

Condicionantes socioeconómicos de la migraña y otras cefaleas

Socioeconomic determinants of migraine and other headaches

Germán Latorre-González

Servicio de Neurología, Unidad de Cefaleas, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid

Resumen

Las cefaleas primarias constituyen un conjunto de enfermedades neurológicas altamente discapacitantes. Aunque la cefalea tipo tensión es la más frecuente, sin duda es la migraña, que combina una alta prevalencia y una muy elevada discapacidad asociada, la enfermedad mejor estudiada y con más opciones terapéuticas. La relación entre condicionantes socioeconómicos y cefalea está bien establecida a pesar de no haber sido estudiada en profundidad y de presentar en ocasiones disparidades en las conclusiones de los estudios, probablemente por la presencia de sesgos metodológicos relevantes. En general, casi todos los estudios concluyen que existe una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia e impacto de las cefaleas primarias, y que esta relación en general es multifactorial. Además, en la migraña se sabe que el bajo nivel socioeconómico es un factor de riesgo de progresión y cronificación de la enfermedad y que, en general, las personas con menor poder adquisitivo son más propensas a sufrir inequidad en el acceso a un correcto diagnóstico, un tratamiento agudo y preventivo específico, una unidad de cefaleas, pruebas complementarias y tratamientos de última generación. El estigma de la migraña, que supone una fuente más de desigualdad en la atención a los pacientes que la sufren, se ha analizado en los últimos años de forma relativamente profunda.

Palabras clave: Cefaleas primarias. Condicionantes socioeconómicos. Políticas sanitarias. Estigma. Migraña. Cefalea tipo tensión. Discapacidad. Cefalea en racimos. Neuralgias craneales. Cefaleas secundarias.

Abstract

Primary headaches represent a group of highly disabling neurological disorders. Although tension-type headache is the most prevalent, migraine (combining high prevalence with substantial associated disability) remains the best-studied condition and the one with the broadest therapeutic options. The relationship between socioeconomic determinants and headache is well established, despite not having been explored in depth and sometimes showing disparities across study results, likely due to relevant methodological biases. Overall, most studies conclude that there is an inverse association between socioeconomic status and the prevalence and impact of primary headaches, and that this relationship is generally multifactorial. In migraine, low socioeconomic status is recognized as a risk factor for disease progression and chronicification. Furthermore, individuals with lower income are more likely to experience inequities in access to accurate diagnosis, specific acute and preventive treatments, specialized headache units, complementary investigations, and novel therapies. The stigma associated with migraine, which constitutes an additional source of inequality in the care of affected patients, has been analyzed in recent years with relative depth.

Keywords: Primary headaches. Socioeconomic determinants. Health policies. Stigma. Migraine. Tension-type headache. Disability. Cluster headache. Cranial neuralgias. Secondary headaches.

Correspondencia:

Germán Latorre-González

E-mail: ger.latorre@gmail.com

1577-8843 / © 2025. Kranion. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 06-08-2025

Fecha de aceptación: 27-08-2025

DOI: 10.24875/KRANION.M25000119

Disponible en internet: 20-11-2025

Kranion. 2025;20(4):180-187

www.kranion.es

Introducción

Desde una perspectiva de salud pública, las cefaleas primarias en general y la migraña en particular deberían ser una prioridad absoluta de las políticas de salud al suponer un verdadero reto para la sociedad. Según los estudios del Global Burden of Disease (GBD), las cefaleas suponen por sí mismas el 5,4% de todos los años de vida vividos con discapacidad (YLD, *years lived with disability*) en el mundo¹. La migraña es la enfermedad neurológica más discapacitante según este índice en todo el mundo, siendo en general los trastornos neurológicos los más emergentes y que suponen una verdadera preocupación de salud poblacional a nivel mundial. Los dos parámetros fundamentales para definir los YLD de la migraña son la prevalencia y la frecuencia de los ataques, por lo que sería muy importante para diseñar campañas de salud pública definir la reducción de cuál de estos índices conllevaría un mayor impacto en la reducción de la discapacidad asociada a la enfermedad². De esta forma, no se puede desvincular la investigación de estos fenómenos del contexto socioeconómico.

En un sentido global, la posición socioeconómica (PSE) tiene un impacto mayúsculo en los resultados de salud y la relación siempre es en un sentido: a menor PSE, mayor riesgo de desarrollar enfermedades (prevalencia) y mayor gravedad tendrán estas en sus manifestaciones (número de ataques de cefalea, en el caso que nos ocupa)³. Sin embargo, se pueden definir grupos dentro de la población con baja PSE y la relación de estos con la cefalea no siempre está clara. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios se han centrado en la prevalencia de la cefalea, siendo escasos los que analizan la frecuencia de los ataques. Además, la mayoría de los estudios están realizados en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el también llamado «club de los países ricos», por lo que la información de los países en vías de desarrollo es aún más escasa.

