

# Barómetro del dolor crónico en el País Vasco

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO A NIVEL REGIONAL



# Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	12
Introducción	15
Antecedentes de la enfermedad del dolor crónico	17
1. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO	18
2. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PAÍS VASCO	19
3. UNIDADES DE DOLOR EN EL PAÍS VASCO	24
Barómetro del dolor crónico en el País Vasco	29
1. OBJETIVOS	30
2. METODOLOGÍA	30
3. RESULTADOS	33
4. CONCLUSIONES	60
Bibliografía	65
ANEXO 1 - Metodología	69
ANEXO 2 - Resultados	78

# Índice

DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución geográfica de los hospitales con Unidades de Dolor en España.	24
<b>Figura 2.</b> Distribución geográfica de los hospitales con Unidades de Dolor en el País Vasco.	25
<b>Figura 3.</b> Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.	27
<b>Figura 4.</b> Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.	28
<b>Figura 5.</b> Distribución muestral por grupo de edad.	33
<b>Figura 6.</b> Distribución muestral por sexo.	34
<b>Figura 7.</b> Distribución muestral por nivel de estudios.	34
<b>Figura 8.</b> Distribución muestral por baja laboral.	35
<b>Figura 9.</b> Distribución muestral por situación laboral.	35
<b>Figura 10.</b> Distribución muestral por uso del sistema sanitario.	35
<b>Figura 11.</b> Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.	36
<b>Figura 12.</b> Estado de salud de los encuestados.	36
<b>Figura 13.</b> Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.	38
<b>Figura 14.</b> Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.	38
<b>Figura 15.</b> Prevalencia de dolor crónico y continuo.	39
<b>Figura 16.</b> Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.	40
<b>Figura 17.</b> Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.	40
<b>Figura 18.</b> Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.	40
<b>Figura 19.</b> Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.	41
<b>Figura 20.</b> Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.	41
<b>Figura 21.</b> Intensidad del dolor crónico.	42
<b>Figura 22.</b> Causas diagnósticas del dolor crónico.	43
<b>Figura 23.</b> Localizaciones anatómicas del dolor crónico.	44
<b>Figura 24.</b> Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.	45

<b>Figura 25.</b> Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.	45
<b>Figura 26.</b> Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.	45
<b>Figura 27.</b> Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	46
<b>Figura 28.</b> Niveles asistenciales utilizados por los pacientes con dolor crónico.	47
<b>Figura 29.</b> Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.	47
<b>Figura 30.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.	49
<b>Figura 31.</b> Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	50
<b>Figura 32.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.	50
<b>Figura 33.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.	51
<b>Figura 34.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.	52
<b>Figura 35.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.	53
<b>Figura 36.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.	54
<b>Figura 37.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por niveles asistenciales utilizados.	54
<b>Figura 38.</b> Calidad de vida física y mental de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	55
<b>Figura 39.</b> Nivel de depresión y ansiedad de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	56
<b>Figura 40.</b> Apoyo social percibido de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	57
<b>Figura 41.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.	58
<b>Figura 42.</b> Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.	58

# Índice

DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Listado de los hospitales con Unidades de Dolor en el País Vasco.	26
<b>Tabla A1 - 1.</b> Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	70
<b>Tabla A1 - 2.</b> Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	71
<b>Tabla A2 - 1.</b> Características de la muestra encuestada en el País Vasco.	79
<b>Tabla A2 - 2.</b> Prevalencia de dolor continuo y crónico en el País Vasco.	82
<b>Tabla A2 - 3.</b> Características de las personas con dolor crónico en el País Vasco.	83
<b>Tabla A2 - 4.</b> Características relacionadas con dolor continuo, dolor crónico o sin dolor en el País Vasco.	86

# Abreviaturas

**CATI**

*Computer-Assisted Telephone Interviewing*

**CAWI**

*Computer-Assisted Web Interviewing*

**DT**

Desviación Típica

**ESOMAR**

*European Society for Opinion and Marketing Research*

**HADS**

Hospital Anxiety and Depression Scale

**ISO**

*International Organization for Standardization*

**MCS**

*Mental Component Score*

**OSI**

Organización Sanitaria Integrada

**PCS**

*Physical Component Score*

**RI**

Rango Intercuartílico

## ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

### AND

Andalucía

### ARA

Aragón

### AST

Principado de Asturias

### BAL

Islas Baleares

### CAN

Canarias

### CAT

Cataluña

### CEU

Ciudad Autónoma de Ceuta

### CLM

Castilla-La Mancha

### CTA

Cantabria

### CYL

Castilla y León

### EXT

Extremadura

### GAL

Galicia

### MAD

Comunidad de Madrid

### MEL

Ciudad Autónoma de Melilla

### MUR

Región de Murcia

### NAV

Comunidad Foral de Navarra

### PVA

País Vasco

### RIO

La Rioja

### VAL

Comunidad Valenciana

# Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** es uno de los principales desafíos de salud pública en España, con un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, que se extiende a los ámbitos laboral, social, familiar y personal.

