

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o semejante a un posible daño tisular.” (1) Según la CIE-11, el dolor crónico (DC) es aquel que persiste o se repite por más de tres meses (2) y se clasifica en primario, cuando no tiene una causa identificable y se considera una enfermedad en sí misma, y secundario, cuando es consecuencia de una patología subyacente (3,4).

Reconocido por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como diagnóstico enfermero (5), el dolor crónico es un fenómeno complejo influenciado por factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales (6). Su impacto trasciende la esfera física, afectando de manera significativa a los ámbitos emocional, social y laboral, asociándose además con ansiedad, depresión y discapacidad (7). Asimismo, la evidencia muestra que las condiciones socioeconómicas desfavorables se relacionan con mayor prevalencia, intensidad y discapacidad asociada al dolor (8).

Aunque se estima que el dolor crónico afecta entre un 10% y un 30% de la población adulta (9), su prevalencia varía considerablemente según el contexto sociodemográfico y los métodos de medición utilizados.

Diversos estudios internacionales han descrito desigualdades por sexo,

edad y nivel socioeconómico, evidenciando una mayor carga en mujeres, personas mayores y grupos socialmente desfavorecidos (10,11). En España, aunque existen investigaciones que analizan la prevalencia del dolor crónico en población general, son limitados los estudios poblacionales recientes que integren simultáneamente calidad de vida, gradiente socioeconómico y utilización de recursos sanitarios a partir de datos nacionales actualizados.

Este desafío adquiere especial relevancia ante la necesidad de reducir desigualdades en salud, objetivo central de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas (12). En España, la ausencia de una estrategia nacional unificada dificulta un abordaje integral del dolor crónico (13,14) aunque algunas comunidades autónomas han desarrollado iniciativas específicas (15).

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre dolor crónico y calidad de vida en la población residente en España, evaluando las desigualdades según sexo, edad y posición socioeconómica, así como su impacto en la utilización de recursos sanitarios, a partir de los datos de la *Encuesta Europea de Salud en España 2020* (ESEE2020).

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal mediante análisis secundario de datos procedentes de la *Encuesta Europea de Salud en*

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

España 2020 (EESE2020), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad. La EESE2020 es una encuesta poblacional representativa de ámbito nacional realizada mediante muestreo aleatorio triatómico, estratificado por comunidades autónomas y tamaño de municipio. La recogida de datos se realizó durante el año 2020 en todo el territorio nacional.

La muestra estuvo compuesta por 22.072 personas de quince o más años residentes en España. Para el presente análisis se incluyeron los registros con información completa en las variables de interés: presencia de dolor crónico; estado de salud percibido; sexo; edad; nivel educativo; ocupación y clase social.

La variable *dolor crónico* se definió a partir de la pregunta específica incluida en la EESE2020 sobre la presencia de dolor crónico. El estado de salud percibido se evaluó mediante la pregunta estándar de autovaloración incluida en la EESE2020.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se exploraron asociaciones entre variables categóricas mediante la prueba de Chi-cuadrado. Asimismo, se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación entre nivel de dolor y estado de salud percibido. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el programa *SPSS Statistics* (Versión 26). Los análisis se realizaron sin aplicar ponderaciones muestrales.

Debido al uso de datos secundarios anonimizados de acceso público, no fue necesaria la aprobación por un comité de ética de la investigación.

RESULTADOS



Descripción de la población. De los 22.072 registros analizados (52,9% mujeres; 47,1% hombres), la mayoría fueron adultos mayores de treinta y cinco años (73,9%), reflejando un perfil poblacional envejecido, con un 65% en edad laboral. Geográficamente, Andalucía, Madrid y Cataluña concentraron el 33% de la muestra, sin diferencias significativas por sexo, aunque con ligero predominio femenino general. Castilla y León, Aragón y Asturias destacaron por una población más envejecida (mayor del 45% con más de sesenta años).

Se observaron diferencias socioeconómicas relevantes según sexo: las mujeres presentaron menores niveles educativos, predominaron en profesiones con alta carga psicosocial (más del 90%) y en tareas físicas relacionadas con el cuidado y limpieza. Los hombres destacaron en ocupaciones físicas como agricultura o mecánica (hasta un 75%). Además, las clases sociales bajas y los trabajadores menos cualificados tenían niveles educativos significativamente menores ($\chi^2=9,658,0$; $p < 0,001$), siendo Andalucía la región con mayores proporciones de población en estas categorías (13%, estudios básicos o inferiores; 17%, trabajadores del sector primario o no cualificados).

Encuesta Europea de Salud en España 2020: Salud, Calidad de vida y Dolor crónico. El análisis de independencia de variables confirmó una asociación estadística significativa entre la presencia de enfermedades crónicas y el diagnóstico de artritis, dolor cervical y lumbar ($\chi^2=15,36$, 58,33 y 55,49, respectivamente; $p < 0,05$). Se observó que el 60,9% de la población sufría



dolor crónico, asociado con una percepción negativa de su estado de salud ($\chi^2=5.474,09$; $p<0,05$). Más del 40% de quienes padecían dolor crónico valoraron su salud como regular, mala o muy mala, frente a menos del 5% en quienes no lo padecían [FIGURA 1].

Las mujeres representaron casi el 60% de los casos, y más de la mitad de las personas con dolor crónico estaban en edad laboral. La prevalencia aumentaba con la edad, alcanzando su pico entre los sesenta y seis y los ochenta años [FIGURA 2]. Además, las mujeres presentaron mayores tasas de dolor en todos los grupos de edad a partir de los diecinueve años, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los hombres ($\chi^2=234,38$ para sexo y $\chi^2=4.217,67$ para edad; $p<0,05$).

El análisis mediante gráficos de densidad y pruebas t confirmó que las mujeres reportaron niveles más altos de dolor y peor estado de salud ($t=-14,17$, $p=2,18 \times 10^{-45}$ y $t=-23,45$, $p=3,22 \times 10^{-119}$, respectivamente) [FIGURA 3]. El impacto del dolor crónico se intensificaba con la edad, especialmente a partir de los cincuenta y un años, reduciendo la percepción de bienestar y aumentando la intensidad del dolor en mayores de ochenta años [FIGURA 4].

La correlación entre estado de salud percibido y nivel de dolor (Spearman=0,496; $p<0,05$) indicó que el 60% de quienes reportaron un estado de salud malo o muy malo experimentaban dolor severo o extremo, siendo más frecuente en mujeres (38,4%) que en hombres (26,2%).

Figura 1
Estado de salud percibido según presencia de dolor.

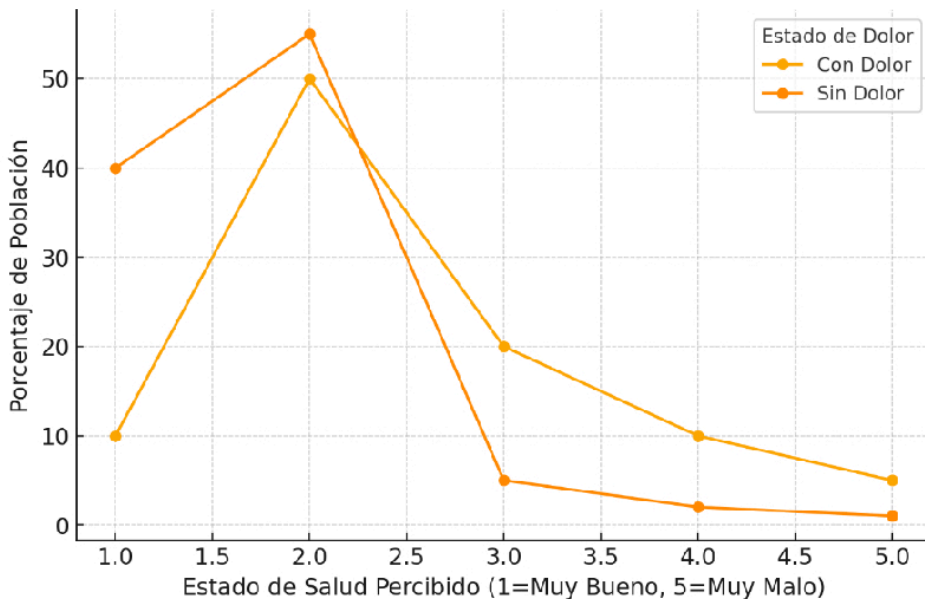


Figura 2
Distribución de la población con dolor por grupo de edad y sexo.

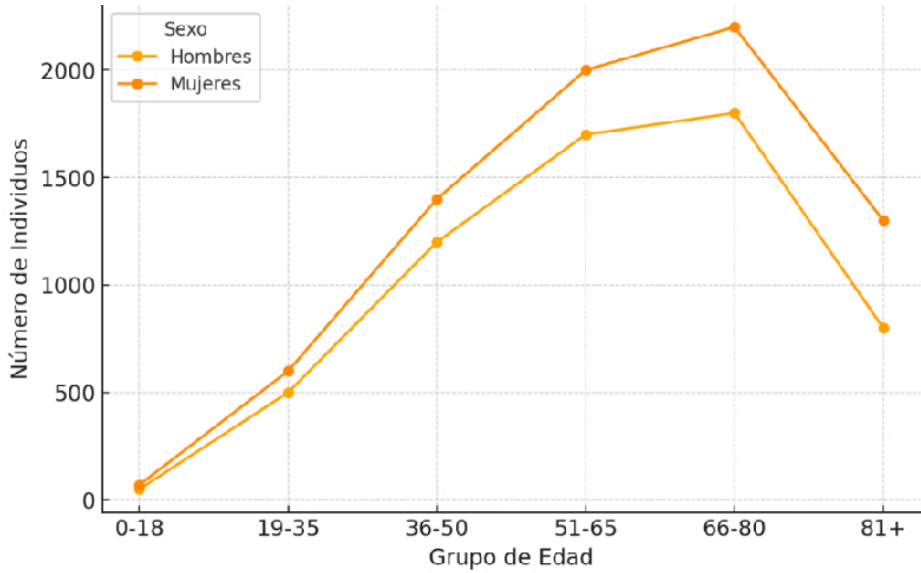


Figura 3
Estado de salud percibido y nivel de dolor según sexo en individuos con dolor.

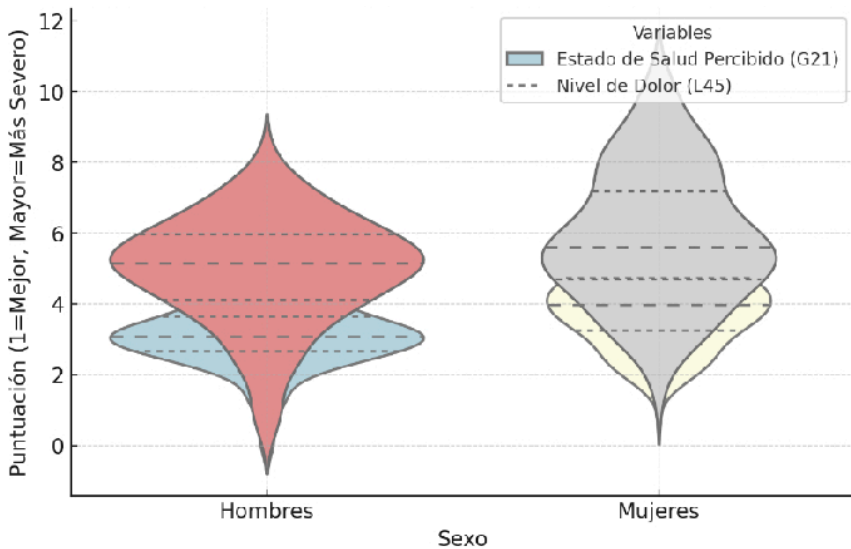
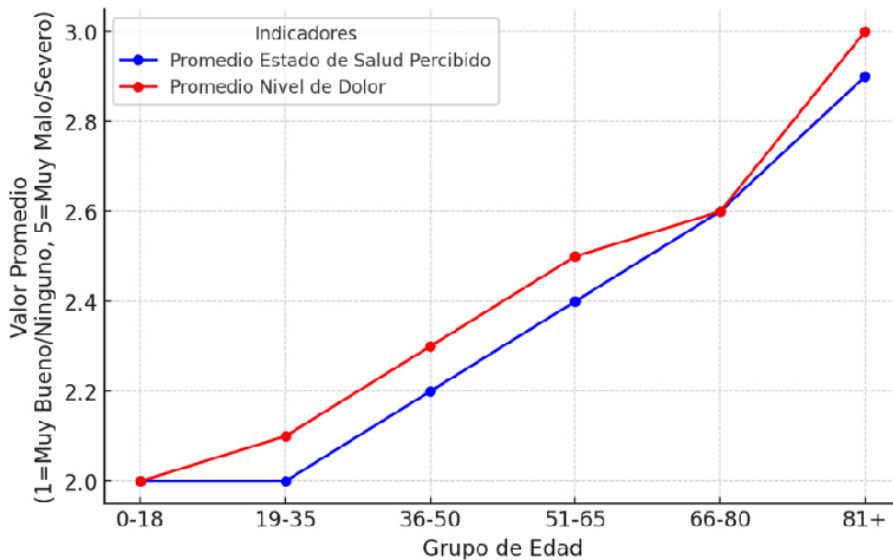


Figura 4
Estado de salud percibido y nivel de dolor según edad en individuos con dolor.



En el ámbito geográfico, Castilla y León registró la mayor prevalencia de procesos crónicos (77%), mientras que, en todas las comunidades, salvo Melilla, más del 50% de la población sufría alguna enfermedad crónica. El dolor crónico afectaba a la salud mental: el 40% de quienes lo padecían habían sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión crónica, con mayor prevalencia en mujeres (44,8%) que en hombres (35,2%).

Encuesta Europea de Salud en España 2020: enfoque socioeconómico del dolor. El 60,4% de la población con dolor crónico pertenecía a clases sociales bajas, con predominio en ocupaciones técnicas, del sector primario o no cualificadas. La prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2=198,29$; $p<2,2e-32$) confirmó una asociación estadística significativa entre dolor crónico y nivel socioeconómico.

A medida que disminuía la posición social, empeoraba la percepción del estado de salud (de 1,90 en directivos a 2,36 en trabajadores no cualificados). De igual forma, las limitaciones en actividades diarias aumentaban, con mayores restricciones en las clases bajas [TABLA 1].

La ansiedad y la depresión también seguían este patrón, con mayor prevalencia en trabajadores no cualificados y del sector primario, confirmando una relación estadísticamente significativa con el dolor crónico ($\chi^2=124,849$ y $\chi^2=135,633$; $p<0,001$) [TABLA 2].

Encuesta Europea de Salud en España 2020: impacto del dolor en el Sistema Sanitario. El 80% de las personas con dolor crónico visitaron un médico en las últimas cuatro semanas, sin diferencias significativas por sexo. Sin embargo, las

Tabla 1
 Estado de salud percibido en función de la posición socioeconómica basada en la ocupación.

Variables	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados	17%	11,5%	6%	4,6%	7,4%
Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados	11,9%	8,1%	1,2%	4,1%	4,3%
Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	20,2%	20,6%	15,8%	14,8%	15,5%
Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas	13,3%	13,7%	14,6%	14,9%	14,7%
Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros	25%	30,3%	36%	35,6%	35,5%
Trabajadores/as no cualificados/as	10,3%	11,8%	16,1%	20,2%	15,5%

Fuente: Elaboración propia, EESE2020.

Tabla 2
 Estado de salud percibido en función de la posición socioeconómica basada en la ocupación.

Variables	Ansiedad crónica	Depresión
Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados	6%	6,3%
Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados	6,1%	5,7%
Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	16,7%	16,4%
Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas	13,7%	14,1%
Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros	33,8%	34,1%
Trabajadores/as no cualificados/as	19%	18,1%

Fuente: Elaboración propia, EESE2020.

Tabla 3
 Tiempo desde la última consulta al médico general o de familia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Clase social basada en la ocupación	Tiempo desde la última consulta a un médico general o de familia			
	Últimas 4 semanas	4 semanas/ 12 meses	12 meses o más	Nunca
Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados	7,8%	10,5%	14%	22,5%
Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados	7,1%	7,7%	8,1%	10%
Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	17,2%	19,6	20,2%	17,5%
Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas	13,8%	14,1	12,8%	10%
Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros	34,2%	30,7	30%	25%
Trabajadores/as no cualificados/as	15,1%	12,9%	10,6%	10%

Fuente: Elaboración propia.

clases sociales bajas presentaron un mayor uso de servicios médicos, alcanzando casi el 50% entre trabajadores del sector primario y el 40% en ocupaciones no cualificadas **[TABLAS 3 Y 4]**.

El uso de medicamentos fue elevado, con un 94,5% de los consumidores de medicación recetada perteneciendo a mayores de treinta y un años. Las mujeres representaron el 60% de los pacientes medicados, y el consumo aumentaba con la edad. En cuanto a clase social, el sector primario concentra más del 30% de la población en tratamiento farmacológico **[TABLA 5]**.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Los resultados del estudio muestran una asociación estadística significativa entre dolor crónico y peor calidad de vida en la población residente en España, con un marcado gradiente por sexo, edad y posición socioeconómica. Un 40% de las personas con dolor crónico percibe su estado de salud como regular, malo o muy malo, y el 95% experimenta limitaciones en sus actividades diarias, en línea con estudios previos que evidencian cómo el dolor reduce la funcionalidad y calidad de vida **(16)**. Asimismo, la

Tabla 4

Tiempo desde la última consulta al médico especialista según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Clase social basada en la ocupación	Tiempo desde la última consulta a un médico especialista			
	Últimas 4 semanas	4 semanas/ 12 meses	12 meses o más	Nunca
Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados	12,1%	11,4%	9,4%	6,1%
Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados	8,5%	8,2%	7,1%	4,7%
Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	21,3%	19,9%	18,2%	15,4%
Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas	14,1%	14,2%	13,8%	9,4%
Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros	28,9%	29,7%	33,3%	37,7%
Trabajadores/as no cualificados/as	11,6%	12,6%	13,4%	19,1%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5

Consumo de medicamentos no recetados por un médico las últimas dos semanas según la clase social basada en la ocupación de la persona de referencia.

Clase social basada en la ocupación	Consumo de medicamentos no recetados últimas 2 semanas	
	Sí	No
Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados	9,4%	6,1%
Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados	7,1%	4,7%
Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia	18,2%	15,4%
Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas	13,8%	9,4%
Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros	33,3%	37,7%
Trabajadores/as no cualificados/as	13,4%	19,1%

Fuente: Elaboración propia.

actividad física se identifica como una estrategia eficaz para mejorar la tolerancia al dolor y la calidad de vida **(17)**, lo que refuerza la necesidad de integrar intervenciones adaptadas en Atención Primaria.

El estudio también destaca la estrecha relación entre el dolor crónico y la salud mental. Se observó que un 13% de las personas con dolor crónico ha sufrido ansiedad y un 15% depresión, confirmando la interconexión bidireccional entre el dolor y los trastornos psicológicos **(18,19,20)**. Investigaciones recientes indican que una gestión efectiva del dolor puede reducir estos síntomas, lo que subraya la necesidad de implementar evaluaciones psicológicas sistemáticas y tratamientos multidisciplinarios que integren apoyo psicológico en el manejo del dolor crónico desde Atención Primaria.

Desde el punto de vista socioeconómico, el 60% de las personas con dolor crónico pertenece a clases bajas-medias y desempeña ocupaciones técnicas, primarias o no cualificadas. La literatura respalda esta relación inversa entre nivel socioeconómico y prevalencia del dolor crónico, indicando que los grupos más desfavorecidos sufren dolor con mayor intensidad y discapacidad asociada **(21)**. Todo esto aporta evidencia actualizada en el contexto español al integrar simultáneamente clase social, ocupación y utilización de recursos sanitarios, lo que permite una aproximación más amplia desde la Salud Pública. Estos hallazgos apoyan la necesidad de políticas orientadas a mejorar la accesibilidad a servicios de salud integral y tratamientos efectivos **(22,23)**, incluyendo intervenciones no farmacológicas como fisioterapia y terapias psicológicas **(24,25)**.

El análisis muestra que las enfermedades musculoesqueléticas constituyen una de las principales causas de enfermedad no transmisible en España, representando un desafío para la sostenibilidad del sistema sanitario **(26,27)**. La prevalencia del dolor crónico es particularmente elevada en grupos de edad avanzada y en la población laboralmente activa, lo que debería incentivar el desarrollo de programas específicos de promoción de la salud laboral, incluyendo intervenciones en ergonomía laboral, prevención de riesgos laborales y ejercicios adaptados dentro del entorno laboral y comunitario **(28,29)**.

Desde una perspectiva de género, las mujeres presentan mayores niveles de dolor crónico y problemas asociados como ansiedad y depresión, en línea con investigaciones previas que atribuyen estas diferencias tanto a factores biológicos como sociales **(30,31,32)**. La presencia de estas desigualdades pone de manifiesto la importancia de incorporar estrategias específicas, como programas de sensibilización sobre género y salud, formación específica para profesionales sanitarios y apoyo psicológico adaptado para mujeres.

El análisis geográfico reveló que comunidades con mayores concentraciones de población, como Andalucía, Madrid y Cataluña, requieren intervenciones específicas debido a su alta prevalencia de dolor crónico **(33)**, lo que podría relacionarse con diferencias demográficas y organizativas. Al mismo tiempo, regiones con poblaciones envejecidas y dispersas, como Castilla y León y Aragón, enfrentan desafíos adicionales en la planificación de recursos sanitarios, lo que coincide con estudios sobre la accesibilidad territorial y desigualdad en servicios, pudiendo desa-

rollarse para estas regiones estrategias adaptadas, como servicios móviles de atención sanitaria, así como programas de telemedicina y soporte digital para mejorar la accesibilidad y continuidad del cuidado (34,35).

Desde una perspectiva sanitaria, la elevada frecuencia de consultas médicas y consumo de medicamentos entre personas con dolor crónico evidencia la carga asistencial asociada a este, confirmando la necesidad de optimizar recursos mediante estrategias preventivas y programas educativos orientados al autocuidado y la gestión no farmacológica del dolor (36). Las políticas públicas deberían considerar alternativas terapéuticas accesibles y efectivas como la fisioterapia comunitaria, los grupos de apoyo y la educación en autocuidado y técnicas de manejo del dolor.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, así como el uso de datos autorreportados. Asimismo, la ausencia de ponderación muestral podría influir en la estimación de algunas asociaciones. No obstante, el tamaño muestral y el carácter representativo de la encuesta aportan solidez a los hallazgos.

Futuras investigaciones deberían profundizar en el análisis longitudinal de estas asociaciones y evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades identificadas, contribuyendo a orientar decisiones en políticas públicas destinadas a

mejorar la equidad y la eficiencia del sistema sanitario en España (37).

A modo de conclusión señalar que el análisis de la EESE2020 confirma la asociación entre el dolor crónico y una peor calidad de vida en la población adulta en España, evidenciando una relación directa con un peor estado de salud percibido y una mayor prevalencia de ansiedad y depresión.

Desde una perspectiva socioeconómica, el dolor crónico se distribuye de forma desigual, afectando con mayor frecuencia a personas de clases sociales bajas o medias, con menor nivel educativo y ocupaciones menos cualificadas, lo que se asocia además con una mayor utilización de recursos sanitarios.

La mayor prevalencia en mujeres y personas de edad avanzada pone de relieve la influencia del género y el envejecimiento en la carga del dolor crónico. En conjunto, estos hallazgos sugieren la conveniencia de desarrollar estrategias integrales de abordaje que incorporen un enfoque biopsicosocial y tengan en cuenta las desigualdades identificadas.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran su diseño transversal, que impide establecer causalidad, y el uso de datos autorreportados. No obstante, los resultados aportan evidencia poblacional relevante para orientar la planificación sanitaria y el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar la equidad en el manejo del dolor crónico en España. ©

BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for the Study of Pain. *Terminology* [Internet]. Washington: IASP; [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>
2. World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [Internet]. Geneva: WHO; [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
3. Margarit C, Margarit C. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas*. Rev Soc Esp Dolor. 2019;26(4):209-210. doi: <https://doi.org/10.20986/RESED.2019.3752/2019>.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R et al. *Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)*. Pain. 2019;160(1):19-27. doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
5. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021-2023*. 12ª ed. New York: Thieme; 2021.
6. Bonilla Marciales A, Jaimes Valencia ML, Serrano Gómez SE, Arenas Luna GI, Padilla García CI, Criado Morales ML. *Implementación de la guía de valoración y manejo del dolor de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga*. MedUNAB. 2017;20(2):148-164. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8971834&info=resumen&idioma=ENG>
7. Villarreal Fernández N, Meneses Monroy A. *Diagnóstico de Enfermería: dolor crónico: Análisis crítico de sus características definitorias*. Metas Enferm. 2020;23(1):72-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7221276&info=resumen&idioma=ENG>
8. Masedo Gutiérrez AI, Camacho Martel L. *Nivel socioeconómico bajo y el dolor incapacitante en pacientes de la unidad del dolor*. Cienc Enferm. 2016;22(3):77-84. doi: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532016000300077>
9. Morales A. *Impacto en la calidad de vida de un programa de intervención enfermera en pacientes con dolor crónico no oncológico* [Tesis doctoral]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=176797&info=resumen&idioma=SPA>
10. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. European Journal of Pain. 2006;10(4):287-333. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
11. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. *Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors*. British Journal of Anaesthesia. 2019;123(2):e273-e283. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
12. Pacto Mundial. *ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible* [Internet]. [consultado 20 jun 2024]. Disponible en: https://www.pactomundial.org/que-puedes-hacer-tu/ods/?gad_source=1&gclid=EAlalQobChMIs_fga7qhGMPppqDBx34eAu4EAAyASAAEgJplfD_BwE
13. Díaz-Mosquera SP, Rodríguez-Villamil LN, Valencia-González AM. *Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad*. Rev Gerenc Polit Salud. 2015;14(28):32-47. doi: <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.RGYPS18-28.APPS>
14. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. *The biopsychosocial model of chronic pain: Scientific advances and future directions*. Front Pain Res. 2023;4:1138700. doi: <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1138700>
15. Junta de Andalucía. *Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor* [Internet]. [consultado 21 jun 2024]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/paapd.html>
16. Williams ACC, Eccleston C, Morley S. *The impact of chronic pain on the ability to perform daily activities and the effectiveness of various management strategies*. Clin J Pain. 2018;34(8):734-742. doi: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000587>
17. Årnes AP, Nielsen CS, Stubhaug A, Fjeld MK, Johansen A, Morseth B et al. *Longitudinal relationships between habitual physical activity and pain tolerance in the general population*. PLoS One. 2023;18(5):e0285041. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285041>
18. Kroenke K. *The role of chronic pain in mental health: A review*. J Pain Symptom Manage. 2023;65(4):789-800. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.01.001>

- 19.** Zhang Y. *The interplay between chronic pain and depression: New insights*. *Pain Res Manag*. 2023;50(2):112-123. doi: <https://doi.org/10.1155/2023/1234567>
- 20.** American Psychological Association. *Chronic pain and mental health: 2024 report* [Internet]. Washington, DC: APA; 2024 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://www.apa.org/reports/chronic-pain-mental-health>
- 21.** Janevic MR, McLaughlin SJ, Heapy AA, Thacker C, Piette JD. *Disparidades raciales y socioeconómicas en el dolor crónico incapacitante: Hallazgos del Estudio de Salud y Jubilación*. *J Pain*. 2017;18(12):1459-1467. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.07.005>
- 22.** Kettley N. *Social class-is education unequal?* [Internet]. Cambridge: Institute of Continuing Education, University of Cambridge; 2020 [consultado 21 jul 2020]. Disponible en: <https://www.ice.cam.ac.uk/about-us/news/social-class-education-unequal>
- 23.** Michigan Journal of Economics. *The relationship between socioeconomic status and literacy: How literacy is influenced by and influences SES* [Internet]. Michigan Journal of Economics; 2022 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://sites.lsa.umich.edu/mje/2022/05/01/the-relationship-between-socioeconomic-status-and-literacy-how-literacy-is-influenced-by-and-influences-ses>
- 24.** Fundación Grünenthal. *Barómetro del dolor crónico en España 2022* [Internet]. Madrid: Fundación Grünenthal; 2022 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022.pdf>
- 25.** Fundación Grünenthal. *Libro blanco del dolor en España* [Internet]. Madrid: Fundación Grünenthal; 2022 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/libro-blanco-dolor-espana.pdf>
- 26.** Stompór M, Grodzicki T, Stompór T, Wordliczek J, Dubiel M, Kurowska I. *Prevalencia del dolor crónico, particularmente con componente neuropático, y su efecto sobre el funcionamiento general de los pacientes ancianos*. *Med Sci Monit*. 2019;25:2695-2701.
- 27.** Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R et al. *Prevalence of chronic pain in developing countries: Systematic review and meta-analysis*. *Pain Rep*. 2019;4(6):e0779. doi: <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000779>
- 28.** McGowan KJ, Goodman SE, Peters MT. *Chronic pain and the aging workforce: Implications for occupational health and safety*. *J Occup Health Psychol*. 2023;28(2):123-135.
- 29.** Brown JE, Clark SA, Green ER. *Population aging and its implications for health and healthcare systems*. *J Aging Soc Policy*. 2022;34(1):23-42. doi: <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2052165>
- 30.** Instituto Nacional de Estadística. *Esperanza de vida al nacimiento según sexo* [Internet]. Madrid: INE; [consultado 28 ago 2024]. Disponible en: <https://ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>
- 31.** Malon J, Shah P, Koh WY, Cattabriga G, Li E, Cao L. *Caracterización de la demografía de los pacientes con dolor crónico en el estado de Maine utilizando la base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Maine*. *BMC Public Health*. 2018;18:810.
- 32.** Ferreira SK. *Epidemiología del dolor crónico en el consultorio de un neurólogo especialista en dolor*. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73(7):582-585. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20150092>
- 33.** López-López A, Montoya P, Fernández-Jiménez E, Alonso F, Cerezo P. *Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio en población andaluza*. *Aten Primaria*. 2017;49(5):309-317. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.08.002>
- 34.** Smith JR, Brown LM. *Economic decline and rural depopulation: A study of the effects in Eastern Europe*. *J Rural Stud*. 2021;45(2):123-135. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2021.03.004>
- 35.** Araque Conde P. *Mapa de la despoblación en España: Cerca de 20 provincias han perdido casi un millón de habitantes en medio siglo* [Internet]. Público; 2023 [consultado 14 abr 2023]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/mapa-despoblacion-espana-cerca-20-provincias-perdido-millon-habitantes.html>
- 36.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2013 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidad/pdf/DocumentoMarcoDolor.pdf>
- 37.** BMC Health Services Research. *Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: A systematic review of measurement properties* [Internet]. BMC Health Serv Res; 2022 [consultado 27 mar 2024]. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/>