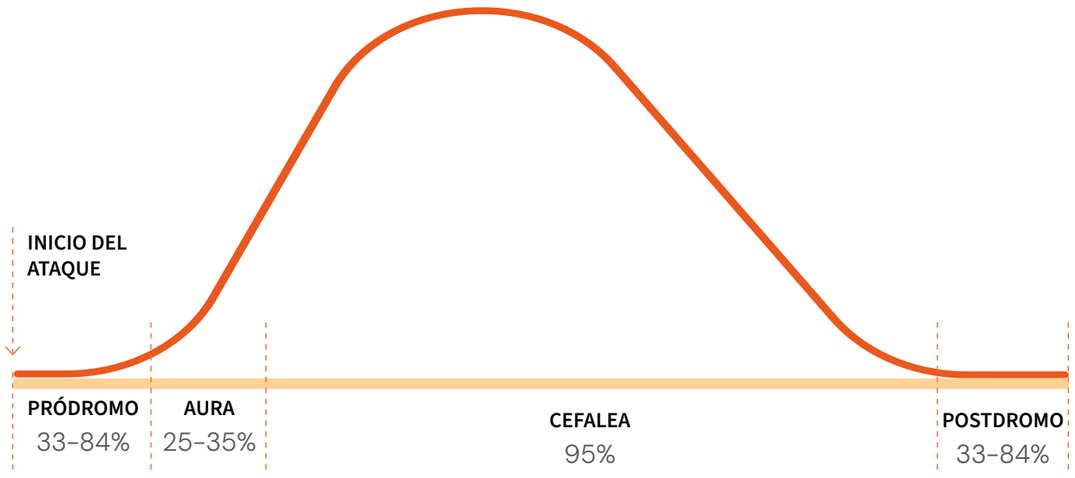
La migraña es una **cefalea primaria frecuente e incapacitante**, cuyos ataques de dolor suelen durar al menos cuatro horas si no se tratan[4] y suelen ir acompañados de otros síntomas[4,5,6,7].

Durante los ataques de migraña es común que los pacientes experimenten 4 fases[13]:

- **Pródromo**: sensación de fatiga contractura, bostezos, antojos alimentarios, cambios en la cara.
- **Aura**: aparece en uno de cada tres pacientes y suelen ser síntomas visuales consistentes en ver más luz de la que hay y que pueden llegar a cegar. También puede haber hormigueos y problemas para hablar, aunque son menos frecuentes.
- **Cefalea**
  - **Dolor de cabeza** de carácter pulsátil, de intensidad moderada o grave, habitualmente en un único lado de la cabeza[5].
  - **Náuseas y/o vómitos.**
  - **Fotofobia y fonofobia.** La luz, el ruido, los movimientos rutinarios o la actividad física suelen empeorar el dolor.
- **Postdromo**: suelen ser síntomas vagos de trastorno de la atención.

Cuando hay más de cuatro días de migraña al mes aparecen los síntomas intercríticos que contribuyen a la discapacidad. Son: inestabilidad, falta de concentración, hipersensibilidad a la luz, ansiedad anticipatoria, etc[14].

Además de lo anterior, la migraña es una enfermedad cuya carga va más allá de los síntomas físicos. Con frecuencia, las personas que conviven con esta patología presentan numerosas comorbilidades como depresión, ansiedad o trastornos del sueño, que pueden actuar como factores desencadenantes o agravar los ataques de migraña[15].



2.4. Epidemiología (prevalencia y gravedad)

La prevalencia de la migraña es alta y afecta aproximadamente al **13% de la población general en España**[11], lo que equivale a más de seis millones de personas[16]. De ellas, aproximadamente el 70% son mujeres[11] y un 30% hombres[11]. A nivel mundial, se estima que su impacto alcanza alrededor del 18% de la población femenina[3,11]. Sin embargo, todavía hay un amplio desconocimiento social sobre esta enfermedad y su impacto en las vidas de quienes la padecen.

En todo el mundo, la migraña es la principal causa de discapacidad en personas menores de 50 años, sobre todo entre las mujeres, lo que afecta en gran medida a su calidad de vida[17].

La prevalencia de la migraña alcanza su punto máximo **entre los 25 y los 55 años**, edades en las que la mayoría de las personas tienen más probabilidades de tener empleo[18]. Sin embargo, esta enfermedad no es exclusiva de la edad adulta, también **puede debutar en la infancia**. Afecta aproximadamente al 11% de los niños[19] e incluso puede darse en edad preescolar (en torno a los 4 años). De hecho, alrededor del 20% de los menores con migraña tendrán su primer ataque antes de los 5 años[20]. Este inicio temprano refuerza el **importante papel del pediatra** como puerta de entrada para la identificación inicial de los síntomas y seguimiento de pacientes con cuadros leves y, cuando proceda, derivar a **Neuropediatría/Neurología**, contribuyendo a reducir el infradiagnóstico en estas edades[1].

2.5. Causas y factores de riesgo

Si bien **se desconocen las causas exactas de la migraña**, se cree que un funcionamiento diferente de las áreas cerebrales y canales neuronales, que modulan la excitabilidad de los circuitos cerebrales involucrados en la percepción del dolor, juega un papel importante[21]. De esta manera, el cerebro de los pacientes con migraña se habitúa a estímulos muy normales de una forma diferente al cerebro de las personas sin migraña. También puede deberse a una combinación de **factores ambientales y genéticos**[22]. Por otra parte, los posibles desencadenantes de los ataques de migraña dependen de cada persona. Los factores de riesgo más frecuentes son: el **estrés físico o emocional, los cambios hormonales** en la mujer, el consumo de **alcohol o cafeína**, el **ayuno o retraso en las comidas** y los **trastornos del sueño**[2]. No obstante, a veces, los ataques de migraña aparecen sin ningún factor desencadenante evidente[2].

2.6. Impacto de la migraña

El impacto de la migraña va mucho más allá del dolor físico. La migraña afecta a muchos aspectos de la vida de una persona, incluido su trabajo, sus relaciones personales y su salud mental[23], por lo que muchas personas con migraña ven afectada su capacidad para trabajar, socializar o cumplir con responsabilidades familiares[1,24].

Un abordaje integral de la migraña, que combine una atención clínica adecuada, la formación continua de los profesionales sanitarios y campañas de concienciación dirigidas a la sociedad en general resultan clave para reducir de forma significativa el impacto de esta enfermedad en los ámbitos personal, social y laboral[1].

Porcentaje de personas con migraña en España[11,16]

13%

+ 6 mill. personas

Por sexos, porcentaje de hombres y mujeres con migraña en España[11]

70% mujeres **30%** hombres

Impacto de la migraña en mujeres en el mundo[3,11]

18%

Porcentaje de menores con migraña[19]

11%

Menores que tendrán su primer ataque antes de los 5 años[20]

20%

Impacto laboral

En España, la migraña es la cefalea que más impacta a nivel laboral, incluso por encima del familiar, personal y social[1]. Nuestro país es, de hecho, uno de los países europeos en los que los trabajadores afirman tener **dificultades en el acceso a un trabajo** debido a esta enfermedad[5]. También impacta enormemente en **las cifras de absentismo y presentismo**[25]. De hecho, según el estudio poblacional "*Prevalencia, discapacidad e impacto económico de la migraña en España*", la migraña afecta significativamente al rendimiento laboral, con una pérdida media de la productividad del 35,8%[11].

