

ENCUESTA MIGRAÑA Y TRABAJO: ESTUDIO DE SITUACIÓN
Tiempo aproximado para responder esta encuesta: 6 minutos

El objetivo de este estudio es conocer la situación del trabajador con Migraña dentro del mundo del trabajo y comparar la situación en los distintos países participantes.

De esta forma, Y con los datos resultantes, se puede favorecer la puesta en marcha de actuaciones para mejorar el entorno laboral y la máxima integración del trabajador con migraña dentro de las empresas.

Se desea implementar las medidas preventivas y adaptativas con beneficio común para: El trabajador, El sanitario y El empresario

* Esta encuesta se ha llevado a cabo con el aval científico de la asociación española de especialistas en medicina del trabajo AEEMT.

COMPRUEBE QUE CUMPLE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL ESTUDIO:

☐ Su Participación es voluntaria

☐ Conoce que los datos que se obtengan serán de uso confidencial

☐ Cumple criterios de migraña

☐ Está trabajando en el momento de la encuesta, o lo ha estado en el año previo

CUESTIONES DEL PACIENTE/TRABAJADOR: RELATIVAS A SUS DATOS PERSONALES

- 1) Edad
 - Menos de 20 años
 - Entre 21-40
 - Entre 41-60
 - Más de 61
- 2) Sexo
 - Hombre
 - Mujer
- 3) Lugar de residencia
 - España
 - Italia
 - Francia
 - Portugal
 - Irlanda
 - Reino Unido
 - Alemania
 - Otro país de la UE
- 4) Características de su localidad de residencia: número aproximado de habitantes
 - Hasta 500 habitantes
 - Desde 500-10.000 habitantes

1

- Desde 10.000-250.000 habitantes
 - Desde 250.000-1 millón de habitantes
 - Más de un millón de habitantes
- 3) Nivel de estudios
 - Elementales
 - Medios
 - Superiores
 - 6) Apoyo que recibe el trabajador de su entorno durante las crisis de migraña
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - 7) Ámbito en el que vive
 - Rural (pueblo)
 - Urbano (capital)

CUESTIONES DEL PACIENTE/TRABAJADOR: RELATIVAS A SU MIGRAÑA

- 8) Tipo de Migraña que padece
 - Con aura
 - Sin aura
 - Ambos tipos
 - Crónica/Cronificada
- 9) Duración de las Crisis
 - Menos de 4 horas
 - Entre 4-6 horas
 - Más de 6 horas
- 10) Frecuencia de las crisis
 - Menos de 3/mes
 - Entre 3-6/mes
 - Más de 6/mes
- 11) Control Médico (MARCAR LAS OPCIONES NECESARIAS, PUEDEN SER MÁS DE UNA)
 - Por neurólogo
 - Por médico general/de familia/atención primaria
 - Por médico del trabajo
 - Por otro médico/otra especialidad
 - Por enfermería
 - No llevo control médico/ autocontrol
- 12) Tratamiento Preventivo de las crisis de migraña (MARCAR LAS OPCIONES NECESARIAS, PUEDEN SER MÁS DE UNA)
 - llevo un tratamiento preventivo siempre
 - llevo un tratamiento preventivo en temporadas
 - llevo varios tratamientos preventivos siempre
 - llevo varios tratamientos preventivos en temporadas
 - no llevo tratamiento preventivo
 - no sé qué es un tratamiento preventivo

13) Tratamiento para el dolor cuando tiene crisis de migraña (MARCAR LAS OPCIONES NECESARIAS, PUEDEN SER MÁS DE UNA)

2

- Con analgésicos simples
 - Con antiinflamatorios
 - Con triptanes
 - Con otros tratamientos sintomáticos
 - Con varios tratamientos sintomáticos no nombrados anteriormente
 - No llevo tratamiento sintomático
 - No sé qué es un tratamiento sintomático
- 14) ¿Usa otros tratamientos complementarios? (dietas, fisioterapia, mindfulness...etc.)
- . Si
- . No

CUESTIONES DEL PACIENTE/TRABAJADOR: RELATIVAS A SU TRABAJO

- 15) Empresa-sector de trabajo actual del trabajador
 - Autónoma/por cuenta propia
 - Por cuenta ajena
 - Construcción
 - Industria
 - Sanitario
 - Hostelería
 - Administración pública
 - Servicios comerciales
 - Otros servicios: abogado, ingeniero, arquitecto, consultor, asesor
 - Docencia
 - Otros sectores profesionales
- 16) Puesto de Trabajo actual del trabajador
 - Administrativo
 - Comercial
 - Limpieza
 - Mantenimiento
 - Fuerzas de orden público
 - Sanitario
 - Operario de la industria
 - Dependiente/atención al cliente
 - Mando intermedio
 - Puesto directivo
 - Profesor
 - Otros
- 17) Riesgos del puesto que desempeña (MARCAR LAS OPCIONES NECESARIAS, PUEDEN SER MÁS DE UNA)
 - Manipulación de cargas
 - Exposición a ruido
 - Exposición a sustancias químicas
 - Estrés laboral
 - Turnos de trabajo rotatorios o nocturno
 - Conducción de vehículos (más de 1/3 de la jornada laboral)
 - Vibraciones