Los resultados también han sido heterogéneos por la forma diferencial de medir la PSE (educación, ingresos, ocupación) y la utilización de variables de control diferentes. No obstante, existe cierto consenso en que es más útil usar varios indicadores socioeconómicos en lugar de solo uno⁴. Existen menos estudios publicados que relacionen la frecuencia de la cefalea con la PSE, siendo esta ausencia más notable en la migraña episódica (ME) que en la migraña crónica (MC), mucho menos frecuente en la población general⁵. En general, los pocos estudios existentes han demostrado que, a menor PSE,

mayor es el riesgo de tener migraña frecuente y mayor es el riesgo de tener un número y una gravedad de ataques más elevados. Al no existir un marcador biológico de la enfermedad y basarse el diagnóstico en criterios clínicos, se producen aún más factores de confusión a la hora de seleccionar las poblaciones de los estudios.

Carga socioeconómica de las cefaleas

Antes de centrarnos en los condicionamientos sociales y económicos que afectan a los pacientes con cefalea, conviene resaltar el importante impacto que estas afecciones tienen en la sociedad y que son el primer eslabón que debiera activar políticas públicas específicas. Ya se ha mencionado el importante impacto que tienen las cefaleas en cuanto a YLD. Se sabe además que en nuestro país hasta el 19% de las personas con ME y el 70% de las que tienen MC conviven con una discapacidad muy grave, no solamente basada en el dolor, sino también en las quejas cognitivas, la fotofobia, la carga interictal o el estigma de la enfermedad, entre otras⁶. Desde el punto de vista económico, el principal impacto de la migraña se basa en los costes relacionados con esta, de los cuales entre el 30-40% son costes directos (medicación, pruebas complementarias, ingresos, visitas médicas y a urgencias) y el grueso restante costes indirectos relacionados con el absentismo laboral y el presentismo (reducción de productividad). Los costes directos se esperan mucho menores en países con menor acceso a estudios complementarios, consultas médicas o tratamientos de última generación, aunque la información disponible al respecto es escasa.

En España se ha estimado el coste total en unos 5.000 euros por paciente/año en la ME y casi 13.000 euros por paciente/año en la MC⁷. En el caso de la cefalea en racimos (CR), los costes directos se estiman en 5.178 euros por paciente/año en las formas episódicas, y se incrementan a 9.158 euros por paciente/año en la CR crónica⁸. Dado que las cefaleas primarias no son causa de mortalidad directa, la otra gran fuente del impacto socioeconómico se basa en la morbilidad asociada a estas. Las comorbilidades asociadas a la migraña, especialmente a la MC, son muy relevantes y elevan considerablemente la carga asociada a la enfermedad. Entre ellas, las más frecuentes son las psiquiátricas (ansiedad, depresión, trastornos de pánico), cardiovasculares, alteraciones del sueño, enfermedades inflamatorias y dolor crónico⁹. Muchas de estas comorbilidades actúan como factores de riesgo de cronificación de la enfermedad y la gran mayoría de ellas están

moduladas por la PSE. A la hora de diseñar futuros estudios que relacionen la PSE con la migraña, convenía tener en cuenta estas comorbilidades dado que, por ejemplo, tanto la cefalea como la PSE están condicionadas por la depresión. En la CR se han encontrado otros factores asociados como tabaquismo, consumo de drogas ilícitas, peor calidad del sueño, agorafobia y depresión, con una tasa aumentada de pensamientos e intentos autolíticos¹⁰.

Determinantes sociales como factor de riesgo de la enfermedad

Aunque la historia natural de las cefaleas primarias adolece todavía de múltiples lagunas en su conocimiento, se considera, especialmente a la migraña, como una enfermedad con capacidad de tener un comportamiento progresivo con el paso del tiempo en algunos pacientes. Incluso se han identificado cambios en neuroimagen que podrían actuar como marcadores de esta progresión, tales como depósitos de hierro en la sustancia gris periacueductal¹¹ o alodinia interictal. Esta transformación de una migraña con crisis relativamente infrecuentes hacia una forma cronificada, con síntomas prácticamente continuos, se ha asociado a diferentes factores de riesgo que se han denominado factores de progresión o de cronificación de la migraña.