Entre los problemas que genera la migraña en el ámbito laboral, las personas con migraña suelen reportar principalmente: incapacidad para concentrarse (52%), absentismo laboral (32%) o la falta de comprensión o incapacidad para tomarse en serio esta enfermedad por parte del resto de trabajadores (27%)[2].

En una encuesta internacional en la que participaron 11.266 personas de 31 países, My Migraine Voice, el 70% de los entrevistados afirmaron que la migraña ha afectado a su vida profesional[23].

Además, la presencia de cefalea crónica no solo se asocia de forma consistente con una mayor discapacidad y pérdida de productividad, sino también a un mayor número de consultas médicas, hospitalizaciones y mayores costes económicos directos que los pacientes con cefalea episódica[3].

Impacto personal

Más allá de su repercusión en el ámbito laboral, la migraña tiene un profundo impacto en la esfera personal, ya que muchas personas que la padecen conviven con comorbilidades como la **ansiedad, la depresión, el estrés o el insomnio**. Afecciones que pueden desencadenar o empeorar los ataques de migraña[15]. Según un estudio realizado en España[15], el 51% de las personas con migraña padece estrés; el 37%, insomnio; el 30% tiene depresión y el 22%, ansiedad, siendo la depresión y el insomnio más frecuentes en mujeres que en hombres[1,15].

La imprevisibilidad de los ataques genera en las personas con esta enfermedad una sensación de estado de alerta constante que provoca que las relaciones personales, el desarrollo profesional y la salud mental pueden deteriorarse progresivamente.

Impacto social

El impacto que la migraña tiene sobre la vida laboral y personal de las personas con migraña no siempre es comprendido en su verdadera dimensión, lo que contribuye a que, en muchas ocasiones, no exista una conciencia suficiente sobre la gravedad de la enfermedad ni sobre el grado de limitación que ésta puede generar[25].

Más allá de la experiencia individual, la migraña supone también una carga significativa para el **entorno de la persona afectada, tanto en el ámbito familiar como en el social** e, incluso, en el **sistema sanitario**[1]. Esta realidad trasciende al paciente y se traduce en efectos acumulativos que afectan a la organización familiar, a la productividad y al uso de recursos asistenciales[3].

En este contexto, hablar de migraña con **rigor y sensibilidad** permite **visibilizar una carga que a menudo pasa desapercibida** y contribuir a una mayor **comprensión social de la enfermedad,** favoreciendo una mirada más ajustada a su impacto real y a las necesidades de las personas que conviven con ella.

2.7. La atención al paciente con migraña

La migraña se diagnostica principalmente por la historia clínica del paciente, a través de la descripción de los síntomas y la frecuencia de los ataques, pero no existen pruebas diagnósticas definitivas[22].

A menudo los pacientes pueden tardar años en recibir un diagnóstico adecuado[21], lo que contribuye a un **mayor sufrimiento** y a un **manejo inadecuado** de la enfermedad[15]. En España, se ha estimado que el paciente puede tardar **más de 6 años en recibir el diagnóstico**, y pueden pasar hasta 14 años desde el primer ataque de migraña hasta la primera consulta con atención especializada[25].

En España, los datos del estudio OVERCOME confirman la existencia de un importante retraso diagnóstico y un elevado infradiagnóstico: algo más de la mitad de las personas con criterios de migraña reciben un diagnóstico formal[14]. Además, alrededor de un tercio de los pacientes reconoce haber dudado en buscar atención médica, en parte por trivialización del dolor o por temor a no ser comprendidos, lo que evidencia la necesidad de mejorar la sensibilización tanto de la población como de los profesionales sanitarios[14].

El circuito asistencial de la migraña se estructura de forma escalonada en tres niveles asistenciales para garantizar una atención adecuada en función de la complejidad del caso. La **atención primaria** constituye el primer nivel, donde el médico de familia (el pediatra en los niños) desempeña un papel crucial en la identificación inicial y seguimiento de los pacientes con cuadros leves o esporádicos. Los casos que requieren una valoración más

específica, dificultad terapéutica o dudas diagnósticas, se derivan a las **consultas de Neurología general**, mientras que los cuadros de mayor gravedad o refractarios al tratamiento requieren atención en las **Unidades de Cefaleas**[1].

La coordinación entre los diferentes agentes del sistema sanitario que atienden a las personas con migraña —Atención Primaria, Pediatría, Neurología, Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria—, es esencial para garantizar la continuidad asistencial y ofrecer al paciente una información coherente y de calidad[1]. Para ello, es recomendable establecer criterios de derivación compartidos, aprovechar los recursos tecnológicos –como la historia clínica y la receta electrónica, entre otros–, detectar precozmente el uso excesivo de analgésicos e implementar herramientas de telemedicina con el fin de optimizar la eficiencia del sistema y reducir los tiempos de espera[1]. Además, las guías clínicas elaboradas por sociedades médicas como la Sociedad Española de Neurología establecen unas recomendaciones con el objetivo de ofrecer una visión integral, profunda y novedosa de las diferentes patologías, proporcionando un marco de referencia común y contribuyendo a homogeneizar la atención, reforzar la seguridad del paciente y promover un abordaje integral y actualizado de la enfermedad[3].

En el ámbito privado, la accesibilidad a la atención neurológica puede ser más rápida, lo que favorece el diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinar, aunque la heterogeneidad en la disponibilidad de recursos y protocolos puede generar diferencias en la atención. De hecho, las personas con migraña crónica acuden aproximadamente tres veces más a un especialista privado que los pacientes con migraña episódica[1].

El tratamiento debe ser integral, incluyendo medidas farmacológicas, preventivas, hábitos de vida y apoyo psicológico cuando sea necesario[3]. La escucha activa del profesional sanitario y la construcción de una relación de **confianza médico-paciente** basada en el respeto mutuo y en la participación activa del paciente en su propio cuidado son pilares fundamentales de una atención de calidad[1].

2.8. El diagnóstico de la migraña

El diagnóstico de la migraña en España es, hoy en día, un desafío, donde un paciente puede tardar más de seis años en recibir su diagnóstico[1], y pueden pasar hasta 14 años desde el primer ataque de migraña hasta la primera consulta con atención especializada[1]. De hecho, más de un 43% de las personas con migraña en nuestro país no tiene aún diagnóstico[26]. Así, los expertos consideran que existe un infradiagnóstico y retraso en el diagnóstico de los pacientes[1], debido a la falta de formación entre los profesionales de la salud, a las dificultades en la derivación al especialista en Neurología y a la falta de concienciación por parte de la sociedad, que no considera su cefalea como motivo de consulta médica[1].

Es por todo ello por lo que la identificación precoz de la migraña resulta fundamental para evitar su progresión y mejorar el pronóstico del paciente[27]. Cuando no se detecta ni se trata de forma adecuada, esta enfermedad puede llegar a agravarse, y los pacientes pueden pasar de una migraña episódica a una migraña crónica[3]. Además, el uso excesivo de medicación aguda para la migraña puede contribuir a esta cronificación, aumentando las posibilidades de discapacidad y una carga sintomática más pesada para el paciente[3,28,29].

