South American Publishing

SAP Multidisciplinary Open. 2025; 3:37
doi: 10.62486/mo202537

ORIGINAL

Impact of Biodecoding on disability associated with migraine

Impacto de la Biodescodificación en la discapacidad asociada a la migraña

Lisbel Garzón Cutiño[1], Libertad Engracia Valdés Izquierdo[2], Damian Valdés Santiago[3]

[1]Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Miguel Enríquez". Departamento de Neurología. La Habana, Cuba.
[2]Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.
[3]Universidad de la Habana, Facultad de Matemática y Computación. La Habana, Cuba.

Cite as
Garzón Cutiño L, Valdés Izquierdo LE, Valdés Santiago D. Impact of Biodecoding on disability associated with migraine. SAP Multidisciplinary Open. 2025; 3:37. https://doi.org/10.62486/mo202537

Publication History
Submitted: 13-05-2024
Revised: 19-09-2024
Accepted: 23-12-2024
Published: 05-01-2025

Corresponding Author
Lisbel Garzón Cutiño

ABSTRACT

Introduction: migraine is a common neurological disease. 53 % of patients have severe disability. Biodecoding is a holistic method that allows us to know through symptoms what the emotional origin of an illness may be.
Method: experimental research was designed, pretest-postest and with a control group. 40 patients were included in the study, 20 who received treatment only with gabapentin (control group) and 20 who were additionally treated with biodecoding (study group). The response was evaluated one month and three months after the intervention. Descriptive statistics and inferences were used to analyze the data.
Results: before the intervention, 75 % of the patients in both groups had a very severe headache impact. One month after treatment, 70 % of the patients in the study group had 15 % in the control group had little or no impact. By the third month, 95 % of the patients in the study group and 65 % of the patients in the control group had little or no impact of the headache. Before treatment, 100 % of the patients presented severe disability, after three months this disability had a statistically significant improvement.
Conclusions: biodecoding reduces the severe impact of headache and reduces migraine disability.

Keywords: Impact of Headache; Migraine Disability; Biodecoding.

RESUMEN

Introducción: La migraña es una enfermedad neurológica frecuente. El 53 % de los pacientes presenta discapacidad severa. La Biodescodificación es un método holístico que permite conocer a través de los síntomas cuál puede ser el origen emocional de una enfermedad.
Método: se realizó una investigación experimental preprueba-posprueba y con grupo control. Se incluyeron 40 pacientes en el estudio, 20 que recibieron tratamiento con gabapentina (grupo control) y 20 que adicionalmente fueron tratados con Biodescodificación (grupo estudio). Se evaluó la respuesta al mes y a los tres meses de la intervención. Se empleó la estadística descriptiva e inferencial para el análisis de los datos.
Resultados: antes de la intervención, el 75 % de las pacientes en ambos grupos presentaron un impacto muy severo de la cefalea. Al mes del tratamiento el 70 % de las pacientes en el grupo estudio tenían cierto impacto y el 15 % en el grupo control poco o ningún impacto. Al tercer mes, el 95 % de las pacientes del grupo estudio y el 65 % de las pacientes en el grupo control presentaron poco o ningún impacto de la cefalea. Antes del tratamiento el 100 % de las pacientes presentaron discapacidad severa, a los tres meses esta discapacidad tuvo una mejoría estadísticamente significativa.
Conclusiones: la Biodescodificación reduce el impacto severo de la cefalea y disminuye la discapacidad por migraña.

Palabras clave: Impacto de la Cefalea; Discapacidad por Migraña; Biodescodificación.

© 2025; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

La migraña es una de las enfermedades neurológicas más comunes. La OMS plantea que es la octava enfermedad más discapacitante de la humanidad en días de capacidad por años vividos. A nivel global, la migraña es responsable del 1,3 % del total de años de vida perdidos debido a discapacidad. Solo un 8 % de los que la padecen tienen plenas capacidades funcionales, 39 % tiene limitación parcial o leve que no interfiere con sus actividades y el 53 % restante presenta discapacidad severa. El impacto económico por la migraña es el segundo más alto de todas las enfermedades neurológicas.[1,2]

La migraña afecta negativamente la calidad de vida y la productividad laboral. La escala de discapacidad relacionada con la migraña (MIDAS) mide el impacto que la cefalea tiene, tanto en el ámbito laboral como en el doméstico y sociofamiliar. La génesis de la discapacidad es compleja y está profundamente relacionada con la fisiopatología. Si el paciente no dispone de terapéuticas efectivas se crea un mecanismo de retroalimentación positiva que determina que a mayor discapacidad, se incremente la frecuencia de las crisis y la intensidad del dolor.[2,3]

Por otra parte la Biodescodificación es un método integrador y holístico que permite conocer a través de los síntomas cuál puede ser el origen emocional de una enfermedad, lo que contribuye a una comprensión profunda de los mismos y la relación de estos conflictos emocionales con los cambios físicos del organismo.[4]

Los cambios resultantes de la aplicación de la Biodescodificación se deben a la activación de una de las propiedades que tiene el cerebro: la neuroplasticidad, la cual condiciona que grupos neuronales sean activados lo que favorece la recuperación de funciones antes distorsionadas o bloqueadas.[5]

El uso de un método no farmacológico como tratamiento preventivo de la migraña contribuye a evitar las reacciones adversas ocasionadas por los fármacos.[2]

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental con preprueba - posprueba y grupo de control en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez" desde el 1 de noviembre del 2023 al 30 de abril del 2024.

Universo de Estudio: incluye a todos los pacientes con migraña que fueron atendidos en las consultas de Neurología del Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez" durante el período de estudio.

Criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico de migraña definida según criterios de la Sociedad Internacional de la Cefalea, pacientes femeninas, que no tuvieron tratamiento preventivo durante los últimos 12 meses.

Muestra: la muestra quedó constituida por 40 pacientes femeninas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta que esta patología objeto de estudio es más frecuente en el género femenino.

La muestra se dividió en 2 grupos. Un grupo control que utilizó tratamiento preventivo con 600 mg de Gabapentina y un grupo estudio en el que se empleó tratamiento preventivo con 600 mg de Gabapentina más Biodescodificación. Se evaluó la respuesta al mes y a los tres meses.

Se midieron variables clínicas: Antecedentes patológicos personales, antecedentes familiares de migraña, clasificación clínica. Dependientes: impacto de la cefalea, discapacidad por migraña. Independiente: tratamiento preventivo mediante Biodescodificación. Escala de impacto de la cefalea (HIT-6): se utilizó esta escala para determinar el impacto de la cefalea. La consistencia interna es adecuada (α de Cronbach = 0,89) y la fiabilidad test-retest (ICC) entre 0,78 y 0,90.[6] Escala de valoración de la discapacidad en migraña (MIDAS): se empleó para determinar la discapacidad por migraña. Su consistencia interna oscila entre 0,73-0,76.[7]

Las variables cualitativas fueron resumidas en frecuencias absolutas y porcentajes. Para comprobar la posible asociación entre variables cualitativas, se aplicó la prueba de ji-cuadrado (X^2). Se utilizó la prueba de Wilcoxon para la comparación de las variables relacionadas antes y después del tratamiento en cada grupo. Se prefijó un nivel de significación α= 0,05 en todas las pruebas de hipótesis con un intervalo de confianza del 95 %.

Aspectos Éticos

Esta investigación se aprobó por el Comité de Ética y el Consejo Científico del Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Miguel Enríquez". El estudio se realizó de acuerdo a los Principios de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (B). En todo momento se garantizó la confidencialidad de las personas, por lo que los datos fueron manejados a través de números asignados. Los pacientes incorporados al estudio, firmaron previamente un consentimiento informado, documento que explica adecuadamente y con lenguaje claro, los motivos, beneficios y riesgos de la investigación.

RESULTADOS

Con respecto a los antecedentes patológicos personales, la hipertensión arterial tuvo una frecuencia relativa en el grupo estudio de un 15 % y en el grupo control de un 25 %. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($X^2(1) = 0,625$, $p = 0,429$). Según los antecedentes familiares de migraña, se observó que en ambos grupos fue más frecuente no mostrar antecedentes de esta enfermedad (grupo de estudio: 65 %, grupo control: 60 %) ($X^2(1) = 0,960$, $p = 0,327$). En cuanto a la clasificación clínica de la migraña, se evidenció en ambos grupos un predominio de la migraña episódica sin aura, con un 85 % en el grupo de estudio y un 65 % en el grupo control ($X^2(1) = 2,13$, $p = 0,144$) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las pacientes según variables clínicas

Variables clínicas	Grupo Estudio (n = 20)	Grupo Control (n = 20)	*p* valor
Antecedentes patológicos personales			
Hipertensión Arterial	3 (15,0 %)	5 (25,0 %)	1,000
Epilepsia	2 (10,0 %)	2 (10,0 %)	0,633
Antecedentes Familiares de migraña			
Sí	7(35,0 %)	8 (40,0 %)	
No	13 (65,0 %)	12 (60,0 %)	
Clasificación clínica			
Episódica con aura	2 (10,0 %)	4 (20,0 %)	0,376
Episódica sin aura	17 (85,0 %)	13 (65,0 %)	0,144
Crónica sin aura	1 (5,0 %)	3 (15,0 %)	0,292

Con respecto a la variable impacto de la cefalea, antes de la intervención, el 75 % de las pacientes en ambos grupos presentaron un impacto muy severo de la cefalea, con un promedio en la escala HIT-6 de 62,5 puntos (DE = 4,70) y 62,5 puntos (DE = 4,20) en el grupo control. No obstante, al mes de la intervención se observó una mayor reducción de este impacto en el grupo de estudio. El 70 % de las pacientes en este grupo de tratamiento tenían cierto impacto y el 15 % poco o ningún impacto, con un promedio en la escala HIT-6 de 52 puntos (DE = 3,60), diferencia que fue estadísticamente significativa con respecto al nivel basal (W = 190, $p <$ 0,001). En el grupo control, el 45 % de las pacientes mantuvieron un impacto muy severo de la cefalea y solo el 15 % (3 enfermas) presentaron cierto impacto, con un promedio en la escala HIT-6 de 59 puntos (DE = 2,41), donde se reportó también una diferencia estadísticamente significativa respecto al nivel basal (W = 208, $p < 0,001$) (tabla 2).

Al tercer mes de tratamiento, el 95 % de las pacientes del grupo estudio presentaron poco o ningún impacto de la cefalea. Con un promedio de la escala HIT-6 de 36,9 puntos (DE = 3,13), donde se reportó nuevamente una diferencia estadísticamente significativa con respecto al nivel basal (W = 210, $p < 0,001$). En el grupo control, el 65 % de las pacientes mantuvieron cierto impacto de la cefalea y un 25 % presentó poco o ningún impacto, con un promedio de la escala HIT-6 de 51,3 puntos (DE = 4,80), donde se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa cuando se comparó con el estado basal (W = 210, $p < 0,001$) (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según el impacto de la cefalea

Impacto de la cefalea	Grupo Estudio (n = 20)			Grupo control (n = 20)		
	Basal No (%)	1 mes No (%)	3 meses No (%)	Basal No (%)	1 mes No (%)	3 meses No (%)
Poco impacto	0 (0,00)	3 (15,0)	19 (95,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (25,0)
Cierto Impacto	0 (0,00)	14 (70,0)	1 (5,00)	0 (0,00)	3 (15,0)	13 (65,0)
Impacto importante	5 (25,0)	2(10,0)	0 (0,00)	5 (25,0)	8 (40,0)	1 (5,00)
Impacto muy severo	15 (75,0)	1 (5,00)	0 (0,00)	15 (75,0)	9 (45,0)	1 (5,00)
Media	62,5	52,4	36,9	62,5	58,6	51,3
DE	DE = 4,70	DE = 3,60	DE = 3,13	DE = 4,20	DE = 2,41	DE = 4,80

Respecto a la discapacidad, se constató antes de la intervención que la mayor parte de las pacientes presentaron discapacidad severa (grupo estudio: 95 %; grupo control: 100 %) con un promedio en la escala MIDAS de 23,15 puntos (DE = 2,11) para el grupo estudio y 23,2 puntos (DE = 1,74) para el grupo control. A los tres meses de la intervención, en el grupo de estudio se comprobó que el 95 % de las pacientes presentaron discapacidad nula o mínimas, con un promedio en la escala MIDAS de 2,45 puntos (DE = 2,19)(figura 1), donde se reportó una diferencia estadísticamente significativa respecto al nivel basal (W = 210, $p < 0,001$).Por otra parte, en el grupo control el 55 % de las pacientes presentó discapacidad moderada y solo el 15 % discapacidad mínima o nula, con un promedio de MIDAS de 13,3 puntos (DE = 6,26) (figura 2), lo cual fue igualmente estadísticamente significativo respecto al nivel basal (W = 210, $p < 0,001$). Al comparar los dos grupos, se comprobó una disminución estadísticamente significativa de la discapacidad en ambos, con una mayor reducción de la discapacidad en el grupo estudio (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de las pacientes según discapacidad

Discapacidad por migraña	Grupo Estudio (n = 20)		Grupo Control (n = 20)	
	Antes No (%)	A los 3 meses No (%)	Antes No (%)	A los 3 meses No (%)
Discapacidad nula o mínima	0 (0,00)	19 (95,0)	0 (0,00)	3 (15,0)
Discapacidad leve	0 (0,00)	1 (5,00)	0 (0,00)	3 (15,0)
Discapacidad moderada	1 (5,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (55,0)
Discapacidad severa	19 (95,0)	0 (0,00)	20 (100)	3 (15,0)
Media DE	23,15 DE = 2,11	2,45 DE = 2,19	23,2 DE = 1,74	13,3 DE = 6,26

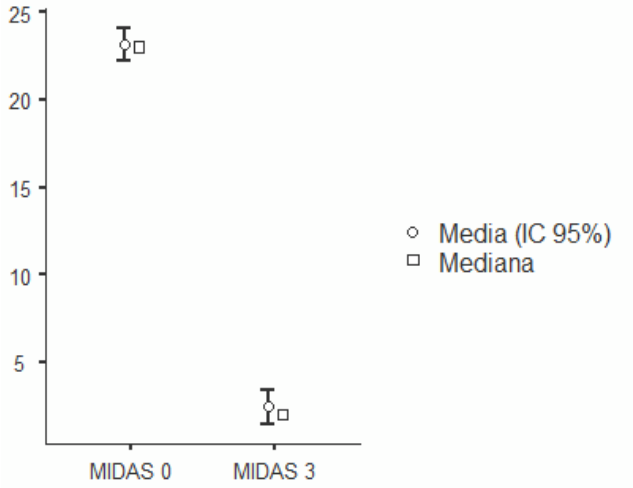

Figura 1. Comportamiento de la discapacidad por migraña, antes y a los 3 meses del tratamiento en el grupo estudio

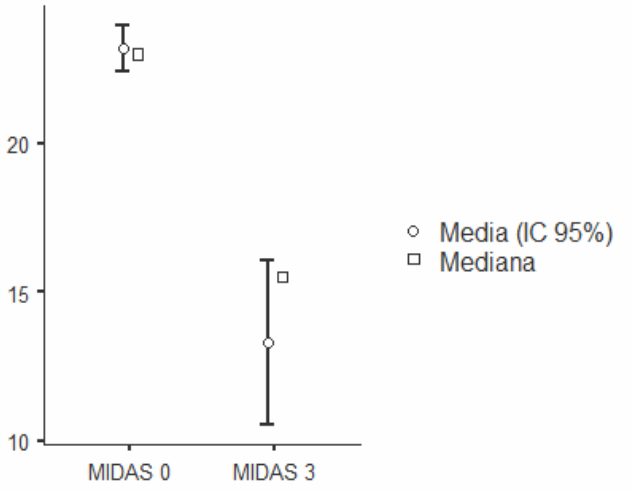

Figura 2. Comportamiento de la discapacidad por migraña, antes y a los 3 meses del tratamiento en el grupo control

DISCUSIÓN

Barriento et al.[8] reportaron que en su estudio el antecedente de hipertensión arterial estuvo presente en el 11,42 %, resultado similar al encontrado en esta investigación. En cuanto a los antecedentes familiares de migraña, se reportó un predominio de pacientes con antecedentes de esta enfermedad (68,42 %), lo cual no coincide con lo reportado en la presente investigación. El 100 % de las pacientes tuvieron diagnóstico de migraña sin aura, al igual que en este estudio, donde predominaron las pacientes con esta clasificación clínica.

Mc Allister et al.[9] desarrollaron un estudio donde evaluaron el efecto de la infusión de eptinezumab durante la crisis de migraña como tratamiento preventivo. A las cuatro semanas, la puntuación de la escala HIT-6 disminuyó 8,7 puntos con respecto a la basal de 65,1 puntos en el grupo estudio, superior al placebo que disminuyó 4,5 puntos en relación con la puntuación basal de 64,8 puntos. Resultado similar se reportó en la presente investigación.

Ashina et al.[10] con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de eptinezumab en el tratamiento preventivo de la migraña, se observó que a los tres meses de la intervención hubo una disminución estadísticamente significativa de la puntuación de la escala HIT-6 de 8,5 puntos con respecto a 3,1 puntos en el grupo placebo ($p < 0,0001$). En la presente investigación se obtuvieron resultados similares en ambos grupos de tratamiento.

Por otro lado, Augello et al.[11] realizaron una investigación para probar la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la migraña. Estos investigadores concluyeron que hubo mejoría en el impacto de la cefalea en 96 pacientes en el grupo estudio contra 33 en el grupo control (80 % y 27,5 % respectivamente) con una asociación estadísticamente significativa. Resultado similar se apreció en la presente investigación, ya que el 95 % del grupo estudio comparado con el 25 % del grupo control presentó una mejoría del impacto de la cefalea.

Vázquez[12] encontró que antes de comenzar la intervención el grupo de memantina tenía un promedio de MIDAS de 60,87 puntos (DE = 25,22) y el grupo valproato 51,92 puntos (DE = 22,67). Posterior al tratamiento, en el primer grupo se constató un promedio de MIDAS de 15,57 puntos (14,32) y en el segundo grupo 10,53 puntos (DE = 19,97), resultados que fueron estadísticamente significativos en ambos grupos. Similares hallazgos se observaron en la presente investigación.

Barbanti et al.[13] con el propósito de evaluar la eficacia de erenumab en pacientes con migraña dividieron la muestra en dos

grupos: migraña episódica con un alto número de crisis por mes y migraña crónica. Reportaron que a las 24 semanas los pacientes del primer grupo tuvieron una reducción en la escala MIDAS de 62,4 puntos (DE = 42,0) a 55,0 puntos (DE = 42,5) y los del segundo de 90,0 puntos (DE = 65,8) a 72,6 puntos (DE = 59,5), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

La Biodescodificación reduce el impacto negativo de la cefalea y disminuye la discapacidad por migraña.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Lisbel Garzón Cutiño, Damian Valdés Santiago.
Curación de datos: Lisbel Garzón Cutiño, Libertad Engracia Valdés Izquierdo.
Análisis formal: Lisbel Garzón Cutiño, Libertad Engracia Valdés Izquierdo.
Investigación: Lisbel Garzón Cutiño, Libertad Engracia Valdés Izquierdo.
Metodología: Lisbel Garzón Cutiño, Damian Valdés Santiago.
Administración del proyecto: Lisbel Garzón Cutiño.
Recursos: Lisbel Garzón Cutiño, Libertad Engracia Valdés Izquierdo.
Software: Lisbel Garzón Cutiño, Damian Valdés Santiago.
Supervisión: Lisbel Garzón Cutiño.
Validación: Lisbel Garzón Cutiño.
Visualización: Lisbel Garzón Cutiño, Damian Valdés Santiago.
Redacción – borrador original: Lisbel Garzón Cutiño, Libertad Engracia Valdés Izquierdo.
Redacción – revisión y edición: Lisbel Garzón Cutiño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peters GL. Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. Am J Manag Care. [Internet]. 2019. [Consultado julio 2023]; 25(2 Suppl):23-34. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681821/

2. Garzón Cutiño L, Valdés Izquierdo LE, Valdés Santiago D, Coello Caballero H. Clinical characterization of women with migraine in neurology consultation. AG Salud. 2024; 2:99. https://doi.org/10.62486/agsalud202499

3. Santos-Lasaosa S, Belvis R, Cuadrado ML, Díaz-Insa S, Gago-Veiga AB, Guerrero-Peral AL, Huerta M, Irimia P, Láinez JM, Latorre G, Leira R, Pascual J, Porta-Etessam J, Sánchez del Río M, Viguera J, Pozo-Rosich P. CGRP en migraña: de la fisiopatología a la terapéutica. Neurología. [Internet]. 2022. [Consultado Marzo 2024]; 37(5). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.03.013

4. Solano-Mora A, Ramírez-Vargas X, Solano-Castillo A. Actualización de la Migraña. Revista Médica Sinergia. [Internet]. 2020. [Consultado Marzo 2024]; 5(4):e447. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7398772

5. Valdés-Izquierdo LE, Herrera-Wainshtok AC, Varela-Rodríguez LA, Solernou-Mesa IA. AELI® KINETEST, complemento para el diagnóstico clínico. Educación Médica Superior. [Internet]. 2023. [Consultado Diciembre 2023]; 37(2):e3852. https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/3852

6. Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6TM) across episodic and chronic migraine. Cephalalgia. [Internet]. 2011. [Consultado Marzo 2024]; 31(3):357-67. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819842

7. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. Pain. [Internet]. 2000. [Consultado Marzo 2024]; 88(1):41–52. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11098098

8. Barrientos UN, Juliet PR, Rapoport A, Salles GP, Milán SA, Meza CP. Cefalea por abuso de medicamentos y sus marcadores clínicos. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. [Internet]. 2022. [Consultado Abril 2024]; 60(1):26-39. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resourcept/biblio-1388418

9. McAllister P, Winner P, Chakhava G, Ailani J, Cady R, Ettrup A et al. Eptinezumab treatment initiated during a migraine attack

prolonged the time to next migraine and improved HIT-6 outcomes. European Journal of Neurology. [Internet]. 2021. [Consultado Mayo 2024]; 28(227). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ene.14974

10. Ashina M, Lanteri-Minet M, Pozo-Rosich P, Ettrup A, Christoffersen C, Josiassen M et al. Efficacy and safety of Eptinezumab for migraine prevention in patients with 2-4 prior preventive treatment failures. European Journal of Neurology. [Internet]. 2022. [Consultado Mayo 2024]; 29(418). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ene.15466

11. Augello S, Trujillo Y, Arjona M, Maderos I, Zayas B, Zarzabal Y. Acupuntura con estimulación manual en la cefalea migrañosa. Correo Científico Médico. [Internet]. 2015. [Consultado Mayo 2024]; 19:645-55. Disponible en: https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2149/737

12. Vázquez Guevara DD. Eficacia de memantina comparada con valproato de sodio en el tratamiento profiláctico de migraña. [Tesis de posgrado]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2020. [Consultado Mayo 2024]. Disponible en: https://www.biblioiconografiamexicana.uaslp.mx/xmlui/handle/i /7724

13. Barbanti P, Egeo G, Aurilia C, Torelli P, Finocchi C, d'Onofrio F et al. Early and sustained efficacy of fremanezumab over 24-weeks in migraine patients with multiple preventive treatment failures: the multicenter, prospective, real-life FRIEND2 study. Journal of Headache and Pain. [Internet]. 2023. [Consultado Mayo 2024]; 24(1):30. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36949388/