Múltiples estudios, realizados con metodologías dispares, han identificado diferentes factores que se asocian a este fenómeno, como puede ser la frecuencia de la migraña basal, el consumo de analgésicos o ciertas condiciones comórbidas como ansiedad o depresión. También se han identificado diversas situaciones asociadas a la PSE como divorcio, separación o viudedad (*odds ratio [OR]*: 1,50)¹². El bajo nivel educacional es otro factor identificado muy relevante, con una OR de 3,56 de padecer cefalea crónica diaria en personas con un nivel de estudios de graduado escolar o menor respecto a los individuos con estudios superiores¹². Por otro lado, como ya se ha mencionado, existen factores socioeconómicos que pueden afectar a la prevalencia e incidencia de migraña, por lo que se puede deducir que pueden tener un papel en su etiopatogenia y en sus mecanismos fisiopatológicos de mantenimiento en el tiempo. Especialmente en EE.UU., se ha documentado de forma muy consistente una relación inversa entre el estatus socioeconómico (medido como ingresos o como nivel educacional) y la prevalencia de la migraña. Un estudio de 2018 demostró un claro aumento de la prevalencia de la enfermedad en personas pertenecientes a una unidad familiar con ingresos

menores de 35.000 dólares anuales y, como dato mucho más interesante, una correlación lineal entre la mayoría de la horquilla de ingresos y la reducción de la frecuencia y la prevalencia de la cefalea¹³. La prevalencia de la migraña también se ha demostrado más alta en personas usuarias de Medicaid o Medicare respecto a aquellas que sean titulares de un seguro privado¹⁴.

Los factores asociados a esta relación entre bajo nivel socioeconómico y migraña no han sido identificados con claridad, pero se ha postulado que puedan estar en relación con una mayor carga de estrés y ansiedad, accesos limitados a los servicios de salud, entornos laborales precarios, menor calidad de vida, peor auto-percepción de salud, así como con una peor alimentación y una mayor tasa de sobrepeso y obesidad, junto con un aumento del sedentarismo en las poblaciones con peor estatus económico¹⁴. Otra hipótesis consiste en que la propia enfermedad produce una merma de las posibilidades de mejoría social al interferir con las oportunidades de mejorar los estudios o la promoción laboral. Algunas evidencias, como una mayor prevalencia de migraña demostrada en familiares de personas con baja PSE, apoyan esta hipótesis¹⁵.

Estos hallazgos, que son sistemáticamente replicados en los estudios norteamericanos, ofrecen resultados más dispares en otros países de la OCDE, como Dinamarca. Se han postulado factores ya aludidos, como no ajustar o discriminar las variables relacionadas con la PSE, así como diferencias en las estructuras sociosanitarias, para explicar estas discrepancias. Sin embargo, cabe destacar que, en nuestro país sí se ha podido demostrar en general esta relación inversa entre estatus socioeconómico y migraña. Una encuesta publicada en 2006, con casi 30.000 adultos españoles, demostró una mayor prevalencia de migraña en personas con menor nivel educativo (OR: 1,90), desempleados (OR: 1,45), amas de casa (OR: 1,93) y con ingresos menores a 1.200 euros mensuales (OR: 1,40)¹⁶. Un estudio nacional reciente, publicado en 2025, apunta en la misma dirección, encontrando correlación entre ingresos menores a la media nacional y mayor prevalencia anual de migraña. En este estudio también se pudo observar mayor prevalencia de migraña en personas con menor nivel educacional¹⁷.

Situación en países de ingresos bajos y medios

En países en vías de desarrollo (LMIC, *low and middle income countries*), existen muy pocos datos sobre

prevalencia, repercusión o situación epidemiológica de las cefaleas. Se sabe que, en estos países, la cefalea tipo tensión es la más frecuente y la migraña la que más repercusión e impacto produce. La carga de la cefalea en estos países está probablemente infraestimada por falta de diagnóstico, acceso limitado a los programas de salud, escasa recopilación de datos epidemiológicos, educación médica limitada, escasa política de salud pública orientada a las cefaleas e insuficientes recursos dedicados a la investigación¹⁸.

Además, existen diversas situaciones ambientales ligadas a los determinantes socioeconómicos que, aunque insuficientemente estudiadas, es altamente probable que contribuyan a la evolución de las cefaleas primarias en estos países. Entre ellas, cabe destacar: estrés social y económico, inadecuada nutrición o hidratación, altos niveles de contaminación, predominancia de trabajos físicos con jornadas largas y pobre educación en salud y autocuidados.

En los países desarrollados se estima que solamente un 40% de las personas con migraña ha recibido un diagnóstico adecuado. Aunque los datos sobre infradiagnóstico de la migraña no están del todo contrastados en los LMIC, algunas evidencias indirectas apuntan a que tan solo el 13% de las personas con migraña ha recibido un diagnóstico adecuado¹⁹. Aunque, en sentido estricto, China no es un LMIC, sí que sirve de referencia comparativa al estar fuera de la OCDE. En este país se ha podido medir que la mitad de los pacientes no recibe un diagnóstico de ningún tipo y hasta un 33% recibe un diagnóstico erróneo de su enfermedad. En India y países de América Latina se encuentran parámetros de estimación similares²⁰. En los LMIC, alrededor del 50% de los pacientes con migraña recurre únicamente a medicación de venta libre, sin atención profesional ni especializada y sin utilizar en ningún caso tratamientos preventivos²¹. A pesar de todo, cuando se llevan a cabo estudios precisos, en la mayoría de los casos apuntan a una prevalencia de migraña al menos comparable con la de los países más desarrollados. Zambia, con un 22,5% de prevalencia de migraña²², es buen ejemplo de ello.

Uno de los obstáculos clave para la atención de las cefaleas en los LMIC es la escasez de especialistas en neurología. Muchos de estos países carecen de sociedades neurológicas y, en algunos, no hay ni un solo profesional de la neurología en todo el país. En muchas áreas geográficas, la ratio neurólogo/habitantes es alarmantemente baja, como es el caso de África, con una mediana de un neurólogo por cada 3,3 millones de personas, o el sudeste asiático, con cifras que oscilan entre un neurólogo por millón a un neurólogo

por cada 20 millones de habitantes, según el país^{23,24}. También se han documentado problemas como la ausencia de criterios validados de diagnóstico en muchos países, por ejemplo, en los del Golfo Pérsico²⁵, así como una deficiencia relevante de investigación en cefalea, hecho que ha podido correlacionarse con los ingresos medios del país en el sudeste asiático²⁶. Otras peculiaridades de los LMIC relacionadas con el estigma y el uso de medicinas tradicionales se analizarán después.

Inequidad en el acceso al diagnóstico, tratamientos y unidades de cefalea

Existen muy pocos datos sobre factores asociados a un acceso diferencial de los pacientes a las unidades de cefalea o a los tratamientos de alta eficacia, más allá de las reflexiones obvias que a este respecto se puedan realizar con base en factores geográficos, de transporte o de densidad poblacional. La gran mayoría de las barreras que condicionan esta inequidad, tales como la falta de capacitación, recursos limitados o políticas ineficientes, ya han sido analizados. Como ya se ha mencionado, existe todavía una elevada tasa de infradiagnóstico en pacientes con migraña, tasa que se eleva significativamente en países en vías de desarrollo o con menores políticas de salud públicas. Este acceso desigual a un adecuado diagnóstico, condicionado en parte por factores socioeconómicos, lleva aparejado sin duda un inadecuado acceso a los tratamientos específicos de la enfermedad.

Diversos estudios recogen que aproximadamente un 40% de los pacientes con migraña necesitan tratamiento preventivo, pero solo un 10% de ellos lo reciben²⁷⁻²⁹. En general, estos datos se han replicado en los diferentes países y en estudios poblacionales extensos³⁰, con tasas más acusadas en los países con menores ingresos. También se han mencionado las elevadas tasas de automedicación, mucho mayores en países en vías de desarrollo. En la mayoría de los países africanos, el único triptán comercializado es el sumatriptán, y el acceso a este es muy complejo por razones de estructuración sanitaria y economía doméstica. En la mayoría de los LMIC, ni siquiera se han comercializado los tratamientos de última generación contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), tales como anticuerpos monoclonales o gepantes. Esta disparidad del mercado farmacológico y la ausencia de políticas públicas para buscar soluciones genera una clara inequidad en el acceso a los tratamientos con un gradiente económico evidente.

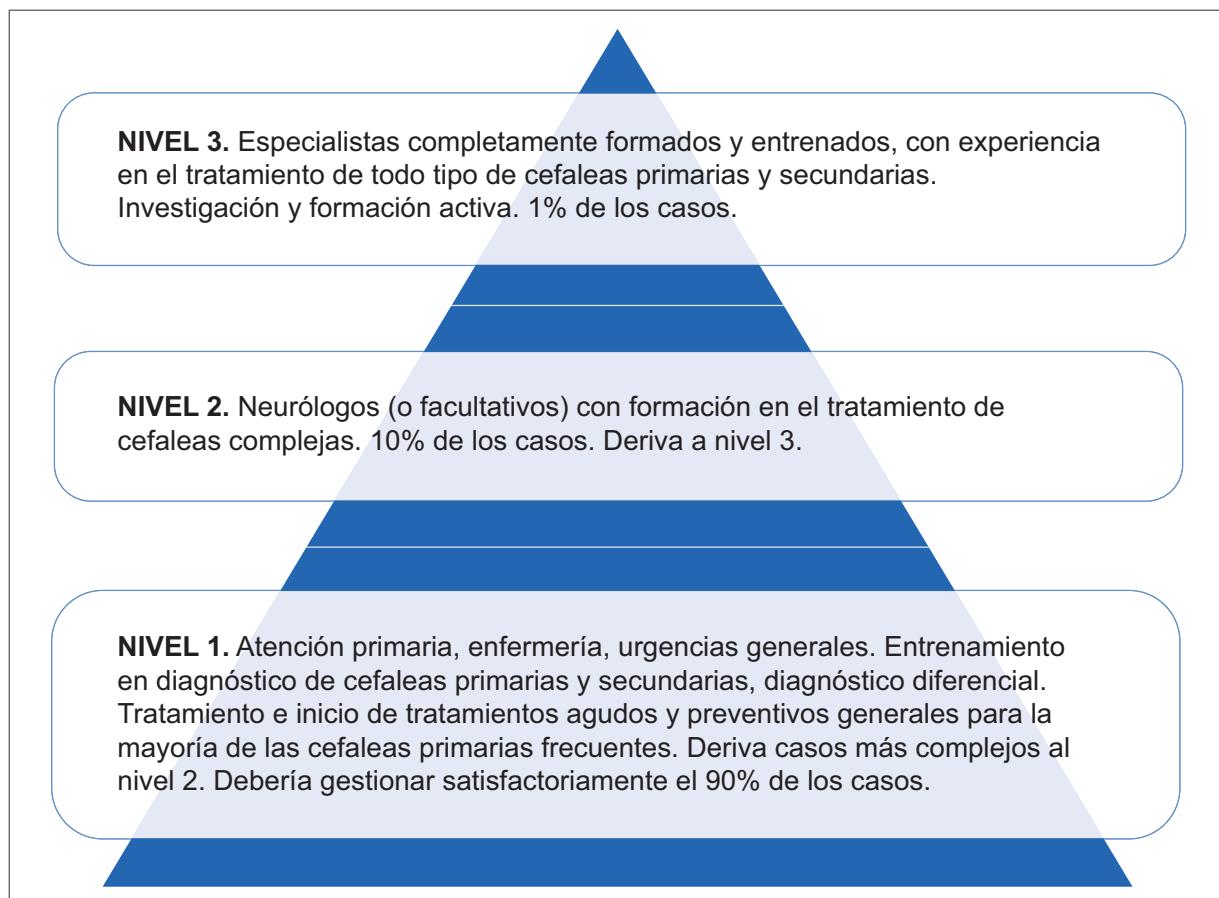


Figura 1. Sistema de tres niveles propuesto para el tratamiento de las cefaleas en el contexto de políticas de salud pública. Este sistema pasa por una elevada formación y un adecuado tratamiento clínico, especialmente en el nivel 1.

El modelo de servicios escalonados para el tratamiento de cefaleas (atención primaria, atención neurológica y centros especializados) no está uniformemente implementado (Fig. 1). En los LMIC, los sistemas públicos tienden a estar subfinanciados, con personal poco formado y acceso limitado a centros especializados, mientras que el sistema privado ofrece mejor calidad de atención, pero no es financieramente accesible para la mayoría. El modelo ideal expresado en la figura puede cubrir hasta el 90% de los pacientes en atención primaria; sin embargo, la falta de formación para derivar correctamente causa acumulación de la demanda en centros especializados y largas demoras²⁰. Hay también demoras evidentes para que los pacientes obtengan el diagnóstico correcto que van de 5 a 10 años en muchas ocasiones, suponiendo visitas a múltiples especialistas antes de acceder al neurólogo especializado.

Existen también diferencias en cuanto a la lista de espera media para acceder a la atención especializada,

que va de 4 a 14 meses, aproximadamente, según el país y el área geográfica, indicando probablemente inequidades inherentes a la organización sanitaria³¹. En Latinoamérica, un estudio publicado y realizado en forma de encuesta evidenció graves obstáculos en formación médica, escasez de centros de cefalea y atención fragmentada. Solo el 30% dedicaba más del 75% de su tiempo a la atención médicas de las cefaleas, y muy pocos pacientes de bajos ingresos acudían a estos servicios³².

Otra poderosa fuente de desigualdad se basa en la etnia de los pacientes, condición que ha sido estudiada sobre todo en EE.UU. Aunque la prevalencia de la migraña es similar en las distintas etnias que componen el complejo entramado social norteamericano, se ha demostrado que las personas afroamericanas e hispanas tienen un 25% y un 50% menos probabilidades, respectivamente, de ser diagnosticadas de migraña que las personas de etnia blanca. En estos grupos étnicos

son mucho más frecuentes los diagnósticos tipo «cefalea inespecífica». Los afroamericanos que consultan por cefalea en la urgencia tienen cinco veces menos probabilidades de que se les realice una prueba de neuroimagen que los blancos. A los niños blancos con cefalea se les hace tres veces más pruebas de imagen neurológica que a los niños negros, y el uso de recursos sanitarios y el acceso a los tratamientos es mucho menor en personas de etnia afroamericana, una vez ajustado por otros condicionamientos sociales o por el tipo de seguro médico en vigor³³.

El tipo de sistema sanitario también genera desigualdades. La mayoría de los estudios indican que los seguros privados generan unidades de cefalea de mejor calidad, pero aumentan la brecha de desigualdad y acceso a estas. Las enfermeras especializadas en cefaleas han demostrado mejorar el diagnóstico, el acceso a los tratamientos y la adherencia a estos. Existe un abismo muy importante, por ejemplo, en España, respecto a la apuesta de los diferentes sistemas sanitarios por implantar una enfermería especializada de forma universal³⁴. En nuestro país también se han documentado importantes diferencias en cuanto al acceso a los fármacos contra el CGRP entre las distintas comunidades autónomas, e incluso dentro de una misma comunidad (entre diferentes hospitales), situación totalmente indeseable y que debería ser abordada con políticas públicas que tiendan a reducir estas diferencias regionales³⁵.

Por último, cabe destacar que la mayor parte de los programas formativos e infraestructuras para mejorar el abordaje de los pacientes con cefalea se realizan en ámbitos urbanos, con lo que se genera otra fuente de desigualdad en el acceso respecto a las zonas rurales o menos pobladas. En un país como España, con amplias zonas de baja densidad de población, una orografía compleja y largas distancias de transporte (p. ej., en el archipiélago canario), es indudable que se van a generar inequidades que deberíamos ser capaces de abordar como sociedad. El abordaje de esta inequidad pasa, entre otras medidas, por mejorar la formación de los profesionales sanitarios e integrar efectivamente a la atención primaria, así como políticas sanitarias que reconozcan a la migraña y otras cefaleas primarias como enfermedades discapacitantes prioritarias.

Estigma de la enfermedad

El estigma de la migraña es una circunstancia bien documentada que aumenta la carga de esta. Se refiere a un conjunto de actitudes negativas, creencias erróneas y conductas discriminatorias dirigidas hacia personas

que viven con migraña. Puede manifestarse como estigma público (percepción generalizada de que la migraña «no es una enfermedad real» o que quienes la padecen son exagerados o poco resilientes); autoestigma (interiorización de estas creencias negativas por parte del propio paciente, lo que reduce su autoestima y su disposición a buscar tratamiento), y estigma estructural (políticas de salud y decisiones institucionales que subpriorizan la migraña). Todo esto tiende a minimizar el sufrimiento, cuestionar la credibilidad de los pacientes, impactar en el ambiente laboral y dar una escasa prioridad clínica a los pacientes con cefalea³⁶.

En los LMIC, el estigma produce también un aumento de la búsqueda de recursos terapéuticos no contrastados, con nula evidencia o directamente basados en procedimientos tradicionales de raigambre mágica. Así, el estigma ahonda las diferencias ya descritas en cuanto al PSE, ya que producen retraso en la búsqueda de asistencia médica, menor adherencia, aislamiento social y autoexclusión de actividades laborales o de ocio. En conjunto, estas conductas pueden agravar círculos viciosos entre la enfermedad y la menor promoción social. Además, al considerarse una enfermedad menos prioritaria, se produce menor inversión en investigación, menor formación (en la mayoría de los países, menos de 4 horas del currículo), ausencia de cobertura para tratamientos de alta eficacia o escasez de unidades de cefalea^{37,38}. Las acciones específicas para reducir el estigma de la migraña pasan por campañas públicas de concienciación, educación médica continuada y reconocimiento de derechos laborales y legales (discapacidad).

Otras cefaleas

Si el conocimiento respecto a la repercusión de los factores socioeconómicos en la migraña es todavía escaso y fragmentario, sobre otras cefaleas primarias y cefaleas secundarias la información es aún menor. La mayoría de los estudios de prevalencia y repercusión de determinantes socioeconómicos incluyen a la cefalea tipo tensión, por lo que pareciera que el conocimiento es superponible al de la migraña. Sin embargo, dada la heterogeneidad de la cefalea tipo tensión y su menor impacto, así como la ausencia de tratamientos específicos, la base de su conocimiento es menor. En cuanto a la cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino-autonómicas, dada su baja prevalencia apenas hay literatura específica al respecto, si bien se han comentado más arriba algunos aspectos relacionados con estas. De otras cefaleas y neuralgias apenas se

dispone de datos al respecto, aunque muchas de las conclusiones de los estudios que analizan las deficiencias de los sistemas sanitarios son aplicables a estas entidades.

Conclusiones

La influencia de los factores socioeconómicos en la migraña y otras cefaleas es indiscutible, si bien el cuerpo bibliográfico que lo ha estudiado es fragmentario y adolece de ciertos problemas metodológicos. Sin embargo, se puede asegurar que la prevalencia de la migraña en particular y las cefaleas en general aumenta en poblaciones con bajo PSE, y que la gravedad e impacto de estas es inversamente proporcional a estatus socioeconómico. El bajo nivel social también es un factor de riesgo de cronificación y perpetuación de la enfermedad, probablemente por mecanismos multifactoriales que generan círculos viciosos de salud-posición económica.