Reconocer las características del dolor de cabeza —su frecuencia, intensidad y factores desencadenantes— y los síntomas asociados y comunicarlas al especialista[30] permite orientar el diagnóstico y favorecer una atención temprana y especializada. Una intervención precoz y un manejo integral pueden reducir la frecuencia y la gravedad de los ataques, minimizando su impacto en la vida diaria de los pacientes[31,32]. En este contexto, se está avanzando hacia un cambio de paradigma en el manejo de la migraña, pasando de un abordaje reactivo hacia uno más proactivo e individualizado iniciado de forma temprana para **prevenir la progresión de la enfermedad**[27]. Esta estrategia de prevención de la migraña puede **mejorar la calidad de vida**, elevar los estándares de atención y, en última instancia, **alterar la historia natural de la migraña** y preservar la salud del cerebro[27]. En definitiva, muchas de sus consecuencias pueden prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento adecuados[1].

2.9. Abordaje integral de la migraña

El abordaje de la migraña debe entenderse desde una perspectiva integral, que combine tanto el manejo clínico o terapéutico de la enfermedad[9] como intervenciones no clínicas, orientadas a mejorar el estilo de vida y reducir los factores que influyen en la aparición y evolución de los ataques[9]. La combinación de ambos enfoques permite un control más eficaz de la migraña y contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con esta enfermedad[33].

2.9.1. El abordaje clínico

El abordaje terapéutico o clínico de la migraña se centra en dos aspectos principales: el **tratamiento sintomático de los ataques de migraña y la prevención** de los mismos[3]. En el caso de tratamientos sintomáticos, el objetivo es aliviar los síntomas cuando se produce un ataque[23]. Este abordaje debe ser individualizado para cada paciente y para cada ataque: no todas las personas requieren el mismo tratamiento ni responden igual en todas las ocasiones[3].

Las terapias preventivas, por su parte, se recomiendan en aquellos casos en los que la migraña resulta difícil de controlar, bien por la frecuencia o por la duración de los ataques[34]. Este tipo de tratamientos reducen la frecuencia e intensidad de los ataques y, por tanto, mejora la calidad de vida de los pacientes[31,32,35]. En los últimos años, además, se han desarrollado opciones terapéuticas específicas[25].

El tratamiento preventivo está indicado para aquellas personas que tienen cuatro o más ataques de migraña al mes o cuya calidad de vida se ve gravemente afectada[36]. Incluso algunos expertos inciden en que este tipo de terapias deben iniciarse en personas que padecen de dos a cuatro días de migraña al mes[27]. Aunque en España el 24,7% de ellos cumple con los criterios para beneficiarse de este tipo de tratamiento, **solo el 9,5% lo está recibiendo actualmente**[11], por lo que el tratamiento preventivo de la migraña sigue siendo un reto. Ante este escenario, la International Headache Society (IHS) propone avanzar hacia una estrategia preventiva más proactiva e individualizada, iniciada de forma temprana, con el objetivo de prevenir la progresión de la enfermedad[3].

2.9.2. El abordaje no clínico

A pesar de contar con soluciones terapéuticas, los pacientes también pueden implicarse directamente en la prevención de los ataques: son muchos los pacientes que mejoran sus síntomas modificando hábitos de sueño, alimentación, ejercicio y con la gestión del estrés[9]. De hecho, es importante que tanto los profesionales de la salud como los pacientes persigan metas compartidas en el abordaje de la migraña. Para mejorar la calidad de vida de las personas con migraña y reducir el impacto social y económico de esta enfermedad es necesario combinar el tratamiento farmacológico con medidas no farmacológicas. Entre estas últimas, destacan cinco prácticas o hábitos saludables clave (SEEDS, por sus siglas en inglés)[33] que se describen en el siguiente cuadro:

Sueño:

Mantener una rutina nocturna para asegurar un buen descanso, con horas de sueño suficientes y sin interrupciones.

Ejercicio:

Realizar actividad física de forma moderada y regular, como caminar, nadar, andar en bicicleta o ejercicio aeróbico.

Alimentación:

Seguir una dieta saludable, evitando alimentos y bebidas que puedan desencadenar ataques de migraña.

Diario:

Registrar de manera constante días con migraña y aspectos del estilo de vida para facilitar su comprensión y manejo.

Estrés:

Gestionar el estrés mediante técnicas de relajación.

3. La migraña en los medios de comunicación y las redes sociales

Como ya hemos dicho anteriormente, la migraña es una enfermedad neurológica compleja que, en ocasiones, resulta difícil de comprender.

Para poder afrontarla de manera adecuada, es fundamental que la migraña sea bien definida y comprendida[37]. Esto implica no solo conocer sus síntomas, desencadenantes y tratamientos, sino también contar con los recursos necesarios para mitigar su impacto en la calidad de vida[1,22]. En este sentido, la comunicación y la forma de transmitir la información sobre migraña —en los medios, en redes sociales o en las conversaciones cotidianas— son determinantes para mejorar su comprensión social y reducir el estigma que la rodea[37].

Además de la orientación proporcionada por el personal médico de referencia, muchas personas buscan información complementaria procedente de distintos emisores —como neurólogos, médicos de atención primaria, pediatras, médicos de urgencias, asociaciones de pacientes, fisioterapeutas o enfermería— y a través de múltiples **canales de comunicación**, como las redes sociales, los motores de búsqueda o los medios de comunicación[38]. En este sentido, tanto los medios de comunicación generalistas como los especializados en salud desempeñan un papel crucial a la hora de ofrecer información fiable y contrastada, especialmente cuando se trata de temas tan sensibles como los relacionados con la salud[37,39].

A esto se le suma la creciente influencia de las redes sociales, que se han convertido en un canal habitual de búsqueda y difusión de información, especialmente entre los públicos más jóvenes[40]. Hoy en día, las personas consumen información sobre salud de manera inmediata, visual y a través de plataformas de fácil acceso, lo que multiplica su alcance, pero también el riesgo de infoxicación[37,40]. En este contexto, quienes comunican sobre salud tienen la oportunidad de ofrecer contenidos de calidad que contribuyan a una mejor comprensión de la migraña, así como a la reducción del estigma asociado[37]. Por ello, es esencial que la información disponible sea rigurosa, clara y procedente de fuentes confiables[37,39].

3.1. Contenido dirigido a público general

Cuando se comunica sobre migraña al público general, es esencial utilizar un lenguaje claro, comprensible y respetuoso para **favorecer la empatía**, la comprensión y la sensibilización social. La migraña no debe presentarse como un simple dolor de cabeza, sino como la enfermedad cerebral (o neurológica) incapacitante que es[1,2]. Las palabras importan porque moldean la percepción social e influyen directamente en cómo la sociedad percibe y reacciona ante la enfermedad. Por eso, evitar expresiones que minimicen o estigmaticen la experiencia del paciente es fundamental para cambiar la percepción social de la enfermedad[37].

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que muchas personas no saben que padecen migraña. Según el estudio OVERCOME, el 43,8 % de las personas con migraña no tienen un diagnóstico formal, lo que implica que no han consultado o no han sido diagnosticadas adecuadamente. Según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), hasta un 25% de los pacientes que tienen migraña nunca ha consultado su dolencia con el médico[41]. Una comunicación clara puede ayudar a identificar síntomas, motivar la consulta médica y fomentar el diagnóstico temprano.

Asimismo, es recomendable emplear ejemplos que ayuden a comprender la gravedad del impacto que la migraña tiene en la vida diaria de los pacientes. Algunos de esos ejemplos son la imposibilidad de trabajar, de interactuar con los demás o de mantenerse activo. A su vez, es importante transmitir que existen opciones terapéuticas eficaces, promoviendo el conocimiento desde la esperanza y no desde la resignación.

3.2. Contenido dirigido a pacientes

En el caso de las personas que viven con migraña, la información es un **factor clave en el abordaje de esta enfermedad**, pues un paciente informado adecuadamente conoce mejor cómo afrontar y desenvolverse en su enfermedad, es capaz de entender mejor lo que su médico le dice y, por tanto, aumentará su adherencia al tratamiento[1].

Para ello, la **información debe ser rigurosa**, pero también es conveniente usar un lenguaje adaptado al público general, puesto que los tecnicismos relacionados con el ámbito de la salud son, a veces, más difíciles de comprender[39,42]. Incluir **testimonios reales** ayuda a normalizar la experiencia, a que los pacientes se sientan comprendidos y a disminuir la sensación de aislamiento[37,43]. Los relatos personales contribuyen a visibilizar la diversidad de formas en las que la migraña se manifiesta y cómo puede impactar en la vida familiar, social o laboral[37].

También es fundamental proporcionar **recursos útiles y actualizados**, desde asociaciones de pacientes y grupos de apoyo hasta información práctica sobre cómo preparar una visita médica o llevar un diario de migraña[1,22]. Este tipo de contenido refuerza la autonomía del paciente y le permite asumir un papel activo en el manejo de su enfermedad. Los **diarios de migraña**, como los de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)[44], son herramientas muy útiles donde se registran de manera constante los días de migraña y aspectos del estilo de vida para facilitar su comprensión y manejo.

Además, la divulgación debe ser respetuosa con el ritmo y los límites de cada persona. **Informar, empoderar y acompañar** son los pilares sobre los que debe construirse cualquier mensaje dirigido a pacientes con migraña[45].

En este sentido, se ha demostrado que las personas con migraña que tienen un mayor conocimiento de su enfermedad y que participan en programas educativos y de desarrollo para su autocuidado **reducen el impacto que la migraña produce en su calidad de vida** y ganan mayor confianza en su propia capacidad para controlarla[1,46,47]. Así, una adecuada formación del paciente contribuye a su empoderamiento y aporta una mejora significativa al manejo de la patología[1,46,47].

3.3. Contenido dirigido a profesionales sanitarios

La comunicación dirigida a los profesionales de la salud permite promover la actualización continua y la mejora de la relación médico-paciente[48]. A menudo, la migraña se subestima en la práctica clínica, lo que genera una brecha entre el sufrimiento del paciente y la respuesta asistencial que recibe[26].

Por eso, es clave promover una mirada más amplia y empática, que reconozca el impacto real de la enfermedad y el valor del testimonio del paciente en el proceso diagnóstico y terapéutico[49]. **Fomentar la escucha activa, dedicar tiempo a comprender la experiencia del paciente y valorar sus expectativas** son aspectos tan importantes como la indicación farmacológica adecuada[49]. Comunicar con evidencia, pero también con humanidad, es un reto que puede marcar la diferencia en el abordaje de esta enfermedad[49].

3.4. Bulos y mitos

Vivimos en una era digital en la que las redes sociales han transformado la forma en que las personas acceden y comparten información sobre salud. De hecho, se han convertido en uno de los principales canales de información para la sociedad en general[37,40]. Y, aunque se trata de herramientas muy útiles para difundir contenidos científicos y divulgativos, compartir experiencias y dar mayor visibilidad a enfermedades como la migraña, también es una puerta abierta a la proliferación de los temidos bulos y fake news sin base científica, tan perjudiciales para los pacientes.

En el caso de la migraña, con frecuencia circulan por la red mensajes que minimizan la enfermedad. Algunas de esas afirmaciones, como “la migraña es solo un dolor de cabeza”, “es sólo por estrés”, “el chocolate produce migraña”[50,51] o, incluso, “la migraña no existe” o “la migraña se puede operar” no sólo son erróneas, sino que, además, generan en las personas que padecen esta enfermedad un **sentimiento de culpabilidad y perpetúan el estigma asociado a la migraña,** dificultando el acceso a un diagnóstico preciso e impactando de forma negativa en su calidad de vida.

Por otro lado, también están los mitos y bulos en torno a la migraña que promueven **soluciones milagrosas sin ningún respaldo médico ni científico**. Para combatir estas afirmaciones, es primordial que las personas con migraña tengan claros los posibles factores precipitantes de sus ataques de migraña[50]. Y esto es clave, ya que estos factores son individuales, aunque algunos serán muy comunes entre todos los pacientes[9].

Recordamos que puede ser fundamental que las personas con migraña pongan en práctica determinadas estrategias y rutinas para prevenir que se produzca un ataque[3]. Entre los hábitos de vida más saludables para estas personas se incluye una alimentación equilibrada, la práctica regular de ejercicio y una buena rutina de sueño. Pero además hay que señalar que:

- Ciertos alimentos pueden constituir uno de los factores precipitantes de migraña en algunas personas, aunque no todos los alimentos afectan de igual forma, por lo que es esencial que, de forma individual, y en caso de

que exista sospecha, que cada individuo trate de identificar qué alimentos, en su caso concreto, pueden ser desencadenantes de sus ataques. Por otra parte, señalar que, para la mayoría de las personas con migraña, es **más relevante el horario de las comidas que la propia ingesta** en sí, ya que las rutinas son clave a la hora de prevenir los ataques[9].

- Por lo tanto, solo es recomendable eliminar de la dieta los alimentos que cada paciente haya identificado como un factor que claramente precipita sus ataques de migraña: en menos de 2-3 horas tras haberlo ingerido y como mínimo en dos de cada tres veces que se haya ingerido[9]. Pero reiterar que lo más importante respecto a la alimentación es **mantener rutinas, no modificar los horarios de las comidas ni saltarse ninguna**, especialmente el desayuno, ya que puede originar inestabilidad en los niveles de glucosa y desencadena una reacción de estrés metabólico[33]. También es esencial una buena hidratación, ya que la deshidratación puede precipitar un ataque de migraña[33].

- Por otro lado, el **ejercicio físico regular, aeróbico y moderado** puede ser muy eficaz contra la migraña. Sin embargo, también se ha constatado que puede incidir de manera negativa en los pacientes cuando se llega a la extenuación (79%) o bien cuando consiste en una actividad que produce un traqueteo de la cabeza (11%)[9].

- En cuanto a la **rutina del sueño**, se ha comprobado que la mala calidad del sueño es un factor de riesgo para la migraña, se correlaciona con la gravedad de la enfermedad y, por tanto, con la calidad de vida de las personas que la padecen[52]. Por eso, es importante mantener una rutina nocturna para asegurar un buen descanso, con sueño suficiente y evitando las interrupciones. Asimismo, se recomienda incluir la evaluación de los trastornos del sueño en el protocolo de evaluación inicial para pacientes con migraña, así como tratarlos para prevenir el empeoramiento de la enfermedad[52].

En un contexto donde la desinformación circula con rapidez, es importante que los **contenidos sobre migraña estén sustentados en fuentes fiables y actualizadas**. Por ello, no sólo es necesario desmentir dichas informaciones erróneas, sino también **divulgar de forma clara, accesible y rigurosa** qué es la migraña, cuáles son sus causas y qué opciones terapéuticas existen. Es en este proceso donde los profesionales sanitarios, las asociaciones de pacientes y los medios de comunicación juegan un papel clave a la hora de desmentir bulos, aportar contexto y base científica y reforzar el conocimiento de esta patología.

4. Recomendaciones generales del tratamiento de la migraña en medios

A la hora de comunicar sobre la migraña, poseer un mayor conocimiento sobre el impacto que esta tiene en las personas con la enfermedad puede servir de ayuda para emplear los términos y expresiones que favorezcan su comprensión por aquellas personas ajenas a esta enfermedad.

A menudo esta patología es banalizada por la sociedad, por lo que mantenerse al margen de los mitos y el estigma que se ha creado en torno a esta enfermedad es el punto de partida para posicionarse del lado de los pacientes y de la verdad.

4.1. Valores

Los medios de comunicación son una vía óptima para garantizar a la sociedad una información **precisa, imparcial, responsable, empática y basada en la evidencia científica**.

En este sentido, los informadores de la salud tienen la posibilidad de fomentar que tanto las personas con migraña se sientan comprendidos como que la sociedad vea lo invisible y entienda la difícil situación que pueden estar viviendo sus compañeros de trabajo, vecinos o familiares y amigos, de una manera más **rigurosa**.

Para ello, es importante que, al informar sobre migraña, esta se aborde como una condición crónica con su consiguiente impacto laboral, social y personal. Así se fomentará un **conocimiento más comprometido con esta enfermedad**.

Teniendo en cuenta el impacto ya mencionado que tiene en la calidad de vida de los pacientes, la comunicación de la migraña debería caracterizarse por ser: **comprensible, fiable, veraz, accesible y pertinente.**

4.2. Enfoque y estrategia comunicativa

Esta guía de estilo nace con un propósito claro: favorecer una comunicación **más precisa, empática y responsable** sobre una enfermedad de alta prevalencia como es la migraña, que sigue estando infravalorada. Transmitir información rigurosa y comprensible no es solo una cuestión de estilo, sino una forma de contribuir activamente a que las personas con migraña reciban el conocimiento que necesitan para comprender mejor su enfermedad y acceder a una atención más adecuada.

Por ello, nos permitimos ofrecer una serie de recomendaciones en este sentido, que buscan orientar a quienes informan o comunican sobre migraña, ayudando a que los mensajes lleguen de manera correcta, útil y humana a la sociedad y, en especial, a los pacientes:

- Adoptar un **enfoque divulgativo**, accesible y humanizado, evitando sensacionalismos, así como posturas que perpetúan el estigma en torno a esta enfermedad.

- Integrar **datos actualizados** que permitan dimensionar el impacto real de la migraña. De esta forma, se puede contextualizar la enfermedad y observar su evolución a lo largo de los años.

- **Contrastar la información** con el objetivo de que esta sea lo más rigurosa posible. Se recomienda que se contacte con la Sociedad Española de Neurología (SEN) o con las sociedades autonómicas, cuando las haya.

- Contar con **testimonios de personas con migraña y expertos** para reforzar la idea de que **la migraña no es "solo un dolor de cabeza",** sino una enfermedad neurológica compleja. Se recomienda que estos pacientes pertenezcan a la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) o que sean proporcionados por neurólogos expertos en cefaleas para evitar la posibilidad de que un comunicador entreviste a un paciente que tenga otro tipo de cefaleas (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino…)

- Tener en cuenta el impacto de la migraña a **nivel laboral, social y emocional.**

4.3. Importancia de un lenguaje riguroso, empático y accesible.

4.3.1. ¿Por qué es clave el lenguaje cuando hablamos de migraña?

La migraña no es solo una enfermedad cerebral (neurológica): es una realidad muy frecuente que condiciona la vida de millones de personas. Según datos españoles recientes del estudio "Prevalencia, discapacidad e impacto económico de la migraña en España", afecta aproximadamente al 13% de la población española[11], del cual alrededor del 70% son mujeres[1] y un 30% hombres[11]. Además, representa la primera causa de discapacidad

en adultos menores de 50 años[1]. Sin embargo, pese a su elevado impacto sanitario y social, la migraña continúa siendo infradiagnosticada, infratratada[3] y, en muchos casos, invisibilizada o banalizada[2].

En este contexto, el lenguaje empleado para hablar de migraña adquiere un papel determinante y puede marcar una gran diferencia. Las palabras que utilizan los profesionales sanitarios, los medios de comunicación o la sociedad en general pueden influir significativamente en la percepción de la enfermedad y en la experiencia de quienes conviven con ella[37]. Así, un discurso impreciso, estigmatizante o superficial puede reforzar la incomprensión social y dificultar el reconocimiento de la migraña como la enfermedad neurológica compleja que es, mientras que el uso de un lenguaje adecuado contribuirá a poner en valor la experiencia de los pacientes y el impacto real que la enfermedad tiene en su día a día[37].

Por ello, abordar la migraña desde una **comunicación rigurosa, empática y accesible** resulta fundamental. Informar con precisión favorece el cambio de mirada social sobre una enfermedad que sigue siendo, en muchos entornos, minimizada o ignorada, lo que facilita un mejor acceso al diagnóstico y a los tratamientos disponibles. Hablar bien de la migraña no es únicamente una cuestión terminológica, sino una herramienta clave para mejorar la comprensión, la atención y la calidad de vida de quienes la padecen.

4.3.2. Cómo hablar de migraña

Hablar de migraña exige adoptar un **enfoque claro, respetuoso y basado en la evidencia científica**, pero también cercano y comprensible para públicos no especializados. El objetivo es comunicar con precisión sin recurrir a tecnicismos innecesarios, evitando enfoques sensacionalistas, condescendientes o expresiones que trivialicen el sufrimiento de las personas que viven con migraña. Un lenguaje adecuado debe reconocer la migraña como lo que es, es decir, una enfermedad neurológica compleja y debilitante con un impacto significativo en la vida de quienes la padecen[36].

En este sentido, se recomienda utilizar un **tono empático**, que tenga en cuenta la experiencia del paciente: los ataques de migraña no son un síntoma aislado o un episodio puntual. Comunicar bien implica explicar la complejidad de la enfermedad, su cronicidad y la variabilidad de sus síntomas, contribuyendo así a una mayor comprensión social y a la reducción del estigma[37].

4.3.3. Uso recomendado del lenguaje: qué decir, qué evitar y por qué

Antes de entrar en las recomendaciones terminológicas, conviene aclarar una distinción clave que a menudo lleva a confusión. **“Cefalea”** es un término general que designa el síntoma (dolor de cabeza) o, en un sentido más amplio, el conjunto de trastornos que cursan con dolor craneal. Por eso, aparecen como expresiones equivalentes **“dolor de cabeza”** o **“cefalea”**.

“Migraña”, en cambio, es el nombre de una **enfermedad neurológica específica**: puede incluir dolor de cabeza, pero no se reduce a él y suele acompañarse de otros síntomas -náuseas, fotofobia, fonofobia y/o, en algunos casos, aura-[5,6,7]. Migraña deriva del inglés. Además, en España es frecuente el uso del término derivado del árabe **“jaqueca”** como sinónimo de migraña. Ambos son correctos, aunque jaqueca se suele utilizar erróneamente para cuadros leves.

Dado que el objetivo de esta guía es referirse a la patología con precisión y evitar simplificaciones, siempre que el contenido se **refiera a la enfermedad**, es preferible emplear **“migraña”** y reservar “cefalea/dolor de cabeza” para hablar del síntoma o de cuadros que no necesariamente se correspondan con esta patología.

Con el fin de favorecer una **comunicación más precisa y respetuosa**, y siguiendo las recomendaciones internacionales adaptadas al contexto español, como la Guía elaborada por la *Coalition for Headache and Migraine Patients* (CHAMP)[37], se proponen a continuación una serie de orientaciones específicas sobre el uso del lenguaje en relación con la migraña. Estas recomendaciones indican qué términos se aconseja emplear, cuáles conviene evitar y las razones que sustentan esta elección:

Término recomendado	**Migraña / Vivir con migraña /**
Evitar	“migrañas”, “migraña como simple dolor de cabeza”
Justificación	Al igual que en otros ámbitos de salud no es habitual utilizar el plural para hablar de una enfermedad (como, por ejemplo “cáncer” o “depresión”), es conveniente no hacerlo tampoco con la migraña. El uso de expresiones como “migrañas” o su equiparación a un dolor de cabeza común puede transmitir la idea de que se trata de un problema leve o puntual, contribuyendo a la banalización de una enfermedad neurológica, crónica y altamente discapacitante. Además, reducirla al dolor de cabeza invisibiliza su complejidad y los múltiples síntomas asociados. Incorporar el término enfermedad enfatiza la gravedad de esta afección médica crónica y contribuye a desterrar la idea de que “es solo un dolor de cabeza”[37].

Término recomendado	**Persona con migraña / persona que vive con migraña**
Evitar	“migrañoso/a”, “paciente migrañoso”
Justificación	La migraña no define a la persona. Utilizar un lenguaje centrado en la persona prioriza la identidad individual frente a la enfermedad, evitando etiquetas que reducen su identidad a una condición médica. El sufijo -oso (“ous” en inglés) es además un sufijo incorrecto pues significa “lleno de”. Sabroso = lleno de sabor. Por tanto ¿migrañoso = lleno de migraña”. Además, tiene una connotación despectiva. No decimos asmoso a un paciente asmático o ictoso a un paciente con ictus. El uso de fórmulas como “persona con migraña” o “persona que vive con migraña” contribuye a combatir la estigmatización histórica asociada a esta patología. Con estas opciones, se reconoce que la migraña forma parte de la vida de estas personas, pero no definen a la migraña[37].

Término recomendado	**Ataque de migraña**
Evitar	“episodio de migraña”, “crisis de migraña”
Justificación	El término ataque describe de forma más precisa la intensidad, la imprevisibilidad y el impacto de la migraña y es el consensuado mundialmente por la International Headache Society. El uso de *episodio* o *crisis* puede resultar ambiguo.

Término recomendado	**Experimentar dolor y discapacidad por la migraña / Experimentar dolor y discapacidad por causa de la enfermedad de la migraña**
Evitar	“sufre migraña”, “es un sufridor de migraña”
Justificación	La experiencia de vivir con migraña es diferente y personal en cada caso y varía en intensidad, síntomas y frecuencia de una persona a otra. El concepto de “sufrimiento” es muy subjetivo y puede transmitir una imagen de pasividad o indefensión.

Justificación	Por ello, se recomienda emplear un lenguaje más descriptivo y neutral, centrado en el dolor y la discapacidad asociados a la migraña, sin atribuir interpretaciones emocionales externas. No obstante, debe respetarse que las propias personas con migraña utilicen el término que consideren para describir su experiencia personal[37].

Término recomendado	**Cefalea por uso excesivo de tratamiento sintomático (o de tratamiento analgésicos)**
Evitar	“abuso de medicación”, “uso excesivo de medicamentos”, “cefalea por abuso de medicación” “cefalea de rebote”
Justificación	El término clínico cefalea por abuso de medicación está actualmente recogido en la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3), por lo que no se recomienda su sustitución unilateral en contextos diagnósticos. Según la *Coalition for Headache and Migraine Patients* (CHAMP), el uso de este término puede contribuir al estigma asociado a la enfermedad, al sugerir implícitamente una atribución de culpa al paciente. Por ello, se recomienda extremar la contextualización del término y evitar expresiones simplificadas o culpabilizadoras cuando se aborde este tipo de cefalea en contextos divulgativos o informativos, favoreciendo un lenguaje más preciso y neutral mientras se avanza en el consenso terminológico[37].

Además de estas expresiones y conceptos como “es un simple dolor de cabeza” o “migrañoso”, es recomendable evitar también otro tipo de expresiones que minimicen lo que sienten los pacientes, como “seguro que se te pasa con una pastilla” o “es por estrés”. En su lugar, es positivo usar alternativas como “la migraña es una enfermedad neurológica que puede ser altamente incapacitante”, “el dolor no siempre se ve, pero puede condicionar toda una vida” o “existen tratamientos preventivos que pueden mejorar notablemente la calidad de vida”.

El correcto empleo de las palabras para abordar un tema tan sensible como es una enfermedad que afecta a millones de personas en España es fundamental para informar desde el rigor y la objetividad.

4.3.4. El papel de las imágenes en la comunicación sobre migraña

Del mismo modo que el lenguaje, las imágenes utilizadas para ilustrar la migraña influyen de forma decisiva en la percepción social de la enfermedad[37]. A menudo, estas fotografías no representan con precisión la gama completa de síntomas asociados a la migraña y pueden llevar a construir una imagen distorsionada de la realidad. Con frecuencia, se limitan a mostrar dolor de cabeza leve en mujeres jóvenes o de mediana edad, sin reflejar la diversidad de síntomas, perfiles, géneros y contextos vitales de las personas afectadas. Esta simplificación contribuye también a minimizar la gravedad de la migraña y de su impacto en la vida diaria y a perpetuar estereotipos erróneos[37].

Se recomienda, por tanto, emplear imágenes que representen de una manera más fiel la realidad de la migraña: diversidad de edades, géneros y contextos, así como síntomas más allá del dolor (fatiga, fotofobia, náuseas, dificultad cognitiva o impacto emocional). Una selección cuidadosa de imágenes ayuda a transmitir la verdadera dimensión de la enfermedad y favorece una comunicación más inclusiva y respetuosa.

Guía de imágenes a utilizar en los medios de comunicación:

Al igual que el lenguaje, las imágenes que los medios eligen para ilustrar la información que publican influyen de forma considerable en cómo se percibe la migraña y otras cefaleas. Es por ello por lo que se recomienda seleccionar las fotografías con especial cuidado[37].

Las imágenes deben reflejar de forma precisa y honesta **cómo es vivir con estas enfermedades y cómo afectan a la vida diaria** de las personas con migraña. Se debe evitar la representación limitada que aparece, con frecuencia, en los medios —como, por ejemplo, mostrar únicamente a mujeres de mediana edad con un dolor de cabeza leve— y optar por imágenes que visibilicen que la migraña y las cefaleas afectan a personas de todas las edades y géneros[37].

Además, conviene que las fotografías no simplifiquen los ataques de migraña como “un simple dolor de cabeza”, sino que puedan sugerir o acompañar una realidad más amplia, donde también pueden aparecer síntomas como náuseas, vómitos o alteraciones visuales, entre otros[37].

A continuación, se incluyen ejemplos de imágenes que se utilizan con frecuencia en los medios para ilustrar la migraña y que evidencian una representación limitada que, hoy en día, predomina en muchas informaciones publicadas. Seguidamente, se muestran ejemplos de fotografías que ofrecen una visión más precisa, diversa y fiel de cómo se viven estas enfermedades, priorizando imágenes que reflejen mejor la realidad de la migraña y otras cefaleas[37].

Imágenes de uso frecuente - no recomendable usarlas de forma exclusiva

Las personas que lo padecen no solo son mujeres jóvenes o de mediana edad.

El dolor de cabeza no es el único síntoma.

Ejemplos de imágenes recomendadas

Dolor de cuello, hombros y tensión.

Depresión y ansiedad.

Aura visual.

Migraña interfiriendo en la educación de niños.

Migraña interfiriendo en el trabajo.

Los ataques de cefalea provocan sensibilidad al ruido.

Necesidad de descanso y soledad.

4.4. Importancia de las fuentes de información

Contar con fuentes de información fiables es fundamental para tratar los temas con veracidad. Para ello, es recomendable apoyarse en investigaciones publicadas en revistas científicas y en contenidos elaborados por entidades de referencia, como la Sociedad Española de Neurología o la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE). En estos casos, conviene citar a la fuente con el fin de transmitir transparencia y credibilidad al mensaje.

La voz de profesionales sanitarios especializados permite trasladar el conocimiento médico de forma clara, explicar la complejidad de la enfermedad y resolver dudas frecuentes desde un enfoque divulgativo, accesible y contrastado, facilitando que la ciudadanía entienda mejor la realidad de la migraña.

El uso adecuado de fuentes cualificadas, y en particular de expertos con experiencia clínica e investigadora, ayuda a combatir mitos y desinformación, que, sin duda, repercuten negativamente en el abordaje individual de la migraña. Asimismo, favorece una mayor visibilización de la migraña como **una enfermedad neurológica con un impacto real en la vida de las personas**[36], promoviendo una comunicación más responsable y alineada con la evidencia científica.

4.4.1. El testimonio del paciente

El contacto con las personas que padecen migraña favorece una comprensión integral de lo que supone vivir con dolor de cabeza de manera continuada. Estos testimonios permiten **visibilizar cómo la migraña afecta a la vida cotidiana en primera persona**, aportando valor humano y credibilidad.

Contextualizar los testimonios de las personas con migraña dentro de una publicación en medios de comunicación permite **transmitir con fidelidad** lo que realmente implica convivir con esta enfermedad. Incluir sus experiencias aporta una dimensión humana y cercana al relato, ayudando a reflejar su impacto cotidiano de forma precisa y respetuosa.

4.4.2. Las fuentes y los recursos en la comunicación de la migraña

- Sociedad Española de Neurología (SEN)
- European Headache Federation (EHF)
- Asociaciones de pacientes, como AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea) o Alianzas como la European Migraine and Headache Alliance (EMHA).
- Fundación Española de Cefaleas (FECEF)
- Libro Blanco de la Migraña en España
- Plan Integral de Cefaleas de Andalucía
- Publicaciones científicas revisadas por pares como Headache, Cephalalgia, The Lancet Neurology, etc.
- Recursos divulgativos como la web de dolordecabeza.net o The Migraine Trust.
- Guías clínicas oficiales.
- HEADACHE & MIGRAINE DISEASE LANGUAGE & IMAGE GUIDE. Coalition For Headache And Migraine Patients.
- Migraine And Headache Disease Canadian Language Guide 2023. A Collaborative project by Migraine Canada and Migraine Quebec.

Comunicar bien sobre migraña no es solo una cuestión de precisión técnica: es un acto de justicia hacia quienes la padecen. Supone reconocer el sufrimiento, visibilizar la carga y abrir caminos hacia la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento. Porque la migraña es una discapacidad evitable, y la comunicación tiene un papel decisivo en que así lo sea.

5. Referencias

1. Libro Blanco de la Migraña en España 2021 [Available from: https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2021/11/Libro_Blanco_Migrana_Espana_2021.pdf]
2. AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea). “La migraña en el trabajo. Claves para promover un entorno laboral más inclusivo para personas con migraña”. 2024. [Available from: https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2024/04/guia-migrana-final-suel-tas-abril2024.pdf]
3. Sociedad Española de Neurología (SEN). Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020 [Available from: https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf]
4. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211
5. Noseda R, Burstein R. Migraine pathophysiology: anatomy of the trigeminovascular pathway and associated neurological symptoms, CSD, sensitization and modulation of pain. 2013. Dec; 154 Suppl 1:10.1016/j.pain.2013.07.021. doi: 10.1016/j.pain.2013.07.021
6. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, et al. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. Headache. 2013;53(8):1278-99.
7. Silberstein SD. Migraine symptoms: results of a survey of self-reported migraineurs. Headache. 1995;35(7):387-96.
8. Foxhall K. Migraine: A History [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2019. Chapter Two, The “Beating of Hammers”: Classical and Medieval Approaches to Hemicrania. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544089/
9. Belvís, R., & Morollón, N. (2022). Empodérate de tu migraña. Ergon. ISBN: 978-84-19230-01-0. Disponible en:https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2022/07/Empode%CC%81rate-de-tu-Migran%CC%83a.pdf
10. Gorji A, Khaleghi Ghadiri M. History of headache in medieval Persian medicine. Lancet Neurol. 2002 Dec;1(8):510-5. doi: 10.1016/s1474-4422(02)00226-0. PMID: 12849336.
11. Sanchez-Del-Rio M, García-Azorín D, Peral C, Armada B, Irimia-Sieira P, Porta-Etessam J. Prevalence, disability, and economic impact of migraine in Spain: a nationwide population-based study. J Headache Pain. 2025 May 15;26(1):117. doi: 10.1186/s10194-025-02069-1. PMID: 40375151; PMCID: PMC12079901. https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-025-02069-1
12. EMHA Migraine Stigma Surveys. (s. f.). EMHAlliance. https://www.emhalliance.org/wp-content/uploads/EMHA_STIGMA_2023_FINALANALYSIS.pdf
13. Steiner TJ, et al. World Health Organization (WHO) in collaboration with the European Headache Federation (EHF). J Headache Pain 2007;8:S1–S47
14. Shapiro, R. E., Nicholson, R. A., Seng, E. K., Buse, D. C., Reed, M. L., Zagar, A. J., Ashina, S., Muenzel, E. J., Hutchinson, S., Pearlman, E. M., & Lipton, R. B. (2024). Migraine-Related Stigma and Its Relationship to Disability, Interictal Burden, and Quality of Life: Results of the OVERCOME (US) Study. Neurology, 102, e208074. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000208074.
15. M.D. Sevillano-García, R. Manso-Calderón, P. Cacabelos-Pérez [REV NEUROL 2007;45:400-405]PMID: 17918105DOI: https://doi.org/10.33588/rn.4507.2007122.
16. Datos de población en España del Instituto Nacional de Estadística. Octubre de 2025: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
17. Steiner, T.J., Stovner, L.J., Jensen, R. et al. Migraine remains second among the world’s causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 21, 137 (2020). https://doi.org/10.1186/s10194_020_01208_0
18. Gibbs SN, Shah S, Deshpande CG, Bensink ME, Broder MS, Dumas PK, et al. United States Patients’ Perspective of Living With Migraine: Country-Specific Results From the Global “My Migraine Voice” Survey. Headache. 2020;60(7):1351-64.
19. Onofri, A., Pensato, U., Rosignoli, C. et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. J Headache Pain 24, 8 (2023). https://doi.org/10.1186/s10194-023-01541-0
20. Youssef, P.E. y Mack, K.J. (2020), Episodic and chronic migraine in children. Dev Med Child Neurol, 62: 34-41. https://doi.org/10.1111/dmcn.14338
21. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. Curr Pain Headache Rep. 2012 Feb;16(1):86-92. doi: 10.1007/s11916-011-0233-z. PMID: 22083262; PMCID: PMC3258393
22. AEMICE: https://www.dolordecabeza.net/dolor-de-cabeza/migrana/?
https://www.dolordecabeza.net/dolor-de-cabeza/migrana/&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw2PSvBhDjARIsAKc2cgMVlMOINFnAlXgbC4_suwh60W9_NNANVRsoFq3Q04EAxorCbAomQ9gaAhxCEALw_wcB
23. The Migraine Trust. https://migrainetrust.org/ Accessed May 2023.
24. Martelletti, Paolo, et al. My Migraine Voice Survey: a global study of disease burden among individuals for whom preventive treatment have failed. The Journal of Headache and Pain. 2018. 19:115.
25. The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. Headache. 2019;59(1):1-18.

26. Pascual, J., Núñez, M., Panni, T. et al. Burden and Unmet Needs in Migraine Patients: Results from the OVERCOME (Spain) Study. Pain Ther 12, 1209–1220 (2023). https://doi.org/10.1007/s40122-023-00538-6
27. Pozo-Rosich P, et al. Early treatment in migraine – A call to shift prevention from reactive to proactive (International Headache Society position statement). Cephalalgia. 2025
28. Lipton RB, Fanning KM, Serrano D, Reed ML, Cady R, Buse DC. Ineffective acute treatment of episodic migraine is associated with new-onset chronic migraine. Neurology. 2015;84(7):688-95.
29. Lipton RB, Serrano D, Holland S, Fanning KM, Reed ML, Buse DC. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: effects of sex, income, and headache features. Headache. 2013;53(1):81-92.
30. https://migrainetrust.org/live-with-migraine/healthcare/visiting-your-gp/
31. Bordini CA, Mariano da Silva H, Garbelini RP, Teixeira SO, Speciali JG. Effect of preventive treatment on health-related quality of life in episodic migraine. J Headache Pain. 2005;6(5):387-91.
32. Silberstein SD, Winner PK, Chmiel JJ. Migraine preventive medication reduces resource utilization. Headache. 2003;43(3):171-8.
33. Robblee, J., & Starling, A. J. (2019). SEEDS for success: Lifestyle management in migraine. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 86(11), 741–749. https://doi.org/10.3949/ccjm.86a.19009
34. Plan Integral de Cefaleas de Andalucía
35. D'Amico D, Solari A, Usai S, Santoro P, Bernardoni P, Frediani F, et al. Improvement in quality of life and activity limitations in migraine patients after prophylaxis. A prospective longitudinal multicentre study. Cephalalgia. 2006;26(6):691-6.
36. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1211-59
37. Coalition For Headache And Migraine Patients. (2019, June). Headache & migraine disease language & image guide 2018/19 (Version 1.1). Coalition For Headache And Migraine Patients (CHAMP).
38. Diaz Hernandez L, Fischer R, Zeller A. Health information, what do people search and where? a cross-sectional online survey study in the adult Swiss population. PLoS One. 2024;19(10):e0312120. doi:10.1371/journal.pone.0312120.
39. Oxman M, Larun L, Pérez Gaxiola G, et al. Quality of information in news media reports about the effects of health interventions: Systematic review and meta-analyses. F1000Res. 2021;10:433. doi:10.12688/f1000research.52894.2.
40. Kirkpatrick CE, Lawrie LL. TikTok as a Source of Health Information and Misinformation for Young Women in the United States: Survey Study. JMIR Infodemiology. 2024;4:e54663. doi:10.2196/54663.
41. https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link170.pdf
42. Allen, K. A., Charpentier, V., Hendrickson, M. A., Kessler, M., Gotlieb, R., Marmet, J., Hause, E., Praska, C., Lunos, S., & Pitt, M. B. (2023). Jargon be gone—Patient preference in doctor communication. Journal of Patient Experience, 10, 23743735231158942. https://doi.org/10.1177/23743735231158942
43. Oliver, M. B., Dillard, J. P., Bae, K., & Tamul, D. J. (2012). The effect of narrative news format on empathy for stigmatized groups. Journalism and Mass Communication Quarterly, 89(2), 205-224. https://doi.org/10.1177/1077699012439020
44. Diario de migraña de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE): https:/www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2025/03/Diario-Migrana2025.pdf
45. Comunidad de Madrid. (2020). Programa "Paciente 360º". https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/programa_paciente_360_para_web.pdf
46. Kindelan-Calvo, P., Gil-García, E., Galán-Paredes, A., Izquierdo-Ayuso, G., & Ayuso-Mateos, J. L. (2014). Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Advanced Nursing, 70(10), 2208–2224. https://doi.org/10.1111/jan.12423
47. Alonso-Rodríguez, M. D., Suñol-Mas, A., Palao-López, A., & Pozo-Rosich, P. (2024). Impact of the implementation of a therapeutic education program for patients with chronic migraine. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 60(1), 15–23. https://doi.org/10.1016/j.sedene.2024.05.003
48. Buse, D.C., Lipton, R.B. Facilitating communication with patients for improved migraine outcomes. Current Science Inc 12, 230–236 (2008). https://doi.org/10.1007/s11916-008-0040-3
49. Hospital Clínic de Barcelona. (2023, 27 de septiembre). La educación terapéutica mejora significativamente la gestión de la migraña crónica. Recuperado de https://www.clinicbarcelona.org/noticias/la-educacion-terapeutica-mejora-significativamente-la-gestion-de-la-migrana-cronica
50. Marcus, D. A. (1997). A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of headache. Headache, 37(10), 607–610. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9453274/
51. Nowaczewska, M., Wiciński, M., Kaźmierczak, W., & Kaźmierczak, H. (2020). To eat or not to eat: A review of the relationship between chocolate and migraines. Nutrients, 12(3), 608. https://doi.org/10.3390/nu12030608
52. Bansod, A., Meshram, S., & Ramteke, S. (2025). A study to assess the association between sleep and migraine. Cureus, 17(3), e81453. https://doi.org/10.7759/cureus.81453

SEN
Sociedad Española de Neurología

AEMICE ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MIGRAÑA Y CEFALEA

Con la colaboración de

abbvie

ES-ABBV-260111 (Mar 26)