3

- Trabajos que requieren gran atención o de precisión
 - Manejo de maquinaria de riesgo (carritillas elevadoras o similares)
 - Malas condiciones medioambientales (temperatura, humedad)
 - Ergonomía inadecuada (mobiliario y herramientas o utensilios de trabajo no adecuados)
 - Uso de Pantallas de Visualización de Datos/ordenadores
 - Otros
 - Desconozco los riesgos del puesto
- 18) Tamaño de la empresa donde trabaja
- Microempresa (con menos de 10 trabajadores)
 - Pequeña empresa (entre 11 a 49 trabajadores)
 - Mediana empresa (entre 50 a 250 trabajadores)
 - Empresa grande (más de 250 trabajadores)
- 19) Ubicación de la empresa donde trabaja
- Urbano (capital o polígono de la capital)
 - Rural (pueblo o polígono industrial aislado)
- 20) Servicio de prevención en la empresa en la que trabaja
- Propio (de la empresa)
 - Ajeno (concertado con otra empresa)
 - Desconozco el tipo de servicio de prevención
- 21) Servicio Médico en la empresa en la que trabaja
- Si hay, a jornada completa
 - Si hay, a tiempo parcial
 - No se dispone en la empresa
 - Desconozco si existe servicio médico en la empresa
- 22) Reconocimientos periódicos de vigilancia de la salud en la empresa en que trabaja
- Si, Voy todos los años
 - Si, Voy cada dos años
 - Si, Voy esporádicamente
 - No voy nunca
 - Desconozco si hay o acude a los reconocimientos de vigilancia de la salud
- 23) Opciones de gestión de la empresa
- ¿La migraña le ha impedido acceder a algún trabajo?
 - Si
 - No
 - ¿Le han despedido del trabajo o no renovado su contrato por padecer migraña?
 - Si
 - No
 - ¿Ha tenido dificultades en su empresa por padecer migraña (amonestaciones, sanción por bajo rendimiento, ausencias del trabajo o dudas sobre sus ausencias del trabajo por crisis de migraña...)?
 - Si
 - No
 - En el caso de que haya tenido dificultades o conflicto laboral por limitaciones/pérdida de productividad para realizar adecuadamente su trabajo por padecer migraña, ¿a qué frecuencia?
 - diariamente
 - semanalmente
 - alguna vez al mes
 - de forma muy esporádica
 - No repercute en mi trabajo

- ¿Ha solicitado ser considerado como trabajador especialmente sensible por su migraña con relación al puesto de trabajo que desempeña? (en España art. 23 LPRL)
 - Si
 - No
 - No sé lo que es eso
 - ¿Ha solicitado alguna vez modificación de sus condiciones de trabajo por la migraña (de lugar, horario, funciones asignadas, etc.)?
 - Si
 - No
 - ¿Ha solicitado alguna vez cambio de puesto de trabajo por la migraña?
 - Si
 - No
 - Si lo ha solicitado ¿Le han adaptado o ajustado de alguna forma el puesto de trabajo en su empresa por la migraña (cambio de puesto o de lugar, horario, funciones asignadas, etc.)?
 - Si
 - No
 - ¿Se ha sentido comprendido y apoyado por su empresa por las limitaciones que implica la migraña?
 - Si
 - No
 - ¿Se ha sentido comprendido y apoyado por sus compañeros en relación a las limitaciones que implica la migraña?
 - Si
 - No
- 24) Percepción personal de su capacidad laboral los días sin migraña (autopercepción)
- Los días que usted **NO SUFRE UNA CRISIS DE MIGRAÑA**: ¿se considera limitado para realizar adecuadamente su trabajo?
 - Si, diariamente
 - Si, semanalmente
 - Si, alguna vez al mes
 - Si, pero de forma muy esporádica
 - No repercute en mi trabajo
- 25) Percepción personal de su capacidad laboral los días sin migraña (autopercepción)
- Los días que **NO SUFRE UNA CRISIS**: ¿Para qué trabajos se considera limitado por las secuelas de la migraña o sus tratamientos?
 - Para ninguno, puedo realizar cualquier trabajo
 - Me considero limitado para algunos trabajos
 - Me considero limitado para todos los trabajos
- 26) Percepción personal de su capacidad laboral los días que sufre migraña (autopercepción)
- Los días que usted **SÍ TIENE UNA CRISIS DE MIGRAÑA**: ¿Considera que la migraña puede llegar a imposibilitarle la realización de su trabajo?
 - Si
 - No
- 27) ¿Considera que por ser afectado de migraña es usted una persona discapacitada?:
- No
 - Si, pero solo durante las crisis
 - Si, todo el tiempo
- 28) ¿Considera que el hecho de trabajar aunque sufra migraña le facilita la integración social?

- Si
- No

29) ¿Considera que el mundo del trabajo facilita la integración de la persona con Migraña?

- Si
- No

30) ¿Qué pediría a las empresas para mejorar la situación de los trabajadores que como usted sufren de migraña? (MARCAR LAS OPCIONES NECESARIAS, PUEDEN SER MÁS DE UNA)

- Flexibilidad horaria
- Opciones de Adaptaciones en el puesto de trabajo
- Opciones de Cambios de puesto de trabajo
- Trabajar desde casa/teletrabajo
- Tener en la empresa Zonas de descanso/silencio
- Tener Servicio Sanitario en mi empresa (médico-enfermería)
- Varias o todas ellas

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN