



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO DEL DOLOR.

Un estudio de revisión sistemática.

Titulación: Grado en Medicina

Curso académico: 2022/2023

Autora: Blanca Carranza Rodríguez

Tutor: Dr. Martín L. Vargas Aragón

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
4. METODOLOGÍA.....	5
5. RESULTADOS.....	8
6. DISCUSIÓN.....	12
7. CONCLUSIONES.....	17
8. BIBLIOGRAFÍA.....	18
9. ANEXO.....	21

RESUMEN:

El dolor crónico es una enfermedad muy prevalente, tanto en España como a nivel mundial, y sus índices van en aumento. A pesar de ello, sigue estando infradiagnosticado, infratratado y precariamente atendido. Esta revisión tiene como objetivo estudiar si existe una asociación entre la pobreza y el dolor para poder identificar a la población más vulnerable y con mayor riesgo de sufrir esta enfermedad, así como para conocer las causas por las que esto sucede. Para ello, se ha realizado una revisión sistemática de la literatura existente sobre la relación entre estas dos variables – pobreza y dolor-, identificando finalmente 28 artículos de interés. La mayoría de los estudios constataron una asociación significativa entre la pobreza y el dolor, identificándose como moduladores de esta asociación factores como la edad, el género o el grupo étnico. La población con menores recursos socioeconómicos tiene mayor riesgo de sufrir dolor crónico, pero también tiene un menor acceso a los servicios sanitarios, por razones físicas y económicas, condicionando un menor diagnóstico, un peor tratamiento y, por tanto, un peor pronóstico de la enfermedad. Esto se ve acentuado notablemente en la población negra o afroamericana. Por otra parte, el dolor crónico disminuye los índices de productividad y se relaciona con una mayor prevalencia de enfermedades psicológicas como la depresión o la ansiedad, factores que a menudo condicionan la pérdida del empleo y predisponen a un estado de pobreza.

Palabras clave: pobreza, dolor, desigualdad, recursos sanitarios, depresión.

ABSTRACT:

Chronic pain is a prevalent illness in Spain, as well as worldwide, and its rate is growing. Nevertheless, it is still infra diagnosed, undertreated, and precariously attended to. The aim of this review is to study the possible association between poverty and pain, in order to identify the most vulnerable, and most at risk of experiencing pain, population, as well as the reasons for it. To do so, we conducted a systematic review of the existing literature regarding pain and poverty. In the end, 28 articles of interest were identified. Most of the studies confirmed a significant association between poverty and pain, and factors such as age, gender and ethnic group were identified as modulators. Low-socioeconomic status households have an increased risk of presenting chronic pain; however, they also have worse health care access due to physical and economic barriers. As a result, they are less likely to be diagnosed, and more likely to be undertreated and to have worse outcomes. This is even worse among African Americans and black populations. On the other hand, chronic pain decreases productivity rates, and it is associated with an increased risk of mental health problems, such as depression and anxiety, which often entail job loss and socioeconomic decline.

Key words: poverty, pain, inequality, medical resources, depression.

INTRODUCCIÓN

Escuchamos hablar de pobreza casi a diario en la universidad, en la calle o en los telediaros, pero ¿sabemos realmente qué es la pobreza? En realidad, no existe una definición única de este concepto. A grandes rasgos, podemos hablar de una clasificación que divide la pobreza en dos categorías: subjetiva y objetiva, y dentro de esta última diferenciamos la pobreza absoluta, extrapolable a cualquier país o sociedad, y la pobreza relativa, que se centra en la situación de desventaja económica y social de una persona con respecto a las de su entorno. Según esta última definición se consideran en riesgo de pobreza individuos que viven en hogares donde la renta por unidad de consumo es inferior al 60% de la mediana de la renta nacional [1].

Amartya Sen propuso un nuevo enfoque sobre la pobreza basado en las capacidades del individuo. Para Sen, el bienestar económico del sujeto no se define por la posesión de bienes, sino por lo que la persona logra hacer con esos ingresos para desarrollarse, teniendo en cuenta las características de los propios bienes, de la propia persona, y las circunstancias externas que los rodean [2]. Ser pobre, por tanto, no significaría vivir con menos de una cifra determinada de ingresos, sino que los ingresos que reciba una persona sean insuficientes para poder alcanzar unas necesidades que se considerarían básicas (sanitarias, educacionales, políticas...), teniendo en cuenta las circunstancias y requerimientos del entorno.

Actualmente numerosos organismos, entre los que se incluyen Naciones Unidas o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD), han adoptado una definición multidimensional de la pobreza, acercándose al enfoque de capacidades propuesto por Amartya Sen. Esta nueva visión de la pobreza se ha planteado bajo el término "Carencia material y social severa" [3]. (*Figura 1, anexo*).

Partiendo del enfoque de capacidades de Sen, una persona con dolor crónico tiene mayor predisposición a la pobreza que una persona sana, ya que el dolor supone un impedimento para el desarrollo pleno de sus capacidades. ¿Puede una persona con dolor crónico salir de la pobreza simplemente recibiendo unos ingresos aceptables por su trabajo, cuando en el fondo está en desventaja con respecto a otras personas que reciban los mismos ingresos para desarrollar su vida?

Según este modelo, el dolor estaría influyendo directamente en la pobreza, pero ¿cómo influye la pobreza en el dolor?

El Dr. Abraham Horwitz [4] estudió la interrelación entre los conceptos de pobreza y salud, y elaboró el llamado "círculo de Horwitz" (*Figura 2, Anexo*), exponiendo que

“Hombres y mujeres enferman porque son pobres, pero se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque son pobres”.

Años después, Dahlgren y Whitehead [5] perfeccionaron el modelo previo elaborado por Lalonde, desarrollando un modelo multinivel que demuestra la importancia que distintos determinantes sociales tienen en la salud de un individuo (*Figura 3, Anexo*).

Por tanto, se puede considerar que existe una amplia evidencia sobre la influencia de los factores socioeconómicos en la salud general, pero no hay tantos estudios acerca de la asociación de la pobreza con el dolor.

Actualmente el 18% de la población española convive a diario con el dolor crónico. Esta enfermedad causa un gran impacto en la salud, tanto física como emocional, y en la vida social, familiar y laboral del individuo; hasta un 27% de las personas que sufren esta enfermedad dicen sentirse socialmente aisladas debido al dolor. Se la conoce también como la enfermedad invisible, ya que para su diagnóstico no existe una prueba de imagen o analítica que aporte un resultado 100% objetivo. Como consecuencia, hasta un 62% de los enfermos con dolor crónico tienden a sentir una falta de comprensión de su enfermedad por parte de su entorno, y un 47% tiene la sensación de que la gente duda de la existencia real de su dolor. Esto produce una gran carga psicológica en los pacientes, aumentando el riesgo de sufrir enfermedades como la ansiedad o la depresión. De hecho, el 47% de personas con dolor crónico sufre depresión [6].

El tratamiento del dolor está reconocido por la ONU como un derecho humano [7], pero a pesar de estos alarmantes datos, el dolor crónico sigue estando infradiagnosticado, infratratado y precariamente atendido. Para su diagnóstico y tratamiento se recomienda un abordaje multidisciplinar; sin embargo, el 62% de los pacientes con dolor crónico en España nunca han sido derivados a una unidad del dolor especializada [8].

Es preciso identificar a las poblaciones más vulnerables para incurrir en la necesidad de destinar una mayor proporción de recursos sanitarios hacia estos grupos. Por ello, esta revisión pretende conocer si existe o no una asociación significativa entre la pobreza y el dolor, y establecer qué otras variables, como el género, la edad, o el grupo étnico¹,

¹ Se ha preferido utilizar el término “grupo étnico” en sustitución a “raza” porque se considera que este último término ha quedado desactualizado.

pueden influir en la experiencia del dolor, así como las principales dificultades que presentan estas sociedades para el diagnóstico y el tratamiento del dolor, como puede ser el acceso a servicios sanitarios de calidad.

Si bien es verdad que se requiere un mayor gasto público en la mejora de la atención sanitaria del dolor crónico a nivel mundial, esto ayudaría a paliar los enormes costes económicos directos e indirectos que el dolor crónico produce sobre la economía mundial, así como los costes humanos, ya que el dolor crónico es una de las principales causas de años de vida perdidos de calidad.

OBJETIVOS.

Objetivo principal:

El objetivo principal de esta revisión sistemática es determinar si existe una asociación entre la pobreza y el dolor.

Objetivos secundarios:

- Establecer los indicadores de riesgo por los que la pobreza puede influir en la experiencia del dolor.
- Establecer si existen diferencias en el tratamiento del dolor en base al nivel socioeconómico.
- Establecer si existen diferencias en el acceso a los servicios sanitarios en base al nivel socioeconómico.

METODOLOGÍA

Esta revisión sistemática se ha realizado siguiendo los criterios “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses” (PRISMA).

Se realiza una búsqueda en PubMed con el objetivo de identificar todos los artículos que relacionen los términos “(Pain [MeSH Terms]) AND (Poverty [MeSH Terms])” aplicando los siguientes filtros:

- **Artículos publicados en los últimos 10 años.** Se ha considerado diez años un periodo de tiempo suficiente para que queden excluidos artículos que puedan estar desactualizados.
- **Idiomas: inglés, castellano, catalán, valenciano, euskera, gallego, italiano, portugués y francés.** El inglés es el idioma principal de la literatura científica, y no sólo ha arrojado artículos sobre países de habla inglesa, sino también sobre investigaciones realizadas en países asiáticos o africanos, pero publicadas en inglés, por lo que se ha considerado como un idioma imprescindible en este trabajo para lograr una amplia variedad de realidades. Por otra parte, se han

incluido también los idiomas oficiales y cooficiales de los países mediterráneos, como son el castellano, catalán, valenciano, euskera, gallego, italiano, portugués y francés, porque se considera que estos entornos pueden compartir experiencias similares respecto al estilo de vida, influyente en el dolor y su tratamiento, y a la situación socioeconómica.

Con esta búsqueda, se obtienen 128 resultados en total.

Selección de artículos:

Se llevó a cabo una primera lectura y análisis de los abstract de los 128 artículos para realizar una primera criba. Como criterios de inclusión, se seleccionaron los artículos que expusieran en el abstract la realización de una estimación de parámetros de incidencia o de prevalencia o estimaciones de la asociación entre el dolor y la pobreza; además, se incluyeron también las revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y metaanálisis.

En total se seleccionaron 92 artículos después de este primer cribado, habiendo excluido los restantes 36 por distintas razones que se citan a continuación como criterios de exclusión: no tener abstract disponible; no realizar una estimación de parámetros de incidencia o prevalencia, o de la asociación entre la pobreza y el dolor, o no exponerlo en el apartado de métodos del abstract; no tener estructura de artículo, sino de un comentario personal a un trabajo publicado en una revista científica.

De estos 92 artículos incluidos para el estudio en profundidad, 5 eran revisiones sistemáticas, narrativas y metaanálisis.

Posteriormente, se procedió a realizar una primera lectura de los artículos por un solo investigador, descartando 29 por no contar como tema principal, o incluso secundario, la investigación sobre pobreza y dolor.

Finalmente, se realizó un análisis conjunto mediante dos investigadores de los 63 artículos restantes. El criterio de selección fue la existencia de indicadores numéricos de la asociación entre las variables de interés: pobreza y dolor, siendo necesario para su inclusión un estudio de la asociación entre diferentes rangos de ambas variables. En el caso de las revisiones sistemáticas, narrativas y metaanálisis, se consideraron aquellas que contaran entre sus conclusiones un estudio de la asociación entre pobreza y dolor. Las dudas fueron confrontadas y estudiadas entre ambos investigadores hasta llegar a un acuerdo mutuo. Se incluyeron para el estudio en profundidad 28 artículos, entre los que se encuentra una revisión sistemática y una revisión narrativa.

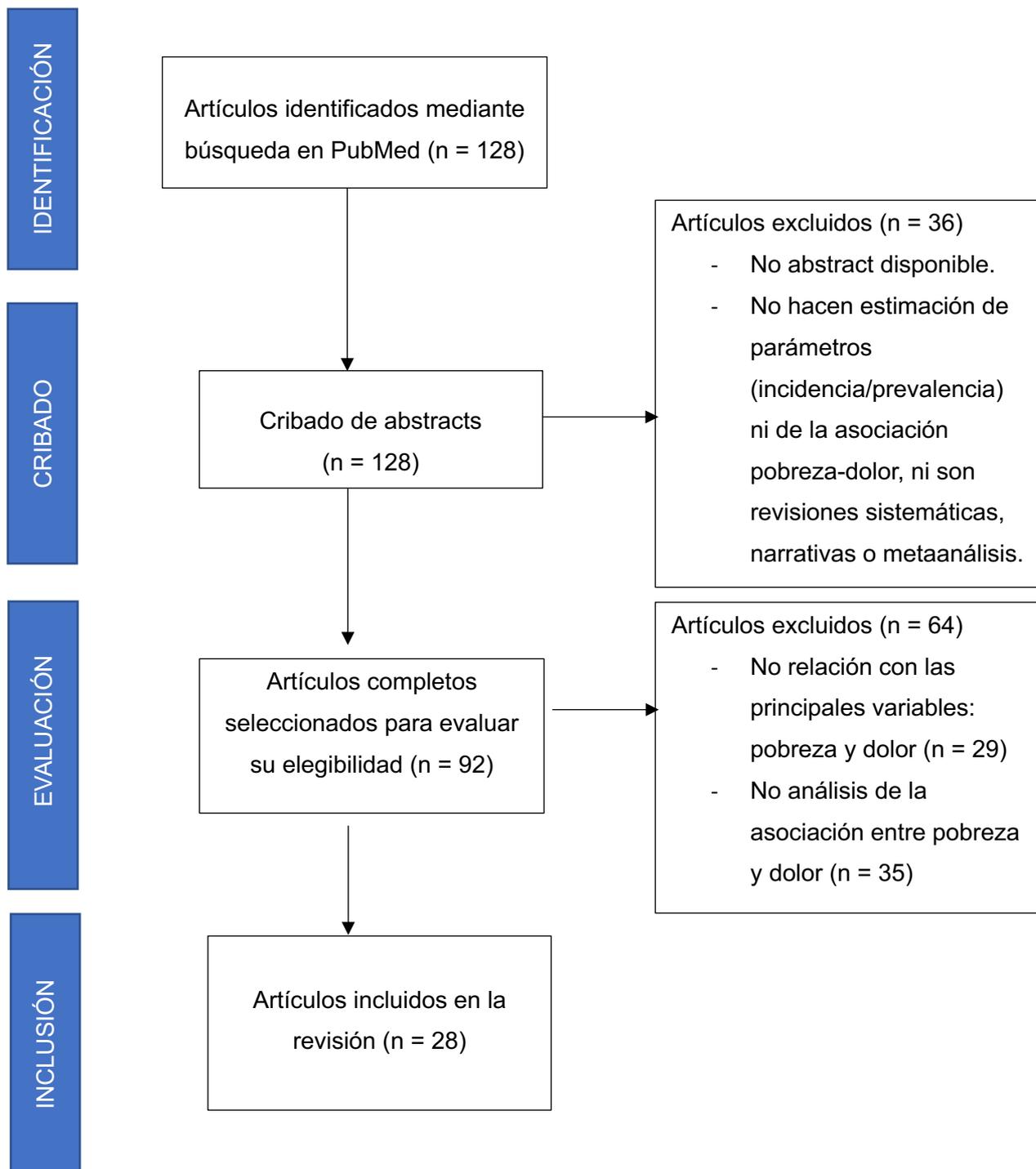


Figura 4. Diagrama de flujo.

RESULTADOS:

Tabla 1. Tabla de resultados

AÑO	AUTOR	PAIS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	INDICADOR DE ASOCIACIÓN
2022	De Oliveira et al.	Brasil	Estudio analítico, transversal y observacional	Adultos seleccionados de manera aleatoria que se encontraban en diferentes lugares públicos al aire libre de una ciudad de bajo nivel socioeconómico, Fortaleza. n = 219	No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias de dolor crónico de espalda en personas de bajos ingresos en comparación con las de altos ingresos (p = 0.57). No se encuentra asociación estadísticamente significativa entre las prevalencias de dolor inflamatorio de espalda en personas de bajos ingresos en comparación con las de altos ingresos (p = 0.38)
2022	Fayehun et al.	Nigeria	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Habitantes de tres barriadas (migrante, indígena y cosmopolita) de Nigeria que necesitaban o habían necesitado asistencia médica en el último año. n = 1634	Prevalencia de dolor generalizado: - Barriada migrante (mayor índice de pobreza): 14% - Barriada indígena (índice de pobreza intermedio): 16% - Barriada cosmopolita (menor índice de pobreza): 17%
2022	K. Newman et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Pacientes adultos con dolor crónico que acuden a centros de salud privados focalizados en la atención a la población empobrecida del Centro - Oeste Alabama. n = 290	Asociación entre la severidad del dolor y el nivel socioeconómico: F = 8.99, p < 0.001 Severidad de dolor entre las clases que se compararon, ordenadas de mayor nivel de pobreza a menor: - Clase 3: M = 7.44, DT = 1.47 - Clase 2: M = 6.45, DT = 1.45, p < 0.01 - Clase 4: M = 6.48, DT = 1.66, p < 0.01 - Clase 1: M = 5.82, DT = 1.43, p < 0.001 - Clase 5: M = 5.81, DT = 1.77, p < 0.001
2021	Adhikari et al.	India	Estudio analítico y descriptivo, transversal y observacional	Trabajadores de la construcción adultos de dos municipios de un distrito de Nepal. n = 419	Asociación entre pobreza y dolor de espalda: OR (IC 95%) = 2.09 (1.25 - 3.49), p = 0.004
2021	E. Lyon et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Pacientes adolescentes (> 14 años, < 21 años) diagnosticados de cáncer y participantes de programas de oncología pediátrica hospitalaria, y los familiares encargados de la toma de decisiones. n = 126.	T-score en chicos con bajo nivel socioeconómico: (M = 46.08, DT = 12.03) T-score en chicos sin bajo nivel socioeconómico: (M = 40.42, DT = 7.77) T-score en chicas con bajo nivel socioeconómico: (M = 51.01, DT = 11.29) T-score en chicas sin bajo nivel socioeconómico: (M = 43.51, DT = 10.14)
2021	M. Keralis et al.	EEUU	Estudio analítico y descriptivo, transversal y observacional	Ciudadanos adultos de EEUU que completaron la encuesta "Medical Expenditure Panel Survey" (MEPS) entre 2013 y 2017. n = 108.259	Asociación entre pobreza y dolor crónico: OR (IC 95%) = 1.71, p < 0.001
2020	Li et al.	China	Estudio analítico, transversal y observacional	Habitantes de dos regiones de China entrevistados cara a cara (grupo comparación; n = 5368) e individuos con bajo nivel socioeconómico localizados a partir de listas del gobierno, que finalmente se sometieron a la misma entrevista (n = 791). Total: n = 6111.	1. Prevalencia de distintas intensidades de dolor en el grupo de pobreza: - No dolor: 50.22% - Dolor moderado: 46.35% - Dolor extremo: 3.43% 2. Prevalencia de distintas intensidades de dolor en el grupo control: - No dolor: 56.34% - Dolor moderado: 41.45% - Dolor extremo: 2.21% Chi (2) = 10.37, p = 0.006

2019	A. Thompson et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Personas de 45 años o más que presentaron osteoartritis de rodilla o tuvieron riesgo de presentarla, reclutados a través de folletos de información, anuncios en prensa y clínicas reumatológicas. n = 200.	Asociación entre pobreza y dolor medido mediante la prueba SPPB, entre adultos blancos y adultos negros: F = 1.433, P = 0.233, Diferencia de Medias (IC 95%) = 10.92 (3.63 - 18.20) Asociación entre pobreza y dolor medido mediante el cuestionario WOMAC: - Los adultos de raza blanca por encima del nivel de pobreza reportaron tener significativamente menor nivel de dolor en comparación con: 1. Adultos de grupo étnico blanco por debajo del nivel de pobreza: Diferencia de Medias (IC 95%) = 3.46 (1.56 - 5.36), p < 0.01 2. Adultos de grupo étnico negro por encima del nivel de pobreza: Diferencia de Medias (IC 95%) = 2.66 (1.24 - 4.08), p < 0.01 3. Adultos de grupo étnico negro por debajo del nivel de pobreza: Diferencia de Medias (IC 95%) = 3.72 (2.27 - 5.17), p < 0.001 - No se vio una diferencia significativa en los niveles de dolor medidos mediante WOMAC entre adultos de raza negra en relación con la pobreza: Diferencia de medias (IC 95%) = 1.06 (-0.59 - 2.71), p = 0.561
2019	C. Evans et al.	EEUU	Estudio analítico y descriptivo, transversal y observacional	Adultos afroamericanos > 55 años que viven en un área empobrecida de Los Angeles. n = 740.	Asociación entre dificultades económicas e intensidad del dolor: Modelo de regresión lineal múltiple: = 0.04, p = 0.001
2019	Ikeda et al.	Japón	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Adultos de 30 ciudades de Japón de 65 años o más que no tenían un seguro médico a largo plazo. n = 24.285	Grupo de altos ingresos: PR (IC 95%) = 1.03 (0.98 - 1.09). Grupo de menores ingresos: PR (IC 95%) = 1.20 (1.14 - 1.26). Hay una asociación estadísticamente significativa entre menores ingresos y dolor crónico de espalda: p < 0.001.
2019	Joynt et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Pacientes mayores de 18 años que acudieron a urgencias en EEUU presentando dolor severo o moderado entre 2006 - 2009. n = 50.264	Asociación entre dolor severo y pobreza: AOR (IC 95%) = 2.15 (2.04 - 2.27). Asociación entre dolor moderado y pobreza: AOR (IC 95%) = 1.0
2018	A. Hicks et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Ex militares del ejército de EEUU que realizaron operaciones en Iraq y Afganistán. n = 1.114	Asociación entre dolor dental y bajos ingresos: OR (IC 95%) = 2.56 (1.70 - 3.87), p < 0.05
2018	F. Ilowite et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Pacientes de 2 años o más procedentes de 3 hospitales pediátricos, con diagnóstico de cáncer avanzado. n = 78	Prevalencia de dolor en el grupo de bajos ingresos = 64%. Prevalencia de dolor en el grupo de altos ingresos = 42%. p = 0.02

2017	Hagiwara et al.	Japón	Estudio analítico, transversal y observacional	Adultos supervivientes del terremoto de Japón 2 años después del suceso, habitantes de zonas costeras, que sufrieron daños severos a causa del terremoto. n = 1.809	Asociación entre dolor crónico de hombros y situación económica normal: OR (IC 95%) = 1. Asociación entre dolor crónico de hombros y situación económica muy complicada: OR (IC 95%) = 3.41 (2.09 - 5.54), p < 0.001
2017	K. Newman et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Pacientes adultos con dolor crónico que acuden a centros de salud privados focalizados en la población empobrecida del Centro - Oeste de Alabama. n = 290	Asociación entre severidad de dolor y pobreza: Modelo de regresión múltiple $\beta = 0.22$, p = 0.33 Asociación entre catastrofización del dolor y pobreza: Modelo de regresión múltiple $\beta = 0.14$, p = 0.02
2017	Yabe et al.	Japón	Estudio analítico, transversal y observacional	Adultos supervivientes del terremoto de Japón 2 y 3 años después del suceso, habitantes de zonas costeras que sufrieron daños severos. n = 1.292	Asociación entre dolor de espalda y situación económica subjetivamente normal: OR (IC 95%) = 1. Asociación entre dolor de espalda y situación económica subjetivamente muy complicada: OR (IC 95%) = 3.39 (2.05 - 5.61), p < 0.001
2016	G. Choi et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional y retrospectivo	Pacientes de 50 años o más con síntomas depresivos moderados o severos y bajo nivel socioeconómico, incluidos en un ensayo clínico que analizaba un posible tratamiento para la depresión. n = 215	Prevalencias de dolor ordenadas de menor a mayor ingresos: - 91% (Ingresos menores de 15.000 dólares) - 85.1% (Ingresos entre 15.001 y 25.000 dólares) - 79.2% (Ingresos superiores a 25.000 dólares) Chi (2) = 13.10, gl = 3, p = 0.004
2016	Jackson et al.	EEUU	Revisión sistemática y metaanálisis	Artículos obtenidos como resultado de una búsqueda en 6 bases de datos de los términos "dolor y crónico o persistente" y "países de bajo o medio nivel socioeconómico, o África, Asia, Centroamérica, Latinoamérica o Sudamérica" y "prevalencia o incidencia". n = 119	La prevalencia de dolor crónico de causa inespecífica en países de bajo nivel socioeconómico es de 34%, mientras que la de países de alto nivel socioeconómico es de 29.9%. Se han encontrado variaciones dependiendo del tipo de dolor, pero en todos con prevalencias superiores en países de bajo nivel socioeconómico con respecto a los de alto nivel.
2016	Jackson et al.	EEUU	Revisión narrativa	Artículos obtenidos como resultado de una búsqueda en 6 bases de datos de los términos "dolor y crónico o persistente" y "prevalencia e incidencia" y "nombre de un país de bajo nivel socioeconómico". En total se estudiaron 39 países de bajo nivel socioeconómico. n = 119	Las mujeres, las personas ancianas y los trabajadores, especialmente en subgrupos de bajo nivel educativo y socioeconómico, tenían más probabilidades de sufrir dolor en múltiples localizaciones, trastornos de humor y discapacidad.
2016	M. Goodman et al.	EEUU	Estudio analítico, longitudinal, observacional y retrospectivo	Pacientes sometidos a una artroplastia total de rodilla hace dos años, cuyos datos se extrajeron de la base de datos del hospital donde se realizó la intervención; se incluyeron pacientes de los que existía un registro de su evolución durante esos dos años, y que vivieran en Nueva York, Nueva Jersey o Connecticut. n = 4035	Asociación entre pobreza y dolor a los 2 años evaluado mediante el cuestionario WOMAC: Magnitud del efecto = 0.14 Error estándar = 0.04 p = 0.001

2016	Moeller et al.	Canada	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Se incluyeron datos obtenidos tanto del censo como de una encuesta de salud de 11 áreas metropolitanas de Canadá. n = 20.481	No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la desigualdad socioeconómica de las ciudades en relación con su experiencia del dolor dental. Coeficiente de correlación de Pearson (r, IC 95%) = 0.37 (0.26 - 0.78) p = 0.236
2016	Neiva et al.	Brasil	Estudio analítico, transversal y observacional	Mujeres cuyos hijos estuvieran matriculados en una escuela concreta de Sao Joao de Meriti, un estado de bajo nivel socioeconómico de Brasil. n = 190	Asociación entre bajo nivel socioeconómico y dolor dental: OR (IC 95%) = 0.57 (0.19 - 1.76), p = 0.329
2016	Rani et al.	India	Estudio descriptivo, transversal y observacional	Chicas adolescentes, de entre 11 y 18 años de edad, provenientes de 5 sectores, 5 pueblos y 5 suburbios de la India. Se escogieron 100 chicas, de forma aleatorizada, de cada uno. n = 300	Se apreció que el porcentaje de chicas que experimentaron dolores variados (dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor general, dolor de estómago) era consistentemente inferior en las chicas provenientes de los suburbios, seguido en la mayor parte de los casos por las chicas de zonas rurales, y siendo superior en las chicas de zonas urbanas.
2015	Bernabé E. et al.	EEUU	Estudio analítico y descriptivo, transversal y observacional	Niños (1-17 años) cuyos padres hubieran completado la encuesta nacional de EEUU de salud infantil. n = 81.635	Asociación entre el nivel de ingresos y el dolor de dientes en niños: OR (IC 95%) = 0.86 (0.82 - 0.90), p < 0.001
2015	Silveira et al.	Brasil	Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo	Misma proporción de niños de 15 colegios públicos y de 5 privados de Pelotas, que tenían dentición permanente o mixta. n = 1.199	Asociación entre ingresos familiares y dolor dental en niños ordenada de ingresos más altos a ingresos más bajos (p < 0.001): 1. PR (IC 95%) = 1 2. PR (IC 95%) = 1.07 (0.83 - 1.28) 3. PR (IC 95%) = 1.35 (1.06-1.72) 4. PR (IC 95%) = 1.44 (1.14-1.81)
2014	T. Joseph et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Adultos afroamericanos que vivían en Nueva Orleans en el momento del Huracán Katrina. n = 215	Asociación entre pobreza y dolor: OR (IC 95%) = 1.93 (1.34 - 2.79), p < 0.001
2013	J. Cleveland et al.	EEUU	Estudio analítico, transversal y observacional	Individuos con diagnóstico de osteoartritis de rodilla y un registro completo a través del cuestionario WOMAC, inscritos en un estudio de osteoartritis de rodilla y cadera llevado a cabo en un distrito de EEUU. n = 2.385	Asociación entre pobreza y dolor: β (IC 95%) = 0.87 (0.009 - 1.83)

DISCUSIÓN:

Existe una evidencia destacable acerca de la influencia de la pobreza sobre la salud en general; se conoce que empeora el pronóstico de la mayor parte de las enfermedades y que condiciona la aparición de muchas otras, aumentando los índices de mortalidad entre aquellas personas con bajo nivel socioeconómico [9].

Sin embargo, las posibles implicaciones que la pobreza pueda tener sobre la aparición de dolor, y, en especial, de dolor crónico, no han sido tan estudiadas.

En esta revisión de artículos, se han encontrado únicamente seis en los que no se haya constatado la existencia de una asociación significativa entre un bajo nivel socioeconómico y el dolor [10 - 15].

Cuando se habla de dolor, es necesario hacer una distinción entre dolor crónico y dolor agudo. Dos de los artículos que no constataron ninguna asociación versaban acerca del dolor dental, que en muchos casos se corresponde con el dolor agudo [13, 14].

Por tanto, se puede hipotetizar que las características del dolor puedan influenciar su asociación con el estado de pobreza de un individuo, pero se requiere un estudio más exhaustivo para poder obtener conclusiones más sólidas.

Cada estudio incluido en esta revisión se ha basado en poblaciones diferentes, y utiliza unos medidores de pobreza diferentes, y esto puede influir de forma determinante en los resultados obtenidos. El estudio de una muestra de población de tres suburbios de Nigeria demostró que las prevalencias de dolor generalizado eran mayores en el suburbio que tenía una mejor situación económica en comparación con los otros dos en los que la situación era más desfavorable [11]. Todo apunta a pensar, por tanto, que en este caso la pobreza no tendría asociación alguna con el dolor; sin embargo, hay que tener en cuenta que el nivel de pobreza en este estudio se está midiendo según el nivel de pobreza extrema, es decir, gastar menos de 1.90 dólares al día; pero ¿podemos considerar que la población que gasta 1.90 dólares o más al día se encuentra fuera del estado de pobreza? Por otra parte, una de las principales quejas de los tres suburbios fue precisamente el dolor generalizado.

El suburbio con mayor nivel socioeconómico cuenta con mejores condiciones de salubridad y mayor número de centros de asistencia sanitaria, y, en correspondencia, sus habitantes relatan un uso mayor de centros sanitarios “formales” que los habitantes de los otros suburbios. Precisamente por esto, es posible que los habitantes del suburbio cosmopolita, en comparación con los otros dos, tengan un seguimiento mayor de las

patologías consideradas más severas, como la malaria o la tuberculosis, y que, por tanto, al ser encuestados revelen mayor preocupación por patologías que no amenazan su vida de forma directa como es el dolor, algo que es posible que pase a un tercer lugar en el caso de las otras dos poblaciones.

La conclusión más acertada que se puede extraer de este estudio es que en tres suburbios empobrecidos de Nigeria el dolor generalizado se encuentra entre las principales preocupaciones de la población.

Otra de las posibles razones que pueden explicar esta falta de asociación entre pobreza y dolor es que, si bien la población de las zonas más desfavorecidas a nivel socioeconómico probablemente tenga trabajos manuales que requieran un mayor desempeño físico, también es cierto que las expectativas de salud en estas zonas empobrecidas tienden a ser más bajas que en zonas con mayores recursos, por lo que la gente probablemente expondrá menos sus problemas de salud, aunque estos puedan ser equivalentes a los de la población menos desfavorecida [16].

El resto de los artículos incluidos en esta revisión constataron la asociación entre pobreza y dolor: los individuos con peores condiciones socioeconómicas tenían mayor prevalencia, severidad e interferencia del dolor en su vida diaria que los que contaban con una condición socioeconómica más favorable [17, 18, 19].

Una vez establecida esta relación, se intentaron buscar posibles explicaciones y se llegó a una paradoja recurrente en los diversos artículos revisados. ¿Qué fue primero, el dolor o la pobreza? La conclusión a la que se ha podido llegar es que la influencia es mutua: la pobreza actúa como factor de riesgo del dolor, y el dolor actúa como factor de riesgo de la pobreza.

A continuación, se analizará más en profundidad esta relación bidireccional entre las variables dolor y pobreza, y los moduladores de esta asociación:

1. El dolor como factor de riesgo de pobreza:

El dolor crónico empeora la calidad de vida y la funcionalidad de la persona, afectando a su productividad y a su rendimiento en el trabajo; si además tenemos en cuenta que los trabajos manuales se han asociado con mayores prevalencias de dolor crónico entre sus trabajadores [20], es posible que un trabajador que sufra dolor tenga que abandonar su trabajo por la imposibilidad de realizarlo, lo cual podría sumergirle bajo el umbral de la pobreza.

Además, se ha visto que el dolor incrementa el riesgo de sufrir depresión, lo cual puede potenciar aún más las dificultades de estos individuos para mantener el trabajo, y esto puede derivar en otros trastornos como la ansiedad, que a su vez incrementa la percepción del dolor [18, 20, 21, 22].

Por otro lado, hay muchos países, como China o India, donde no existe un sistema de salud público y los costes sanitarios son asumidos íntegramente por el ciudadano. Se ha demostrado que cada año 100 millones de personas se suman en un estado de pobreza por el coste de los gastos sanitarios [23]. Por tanto, el dolor también puede llevar a un individuo a la pobreza.

2. La pobreza como factor de riesgo del dolor:

Las sociedades con mayor desigualdad de ingresos tienden a tener menos confianza entre ellos y hacia las instituciones políticas. Estos dos factores facilitan que se lleven a cabo políticas de gobierno que claramente perjudican a la población más vulnerable, con el beneplácito de esta que, debido a la falta de cohesión que sufre, no se moviliza [13].

Precisamente en las zonas más empobrecidas, que necesitan de una mayor asistencia médica, es donde menos recursos se destinan, de forma que sus habitantes tienen que superar muchas barreras, tanto económicas como físicas, para recibir el tratamiento médico que necesitan [24 - 26].

En EEUU, la dificultad para el acceso a los servicios sanitarios provocó que sus ciudadanos se refugiaron en los opioides o el alcohol para lidiar con el dolor. Se produjo un aumento de las llamadas “enfermedades de la desesperanza”, entre las que se encuentra el abuso de sustancias, el alcoholismo y el suicidio [9], lo que a su vez se relaciona con la aparición de otras enfermedades crónicas y enfermedades mentales, como la depresión, asociadas al dolor [23].

Un dato a destacar es que uno de los factores que más predispone a la aparición o el empeoramiento de síntomas físicos, y en especial psicológicos, es el descenso brusco del nivel socioeconómico, por ejemplo, después de un desastre medioambiental [19].

Por otro lado, las sociedades con bajo nivel socioeconómico se ven impulsadas muchas veces a un estilo de vida que puede condicionar por sí mismo la experiencia del dolor:

- Un entorno empobrecido, en el que los habitantes conviven a diario con la violencia y la estigmatización, a menudo genera en los individuos un estrés psicosocial y baja autoestima, creando una presión psicológica que puede

aumentar la percepción del dolor, además de potenciar un mal manejo de este [13, 21, 27, 28, 29].

- Los barrios de bajo nivel socioeconómico se denominan “desiertos de comida”; existe una gran dificultad para encontrar comida sana asequible económicamente, lo que provoca que los ciudadanos basen su dieta en la llamada “comida rápida”. La prevalencia de enfermedades asociadas a una dieta perjudicial, como la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, es mayor entre individuos con bajos ingresos. La obesidad y el sobrepeso se asocian directa e indirectamente (a través del estrés psicosocial) con el dolor [25].
- El tabaquismo tiene una prevalencia mayor entre las sociedades desfavorecidas y, aunque muchas veces se ha visto que se utiliza para intentar rebajar los niveles de dolor, a largo plazo acaba causando efectos perjudiciales que empeoran la experiencia del dolor. Sin embargo, un dato a destacar es que se ha estudiado que el tabaco propicia la aparición de enfermedades dentales relacionadas con el dolor, pero únicamente entre los individuos de una clase socioeconómica inferior [30]. Habría que profundizar en las causas de esta asociación tan exclusiva, ya que podría deberse una vez más a la dificultad de acceso a servicios sanitarios asequibles que tiene la población más empobrecida.

La educación también se ve afectada en las sociedades con bajos recursos socioeconómicos, que se suelen relacionar con bajos niveles educativos. El nivel educativo es importante para una correcta comunicación entre el paciente y el sanitario; pacientes sobre todo de minorías étnicas tienen menor facilidad para identificar y expresar su dolor, peor entendimiento del pronóstico y del objetivo del tratamiento y menor implicación en la toma de decisiones [31]. Se ha visto que menores niveles educativos se relacionan con un tratamiento inadecuado del dolor [26, 27].

Un estudio observó que los pacientes con menores ingresos tienen una probabilidad menor de recibir tratamiento con opioides en comparación con los que pertenecen a un estatus socioeconómico más elevado, y esta diferencia se incrementa aún más por factores como la etnia. Es posible que los médicos tengan un miedo incrementado en estas poblaciones de crear adicciones a estos fármacos [32].

Volviendo a la clasificación de pobreza, se ha visto que la pobreza subjetiva tiene un impacto mayor en la experiencia del dolor que la pobreza objetiva [18, 25].

3. Moduladores de la pobreza y el dolor:

Además de la pobreza, se ha visto que existen una serie de factores que pueden modular el efecto que esta tiene sobre el dolor:

- **Grupo étnico:** la población afroamericana y la población de etnia negra tienen un riesgo aumentado de sufrir una mayor intensidad, sensibilidad e interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria que la población de etnia blanca, con independencia de su nivel socioeconómico [12, 33, 34].

“Vivir en la pobreza” puede no suponer lo mismo para los adultos de etnia negra en comparación con los de etnia blanca; existe una discriminación étnica a nivel institucional, que tiene como consecuencia que el ascenso en la escalera socioeconómica de los adultos de etnia blanca y los de etnia negra sea desigual: los segundos reciben menores ingresos por el mismo trabajo, aun teniendo un nivel educativo similar.

Además, los adultos de etnia negra tienen un poder adquisitivo menor, ya que en los barrios donde viven los costes de los servicios son mayores.

Darse cuenta de estas desigualdades puede suponer un estrés psicosocial que se añade al ya de por sí existente en las personas pobres, lo que influye notablemente en la percepción del dolor [12].

Además, se ha observado que la población afroamericana recibe a menudo un tratamiento inadecuado para su dolor en comparación con la población de etnia blanca. Esto puede ser debido al desigual acceso y utilización de recursos, aunque también se ha visto que existen creencias equivocadas por parte de los sanitarios, la mayoría de etnia blanca, con relación a la población afroamericana, lo que muchas veces introduce un sesgo en la percepción de su dolor y su tratamiento [33].

- **Género:** la influencia del género sobre el dolor es controvertida. Mientras que hay estudios que defienden que los niveles de dolor en poblaciones con bajos ingresos eran superiores en las mujeres [20, 35], otros afirman que el género no tiene ninguna asociación con la intensidad del dolor [33]. Una posible explicación de los mayores índices de dolor encontrados en las mujeres puede ser debido al hecho de que este grupo tiene una sensibilidad nociceptiva aumentada debido a factores hormonales. Otros estudios sugieren que los estereotipos asociados

con la masculinidad influyen a los hombres en una necesidad por ocultar el dolor [29].

- **Edad:** este factor también tiene cierta controversia. Hay estudios que relacionan la edad avanzada con menores índices de dolor en comparación con la población joven. Afirman que el dolor en la población joven en situación de pobreza causa un mayor estrés psicosocial, debido a la frustración por no estar cumpliendo los estándares de productividad y a la preocupación por el futuro en una población ya de por sí empobrecida; todo esto a su vez aumenta la percepción que se tiene del dolor. Sin embargo, en la población de edad más avanzada el dolor se afronta como algo esperado, lo que reduce los niveles de estrés, y además cuentan con mejores estrategias para el manejo del dolor [36].

Otros estudios, sobre todo realizados en población trabajadora, afirman que el incremento de la edad se asocia con un incremento del riesgo de sufrir dolor [20, 35].

CONCLUSIONES:

1. Mayoritariamente, se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre la pobreza y el dolor: los individuos con condiciones socioeconómicas más desfavorables tienen una mayor prevalencia, severidad e interferencia del dolor en su vida diaria en comparación con los individuos que cuentan con una condición socioeconómica más favorable.
2. La asociación entre pobreza y dolor ha sido más fuerte para el dolor crónico en comparación con el dolor agudo.
3. En países donde no existe un sistema sanitario público, el tratamiento del dolor puede conducir a un estado de pobreza debido a los elevados costes de la asistencia sanitaria.
4. Las poblaciones con una situación socioeconómica más desfavorable tienen mayores requerimientos de asistencia sanitaria, pero menores recursos sanitarios y mayor dificultad, tanto física como económica, para acceder a ellos.
5. La pobreza condiciona otros factores que, a su vez, aumentan los índices de dolor. Por ejemplo, un estilo de vida menos saludable, que aumenta el riesgo de

sufrir obesidad o enfermedades cardiovasculares; la situación de pobreza también provoca niveles mayores de estrés psicosocial.

6. La población con bajo nivel socioeconómico tiene mayores índices de depresión y ansiedad, lo que a su vez aumenta la percepción del dolor.
7. El género y la edad influyen en la experiencia del dolor en la población con bajos ingresos, pero existe controversia al respecto y se requiere una investigación más exhaustiva con artículos que utilicen una población muestral grande y representativa.
8. La población afroamericana y la de etnia negra con bajos recursos socioeconómicos tienen mayor prevalencia, intensidad e interferencia del dolor en las actividades diarias que los de etnia blanca.
9. La población afroamericana recibe un tratamiento inadecuado para el dolor en comparación con la población de etnia blanca.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 - Inclusión Social en España [Internet]. [citado 2023 may 25]; Available from: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/index.htm>
2. Ferullo H. El concepto de pobreza en Amartya Sen. *Cultura económica* 2006;10-6.
3. Understanding Poverty [Internet]. [citado 2023 mayo 25]; Available from: <https://www.shareweb.ch/site/Poverty-Wellbeing/addressingpovertyinpractice/Pages/Understanding-Poverty.aspx>
4. Jiménez De La Jara J, Agar Corbinos L. El aporte a la salud pública del Dr. Abraham Horwitz: luces desde la contemporaneidad. *Acta bioeth.* 2014;20:279-89.
5. Vines-Centeno MR, Campos-Vera NA. Determinantes sociales de la salud. *Políticas Públicas Social Determinants of Health. Public politics Determinantes sociais da saúde. Políticas públicas.* 2019;5.
6. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2014;21:16-22.
7. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2015;22:224-30.
8. Solo el 18% de las Unidades del Dolor españolas cubren toda la cartera de servicios necesaria para aliviar el dolor más complejo, que padece el 7% de la población · *Sociedad Española del Dolor* [Internet]. [citado 2023 may 24]; Available from: <https://www.sedolor.es/solo-el-18-de-las-unidades-del-dolor-espanolas-cubren-toda-la->

9. Keralis JM. Pain and Poverty: Disparities by Poverty Level in the Experience of Pain-Related Interference. *Pain Medicine* 2021;22:1532-8.
10. De Oliveira JL, Maciel Da Silva GF, Nogueira IA, Azevedo AQ, Baraliakos X, Rocha FAC. Prevalence of Inflammatory Back Pain in a Low-Income Population. *J Clin Rheumatol* 2022;28:170-3.
11. Fayehun O, Ajisola M, Uthman O, Oyebode O, Oladejo A, Owoaje E, et al. A contextual exploration of healthcare service use in urban slums in Nigeria. *PLoS ONE* 2022;17:e0264725.
12. Thompson KA, Terry EL, Sibille KT, Gossett EW, Ross EN, Bartley EJ, et al. At the Intersection of Ethnicity/Race and Poverty: Knee Pain and Physical Function. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 2019;6:1131-43.
13. Moeller J, Quiñonez C. The Association Between Income Inequality and Oral Health in Canada: A Cross-Sectional Study. *Int J Health Serv* 2016;46:790-809.
14. Neiva da Silva A. Sense of coherence modifies the association between untreated dental caries and dental pain in low-social status women. *Community Dental Health* 2016;54-60.
15. Rani A, Sharma MK, Singh A. Practices and perceptions of adolescent girls regarding the impact of dysmenorrhea on their routine life: a comparative study in the urban, rural, and slum areas of Chandigarh. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2016;28:3-9.
16. Collins B. Results from a Well-Being Survey in the North West of England: Inequalities in EQ-5D–Derived Quality-Adjusted Life Expectancy Are Mainly Driven by Pain and Mental Health. *Value in Health* 2017;20:174-7.
17. Bernabé E, Sabbah W, Delgado-Angulo EK, Murasko JE, Gansky SA. Income gradients in oral health according to child age. *Eur J Oral Sci* 2015;123:260-6.
18. Yabe Y, Hagiwara Y, Sekiguchi T, Sugawara Y, Sato M, Kanazawa K, et al. Influence of living environment and subjective economic hardship on new-onset of low back pain for survivors of the Great East Japan Earthquake. *Journal of Orthopaedic Science* 2017;22:43-9.
19. Joseph NT, Matthews KA, Myers HF. Conceptualizing health consequences of Hurricane Katrina from the perspective of socioeconomic status decline. *Health Psychology* 2014;33:139-46.
20. Adhikari B, Ghimire A, Jha N, Karkee R, Shrestha A, Dhakal R, et al. Factors associated with low back pain among construction workers in Nepal: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 2021;16:e0252564.
21. Hagiwara Y, Sekiguchi T, Yabe Y, Sugawara Y, Watanabe T, Kanazawa K, et al. Living status, economic hardship and sleep disturbance were associated with subjective shoulder pain in survivors of the Great East Japan Earthquake: A cross sectional study. *Journal of Orthopaedic Science* 2017;22:442-6.
22. Choi NG, Snow AL, Kunik ME. Pain severity, interference, and prescription analgesic use among depressed, low-income homebound older adults. *Aging & Mental Health* 2016;20:804-13.

23. Li Z, Zhang L. Poverty and health-related quality of life: a cross-sectional study in rural China. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18:153.
24. Lyon ME, Cheng YI, Needle J, Friebert S, Baker JN, Jiang J, et al. The intersectionality of gender and poverty on symptom suffering among adolescents with cancer. *Pediatric Blood & Cancer* [Internet] 2021 [citado 2023 may 24];68. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.29144>
25. Ikeda T, Sugiyama K, Aida J, Tsuboya T, Watabiki N, Kondo K, et al. Socioeconomic inequalities in low back pain among older people: the JAGES cross-sectional study. *Int J Equity Health* 2019;18:15.
26. Cleveland RJ, Luong MLN, Knight JB, Schoster B, Renner JB, Jordan JM, et al. Independent associations of socioeconomic factors with disability and pain in adults with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:297.
27. Newman AK, Van Dyke BP, Torres CA, Baxter JW, Eyer JC, Kapoor S, et al. The relationship of sociodemographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. *Pain* 2017;158:1687-96.
28. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia & Analgesia* 2016;123:739-48.
29. Schuch H, Correa M, Torriani D, Demarco F, Goettens M. Perceived Dental Pain: Determinants and Impact on Brazilian Schoolchildren. *J Oral Facial Pain Headache* 2015;29:168-76.
30. Hicks TA, Wilson SM, Thomas SP, Dennis PA, Neal JM, Calhoun PS. Low Income as a Multiplicative Risk Factor for Oral Pain and Dental Problems Among U.S. Veteran Smokers. *Int.J. Behav. Med.* 2018;25:67-73.
31. Ilowite MF, Al-Sayegh H, Ma C, Dussel V, Rosenberg AR, Feudtner C, et al. The relationship between household income and patient-reported symptom distress and quality of life in children with advanced cancer: A report from the PediQUEST study: Income and Patient-Reported Outcomes. *Cancer* 2018;124:3934-41.
32. Joynt M, Train MK, Robbins BW, Halterman JS, Caiola E, Fortuna RJ. The Impact of Neighborhood Socioeconomic Status and Race on the Prescribing of Opioids in Emergency Departments Throughout the United States. *J GEN INTERN MED* 2013;28:1604-10.
33. C. Evans M, Bazargan M, Cobb S, Assari S. Pain Intensity among Community-Dwelling African American Older Adults in an Economically Disadvantaged Area of Los Angeles: Social, Behavioral, and Health Determinants. *IJERPH* 2019;16:3894.
34. Goodman SM, Mandl LA, Parks ML, Zhang M, McHugh KR, Lee YY, et al. Disparities in TKA Outcomes: Census Tract Data Show Interactions Between Race and Poverty. *Clinical Orthopaedics & Related Research* 2016;474:1986-95.
35. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen KAK. Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: A Narrative Review. *Anesthesia & Analgesia* 2016;122:2028-39.
36. Newman AK, Thorn BE. Intersectional identity approach to chronic pain disparities using latent class analysis. *Pain* 2022;163:e547-56.

ANEXO. FIGURAS:

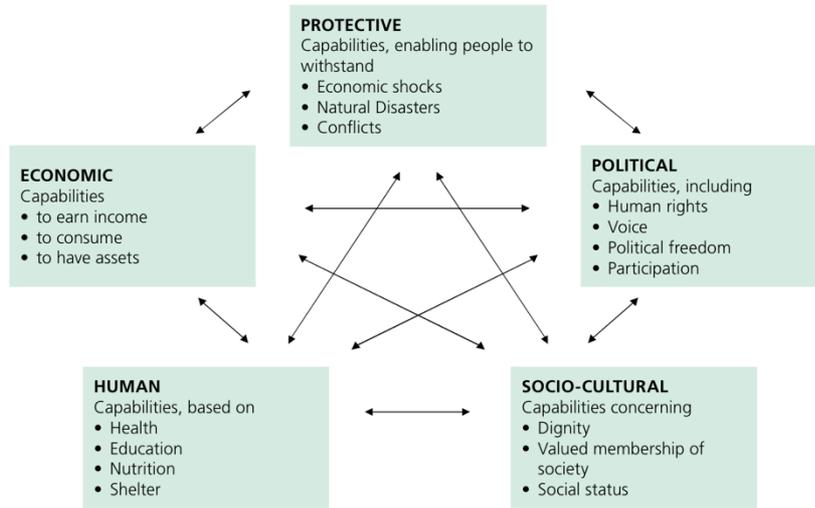


Figura 1. Cuadro multidimensional de la pobreza. OECD. [3]



Figura 2. Círculo de la pobreza de Horwitz. Elaboración propia

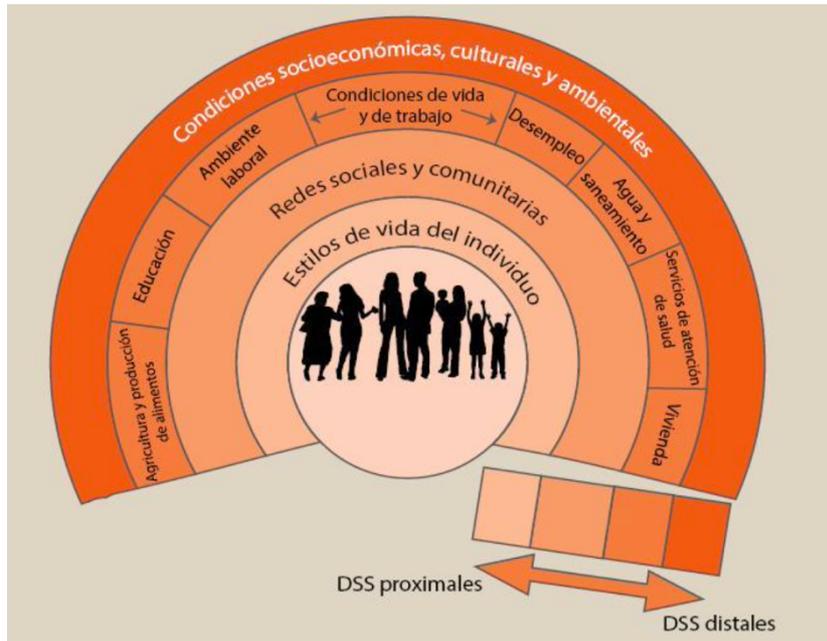


Figura 3. Determinantes de la salud [5].



POBREZA COMO FACTOR DE RIESGO DEL DOLOR.

UN ESTUDIO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autora: Blanca Carranza Rodríguez; blanca.carranza@estudiantes.uva.
Tutor: Martín L. Vargas Aragón; martinlorenzo.vargas@uva.es

1. INTRODUCCIÓN

- El **dolor crónico** es una patología **muy prevalente** a nivel mundial.
- Causa un gran **impacto en la calidad de vida** y se relaciona con un **riesgo aumentado** de sufrir enfermedades psicológicas, como la **depresión**.
- Está **infradiagnosticado e infratratado**.
- Amaryta Sen, el Dr. Abraham Horwitz y Dahlgren y Whitehead, entre otros, constataron la **asociación entre pobreza y salud**, pero se desconoce si puede aplicarse en el caso del dolor crónico.

2. OBJETIVOS:

PRINCIPAL

- **Estudiar la asociación entre pobreza y dolor.**

SECUNDARIOS

- Establecer **indicadores de riesgo** de la posible influencia de la pobreza sobre el dolor.
- Conocer si existen **diferencias en el tratamiento** y el acceso a los **servicios sanitarios en función del nivel socioeconómico**.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Se realizó una **tabla de resultados** con los **28 artículos seleccionados** para el estudio, incluyendo: autor, año, país, muestra e indicadores de asociación.
- **22 artículos** evidenciaban una **asociación significativa entre pobreza y dolor**.
- Se analizaron 3 puntos en profundidad:

Dolor como FR de la pobreza

Moduladores de asociación: edad, género, grupo étnico, depresión, ansiedad y estrés psicosocial

Pobreza como FR del dolor

3. METODOLOGÍA

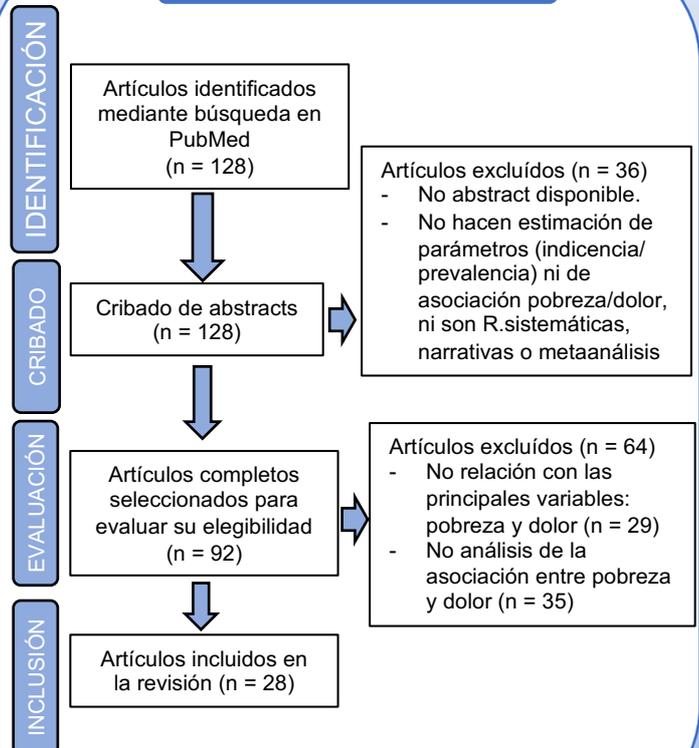


Figura 1. Diagrama de flujo

5. CONCLUSIONES

1. **Los individuos con condiciones socioeconómicas más desfavorables, y la población afroamericana y de etnia negra tienen mayor prevalencia, severidad e interferencia del dolor en su vida diaria.**
 - Hay controversia sobre la asociación del género y la edad.
2. **El dolor puede inducir pobreza por:** incapacidad de trabajar, elevado coste de la asistencia sanitaria, y su asociación con el **aumento del riesgo de enfermedades psicológicas**.
3. **La pobreza predispone al dolor:** condiciona una dieta poco saludable y aumenta el **riesgo de estrés psicosocial y depresión**.
4. **Recursos sanitarios:** mayor limitación en **áreas empobrecidas**, que sufren **barreras físicas y económicas** en el acceso a la salud.
5. Existe un **sesgo socioeconómico** y una **discriminación étnica en el tratamiento** del dolor.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. C. Evans M, Bazargan M, Cobb S, Assari S. Pain Intensity among Community-Dwelling African American Older Adults in an Economically Disadvantaged Area of Los Angeles: Social, Behavioral, and Health Determinants. IJERPH 2019;16:3894.
2. Newman AK, Van Dyke BP, Torres CA, Baxter JW, Eyer JC, Kapoor S, et al. The relationship of sociodemographic and psychological variables with chronic pain variables in a low-income population. Pain 2017;158:1687-96.