A pesar de la enorme carga de enfermedad (personal, económica y discapacidad asociada) que suponen las cefaleas primarias en general, y especialmente la migraña, seguimos hablando de pacientes que arrastran un fuerte estigma de enfermedad que repercute en un aumento de la inequidad de acceso a recursos sanitarios y tratamientos específicos.

En el momento actual, hay importantes desigualdades geográficas y socioeconómicas en el acceso a la asistencia especializada y a los tratamientos de alta eficacia en migraña, existiendo por contra muy pocas políticas públicas destinadas de forma específica a reducir esta desigualdad. Las evidencias actualmente disponibles apuntan a que tanto la prevalencia como el impacto de la migraña es similar en países de alto desarrollo en comparación con los de desarrollo medio y bajo; sin embargo, en estos últimos, los problemas de acceso a una asistencia adecuada son aún mayores. También existen desigualdades basadas en la etnia o en la capacidad de costearse un seguro privado. Además, en general, la asistencia privada se comportaría como un foco que aumenta la inequidad social global frente a un paradigma de asistencia pública y universal.

Nos encontramos, por tanto, ante un campo de investigación todavía relativamente poco explorado a pesar de que las evidencias son sólidas en cuanto a la relación entre nivel socioeconómico y cefalea, por lo que urge desarrollar trabajos de investigación específicos que proporcionen respuestas y soluciones a los retos que supone este problema con el objetivo común

de reducir la desigualdad y el estigma de las personas con migraña y otras cefaleas.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

Conflictos de intereses

El autor no comunica conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para este trabajo no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol. 2024;23(4):344-81. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00038-3. Erratum in: Lancet Neurol. 2024;23(5):e9. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00114-5. Erratum in: Lancet Neurol. 2024;23(7):e11. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00231-X
2. Steiner TJ, Stovner LJ. Global epidemiology of migraine and its implications for public health and health policy. Nat Rev Neurol. 2023;19(2):109-17.
3. Cox AM, McEvitt C, Rudd AG, Wolfe CD. Socioeconomic status and stroke. Lancet Neurol. 2006;5(2):181-8.
4. Braverman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. JAMA. 2005;294(22):2879-88.
5. Müller B, Gaul C, Reis O, Jürgens TP, Kropp P, Ruscheweyh R, et al. Household income is associated with attack frequency, but not with the prevalence of headache: an analysis of self-reported headache in the general population in Germany. J Headache Pain. 2024;25(1):164. doi: 10.1186/s10194-024-01844-w
6. Libro Blanco de la Migraña en España [Internet]. Lilly; 2021 [citado el 6 de junio de 2024]. Disponible en: [ht- tps://semergen.es/files/docs/grupos/neurologia/libro-BlancoMigrana.pdf](http://semergen.es/files/docs/grupos/neurologia/libro-BlancoMigrana.pdf)
7. García-Azorín D, Moya-Alarcón C, Armada B, Sánchez del Río M. Societal and economic burden of migraine in Spain: results from the 2020 National Health and Well- ness Survey. J Headache Pain. 2024; 25(1):38-49.
8. Petersen AS, Lund N, Snoer A, Jensen RH, Barloese M. The economic and personal burden of cluster headache: a controlled cross- sectional study. J Headache Pain. 2022;23:1-11.
9. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: Results of the mi- graine in America symptoms and treatment (MAST) study. J Headache Pain. 2020;21:23.

10. Rozen TD, Fishman, RS. Cluster headache in the United States of America: demographics, clinical characteristics, triggers, suicidality, and personal burden. *Headache*. 2012;52:99-113.
11. Welch KMA, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine: cause or the burden of illness? *Headache*. 2001;41:629-37.
12. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*. 2003;106:81-9.
13. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: figures and trends from government health studies. *Headache*. 2018;58(4):496-505.
14. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: epidemiology, burden, and comorbidity. *Neurol Clin*. 2019;37(4):631-49. doi: 10.1016/j.ncl.2019.06.001
15. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1992;267(1):64-9.
16. Fernández-de-las-Peñas C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Jiménez-Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain*. 2010;11(2):97-104. doi: 10.1007/s10194-009-0176-5
17. 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;26(1):117. doi: 10.1186/s10194-025-02069-1
18. Mortel D, Kawatu N, Steiner TJ, Saylor D. Barriers to headache care in low- and middle-income countries. *eNeurologicalSci*. 2022;29:100427. doi: 10.1016/j.ensci.2022.100427. Erratum in: *eNeurologicalSci*. 2025;38:100555. doi: 10.1016/j.ensci.2025.100555
19. Happier Lives Institute. Global priority: pain. Understanding and comparing the burden of chronic pain conditions [Internet]. Oxford: Happier Lives Institute; 2023 [citado 1 ago 2025]. Disponible en: <https://www.happierlivesinstitute.org/report/global-priority-pain>
20. Raffaelli B, Rubio-Beltrán E, Cho SJ, De Icco R, Labastida-Ramírez A, Onan D, et al. Health equity, care access and quality in headache - part 2. *J Headache Pain*. 2023;24(1):167. doi: 10.1186/s10194-023-01699-7
21. Martelletti P, Leonardi M, Ashina M, Burstein R, Cho SJ, Charwary-Felli A, et al. Rethinking headache as a global public health case model for reaching the SDG 3 HEALTH by 2030. *J Headache Pain*. 2023;24(1):140. doi: 10.1186/s10194-023-01666-2
22. Mbewe E, Zairemthiama P, Yeh HH, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain*. 2015;16:515. doi: 10.1186/s10194-015-0515-7
23. Owolabi MO, Bower JH, Ogunniyi A. Mapping Africa's way into prominence in the field of neurology. *Arch Neurol*. 2007;64(12):1696-700. doi: 10.1001/archneur.64.12.1696
24. Fong SL, Lim KS, Lim SH, Octaviana F, Tran TC, Thuy Le MA, et al. Education research: training of neurologists in South East Asian Countries: a cross-sectional survey on the current neurology curriculum. *Neurolog Educ*. 2025;4(1):e200201. doi: 10.1212/NE9.0000000000200201
25. Albilali A, Al-Hashel J, Elchami Z, Al Rukn S, Al Madani AB, AlTunaiji M, et al. Unmet needs of patients living with migraine in the Gulf Cooperation Council (GCC) Countries. *Pain Ther*. 2024;13(2):201-10. doi: 10.1007/s40122-024-00576-8
26. Dela Vega MPD, Yu JRT, Espiritu AI, Jamora RDG. Primary headache research output and association with socioeconomic factors in Southeast Asia: a bibliometric analysis. *Neurol Sci*. 2021;42(7):2683-93. doi: 10.1007/s10072-021-05266-3
27. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF; AMPP Advisory Group. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-9. doi: 10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21
28. Bentivegna E, Onan D, Martelletti P. Unmet needs in preventive treatment of migraine. *Neurol Ther*. 2023;12(2):337-42. doi: 10.1007/s40120-023-00438-z
29. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide, yet it remains underdiagnosed and undertreated. *JAMA Neurol*. 2017;74(8):901. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.0652
30. Lipton RB, Manack Adams A, Buse DC, Fanning KM, Reed ML. A Comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: demographics and headache-related disability. *Headache*. 2016;56(8):1280-9. doi: 10.1111/head.12878
31. Wongsiriroj S, Grillo E, Levi S, Zielman R, Lahouiri E, Marchina M, et al. Management of migraine and the accessibility of specialist care: findings from an extended multinational survey (My Migraine Center Survey). *Neurol Ther*. 2020;9(2):551-65. doi: 10.1007/s40120-020-00205-4
32. Lisicki M, Souza MNP, de Oliveira AB, Rubio-Beltrán E, Labastida-Ramírez A, Ashina M, et al. Bridging the gaps of headache care for underserved populations: Current status of the headache field in Latin America. *Cephalgia*. 2022;42(10):1086-90. doi: 10.1177/0331024221093623
33. Kiarashi J, VanderPluym J, Szperka CL, Turner S, Minen MT, Broner S, et al. Factors associated with, and mitigation strategies for, health care disparities faced by patients with headache disorders. *Neurology*. 2021;97(6):280-9. doi: 10.1212/WNL.0000000000012261
34. Garrido Cumbre, M, et al. Impacto y situación de la migraña en España. Atlas 2018. Sevilla, España: Editorial Universidad de Sevilla; 2019. ISBN: 978-84-472-2832-4
35. Irimia P, Belvís R, González-García N, García-Ull J, Lainez JM. Inequity of access to new migraine treatments. *Neurologia (Engl Ed)*. 2023;38(8):599-600. doi: 10.1016/j.nrleng.2022.08.004
36. Parikh SK, Kempner J, Young WB. Stigma and migraine: developing effective interventions. *Curr Pain Headache Rep*. 2021;25(11):75. doi: 10.1007/s11916-021-00982-z
37. Steiner TJ; World Headache Alliance. Lifting the burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol*. 2004;3(4):204-5. doi: 10.1016/S1474-4422(04)00703-3
38. Casas-Limón J, Quintas S, López-Bravo A, Alpuente A, Andrés-López A, Castro-Sánchez MV, et al. Unravelling migraine stigma: a comprehensive review of its impact and strategies for change. *J Clin Med*. 2024;13(17):5222. doi: 10.3390/jcm13175222