En los últimos años, diversas iniciativas han buscado mejorar el conocimiento y el abordaje del dolor crónico en España, destacando la “**Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**” (2012) y el “**Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud**” (2014). Estas estrategias han contribuido a reconocer el dolor crónico como una prioridad sanitaria y a fomentar la adopción de buenas prácticas en su manejo. Sin embargo, la limitada disponibilidad de información ha dificultado la visibilidad de esta enfermedad y la respuesta a las necesidades de los pacientes.

Para actualizar el conocimiento sobre el impacto del dolor crónico en España, **en abril de 2023 se publicó el informe “Barómetro del Dolor Crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en España”**, elaborado por la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz. Este estudio ofreció una visión actualizada de la enfermedad a nivel estatal, sus repercusiones en la sociedad y los pacientes, y amplió el conocimiento disponible en la materia.

Siguiendo esta línea de trabajo, el presente informe profundiza en el **análisis del dolor cró-**

**nico en el País Vasco**, con el objetivo de cuantificar su impacto en la sociedad y en el sistema sanitario regional, además de impulsar iniciativas para mejorar su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

**El objetivo de este informe es cuantificar el impacto del dolor crónico en la sociedad y en el sistema sanitario regional, además de impulsar iniciativas para mejorar su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.**

Con esta motivación, la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, con el respaldo de More than Research y Biolnova Consulting, han trabajado en el desarrollo del presente documento: “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en el País Vasco**”.

Este trabajo, guiado por el compromiso con las personas que sufren de dolor crónico, establece los siguientes objetivos:

 Favorecer el conocimiento de la **información disponible** en la actualidad acerca del dolor crónico y de su abordaje en el País Vasco.

 Mostrar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa el dolor crónico** en la sociedad del País Vasco.

 Analizar los principales **indicadores** que permitan comparar el impacto del dolor crónico en el País Vasco con el impacto a nivel estatal.

El análisis presentado en este documento se divide en dos partes: **antecedentes de la enfermedad del dolor crónico** y **Barómetro del dolor crónico en el País Vasco**. A continuación, se resumen sus principales contribuciones.

La primera sección ofrece una **visión general de la información disponible** sobre el dolor crónico en el País Vasco, subrayando la importancia de contar con datos actualizados y analizando las perspectivas futuras de esta problemática en la región. Para ello, se parte de los datos obtenidos a nivel estatal, destacando las cifras clave que reflejan el **impacto sociosanitario y económico** del dolor crónico en España, para posteriormente contextualizarlos y analizarlos en el ámbito regional, proporcionando así una imagen detallada de la situación a lo largo del documento.

A continuación, se presentan las principales **iniciativas desarrolladas en el País Vasco para abordar el dolor crónico**, resaltando los avances logrados en su visibilidad y tratamiento. En este apartado se hace especial énfasis en los actores clave y en las estrategias que han permitido alcanzar **hitos significativos** en la gestión de la enfermedad. La primera parte del informe concluye con un análisis de los recursos asistenciales disponibles en la región, poniendo especial atención a las

**Unidades de Dolor** y su distribución geográfica en las tres provincias vascas.

La segunda parte, eje central del documento, expone un **estudio sobre el dolor crónico en el País Vasco** basado en encuestas a residentes de la región. Su objetivo es actualizar el conocimiento sobre la enfermedad y analizar su impacto en los pacientes, la sociedad y el sistema sanitario.

Para ello, se describen los **objetivos** y la **metodología** del estudio, y se presentan los principales **resultados**. Se examina la **prevalencia** del dolor crónico en la población vasca, su distribución entre distintos grupos sociodemográficos y sus características más relevantes. Además, se analiza el impacto de la enfermedad en distintos ámbitos de la vida de los pacientes, incluyendo el laboral, el familiar y el personal.

Finalmente, el estudio concluye con un **resumen del análisis de la situación actual y una reflexión sobre los retos futuros**. Se identifican áreas de mejora y se plantean propuestas para fortalecer el abordaje del dolor crónico, consolidándolo como una prioridad en las políticas sanitarias del País Vasco.

# Introducción

Con el objetivo de dar continuidad al trabajo iniciado con el documento “Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”, publicado en abril de 2023, la Fundación Grünenthal y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** han puesto en marcha un nuevo plan de trabajo, enfocado en analizar la situación del dolor crónico en distintas Comunidades Autónomas y dar visibilidad a su impacto en el ámbito sociosanitario.

La **Fundación Grünenthal**, establecida en el año 2000, es una organización sin ánimo de lucro cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas con dolor mediante un enfoque biopsicosocial. Su labor se centra en la sensibilización y el conocimiento sobre esta problemática, así como en la formación de profesionales, pacientes y cuidadores para fomentar iniciativas sanitarias de alto impacto<sup>1,2</sup>.

El **Observatorio del Dolor**, creado en 2010 por la Cátedra Externa del Dolor de la Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, se dedica a la investigación y divulgación científica en el ámbito

del dolor crónico. Este órgano multidisciplinar analiza datos mediante estudios con el fin de visibilizar la situación de los pacientes con dolor en España. Desde su creación, ha impulsado proyectos de investigación, actividades formativas, publicaciones científicas y participación en congresos especializados relacionados con el dolor, por medio de una colaboración estrecha con la Fundación Grünenthal<sup>3,4,5</sup>.

El desarrollo de este proyecto ha contado con la colaboración de **More than Research**<sup>6</sup> y **BioInnova Consulting**<sup>7</sup>, que han apoyado en el diseño y ejecución del Barómetro, así como en la elaboración de este documento.

Este trabajo se sustenta en la información recopilada en el Barómetro del Dolor a nivel estatal y tiene como objetivo presentar la **situación de los pacientes adultos con dolor crónico en el País Vasco**, comparándola con los datos estatales. Con ello, se busca mejorar el conocimiento y la visibilidad de esta enfermedad, así como impulsar iniciativas sanitarias que optimicen su abordaje en la región.

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.

2. Fundación Grünenthal. *Presentación*.

3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.

4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.

5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.

6. More than Research. *Inicio*.

7. BioInnova Consulting. *Inicio*.

# Antecedentes

DE LA ENFERMEDAD DE DOLOR CRÓNICO

## I. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO

El dolor crónico es una de las principales problemáticas de salud a nivel global, con un impacto significativo en la **calidad de vida** de los pacientes y un elevado **consumo de recursos** en los sistemas de salud.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor crónico presenta una **prevalencia a nivel mundial cercana al 20%**<sup>8</sup>, pero se considera que el alcance de esta enfermedad sigue aumentando por la influencia de factores como el **envejecimiento de la población**, producto del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

Este envejecimiento de la población es especialmente marcado en los países desarrollados, representando un desafío demográfico significativo en España. Según las proyecciones más recientes, se estima que, dentro de 30 años, la **población de 65 o más años representará el 30,5% del total estatal**, lo que supone un notable aumento respecto al 20,4% de 2024<sup>9</sup>.

El País Vasco es la **quinta Comunidad Autónoma más envejecida de España**, con un **índice de envejecimiento del 176,2%** en 2024, lo que indica que, por cada 100 personas menores de 16 años en la región, hay 176,2 personas mayores de 65 años. Este índice ha aumentado en 35,5 puntos porcentuales en la última década y el crecimiento se acelera cada año. A nivel estatal, el índice de envejecimiento es del 142,4%<sup>10</sup>.

De acuerdo con declaraciones en medios de comunicación de una profesional de la salud de una Unidad de Dolor de la región, en 2018 la **prevalencia de dolor crónico en el País Vasco era del 17% en**

**la población**. Las patologías más frecuentes entre estos pacientes eran el dolor lumbar, el dolor articular, el dolor de cabeza y el dolor cervical<sup>11</sup>. Aunque se estima que el impacto del dolor crónico sigue aumentando, no se han realizado estudios epidemiológicos recientes en la región que permitan evaluar su impacto sobre los pacientes y los sistemas sanitarios.

Con el fin de ofrecer una visión actualizada de la situación del dolor crónico en el País Vasco y mejorar el conocimiento de esta patología en la sociedad, este documento pretende analizar en detalle los principales indicadores relacionados con el dolor crónico en la región. Para ello, se ha seguido el modelo del Barómetro a nivel estatal, cuyos datos más relevantes se presentan a continuación.

Según los resultados del Barómetro estatal, el **dolor crónico afecta al 25,9% de la población adulta en España**, lo que equivale a más de 9 millones de personas afectadas. La mayor prevalencia se observa en las mujeres (30,5% de afectadas) y en los individuos de entre 55 y 75 años (30,6% de afectados), que son los grupos más vulnerables y cuya protección es fundamental para combatir la enfermedad.

El dolor crónico tiene un **gran impacto en la capacidad funcional de los pacientes**, dificultando sus actividades diarias, afectando su rendimiento laboral y reduciendo su salud física y mental. Un ejemplo claro de ello es que el 42,1% de los pacientes en España ha recurrido a los servicios sanitarios en el último mes, y el 28,6% ha necesitado una baja laboral en el último año debido al dolor (esta cifra aumenta al 46,5% entre los trabajadores

8. Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*.

9. Instituto Nacional de Estadística, 2024. *Proyecciones de Población. Años 2024-2074*.

10. Instituto Nacional de Estadística, 2025. *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*.

11. El Correo, 2018. *El 17% de la población de Euskadi presenta algún tipo de dolor crónico*.

remunerados).

Además del impacto individual, la enfermedad tiene un alto coste económico para los sistemas sanitarios. Los estudios más recientes elaborados a nivel nacional estimaron que los gastos sanitarios asociados con el dolor crónico representan el **2,5% del Producto Interior Bruto** cada año. Si bien hay que tener en cuenta que estos datos son del año 2014 y la situación ha podido evolucionar, este porcentaje del PIB equivaldría a **40.000 millones de euros** en 2024<sup>12,13,14</sup>.

Los costes directos, que representan aproximadamente el 85% del gasto total, se derivan de las

consultas médicas y el uso de recursos sanitarios por parte de los pacientes. Los costes indirectos, que constituyen el 15% restante, son consecuencia del impacto de la enfermedad en el mercado laboral.

Este documento tiene como objetivo ofrecer un **análisis detallado de la situación en el País Vasco**, presentando los principales datos y cifras sobre el impacto de la enfermedad en la región y comparándolos con los datos estatales, con el fin de **mejorar el conocimiento del dolor crónico y promover el desarrollo de iniciativas** que mejoren su abordaje integral y tengan un impacto positivo en los pacientes.

## II. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PAÍS VASCO

### Estrategias sanitarias a nivel institucional

El **Departamento de Salud del Gobierno Vasco** y el **Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)** son los principales organismos responsables de la planificación estratégica en el ámbito sanitario. Aunque la región no cuenta con un plan específico de dolor crónico, las iniciativas desarrolladas han permitido mejorar el conocimiento de la enfermedad e impulsar acciones de impacto para su abordaje en el sistema sanitario regional: **formación de los profesionales, protocolos de valoración del dolor y optimización analgésica, atención a las comorbilidades, creación de un modelo de unidades especializadas en Atención Primaria**, etc.

Desde el año 2017, con la publicación del documento de **“Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza”**<sup>15</sup>, el abordaje del dolor crónico ha pasado a ser un eje clave en la planificación sani-

taria del País Vasco. Este documento establece el reto de “Integración asistencial y cronicidad”, cuyo objetivo es optimizar las rutas asistenciales y mejorar la evaluación de resultados en salud en patologías crónicas prevalentes. Dentro de este marco, el **manejo del dolor se identifica como un elemento crítico en el proceso de atención**, impulsándose su consideración como una prioridad dentro de los circuitos asistenciales y los modelos de atención integrada.

De manera complementaria, el documento también plantea el reto de “Atención centrada en la persona y resultados en salud”, subrayando la necesidad de fortalecer el Programa Paciente Activo e incluir en él a personas con dolor crónico y otras enfermedades de larga evolución.

A raíz de esta estrategia, el dolor pasó a ocupar un lugar central en dos programas ya existentes:

12. Torralba A. et al., 2014. *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. doi: 10.4321/S1134-80462014000100003.

13. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*.

14. Expansión, 2025. *Evolución: PIB anual España*.

15. Osakidetza, 2017. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*.

“**Programa Paziente Bizia (Paciente Activo)**”<sup>16</sup>, puesto en marcha en 2010, y “**Programa Kronik ON**”<sup>17</sup>, iniciado en 2015. Aunque ambos programas estaban previamente implementados, esta nueva orientación les otorgó un impulso significativo, ampliando su alcance y reforzando su impacto en la gestión de enfermedades crónicas.

Ambas iniciativas, dirigidas a pacientes y cuidadores, combinan un enfoque formativo y participativo, creando un espacio para el intercambio de experiencias y aprendizajes. Su objetivo principal es fomentar el autocuidado y la implicación activa de los pacientes en su proceso asistencial. En los últimos años, el **dolor crónico ha adquirido un protagonismo creciente dentro de estas actividades**, consolidándose como un problema de salud prioritario en la región.

Si bien el documento de retos de 2017 marcó el inicio de la planificación sanitaria en el ámbito del dolor, en 2023 se produjo un avance significativo con la publicación del “**Plan de Salud Euskadi 2030**”, principal instrumento de planificación sanitaria en la región. Este plan establece las prioridades del Departamento de Salud, abordando como desafío estratégico clave la “**cronicidad y la morbilidad** con más impacto en la esperanza y calidad de vida en Euskadi”. Para ello, promueve la prevención y la aplicación de la medicina basada en la evidencia.

Bajo el marco del Plan de Salud, Osakidetza ha desarrollado estrategias complementarias que han incorporado medidas clave para optimizar el funcionamiento del sistema sanitario, incluyendo la atención al dolor crónico.

- El “**Plan Estratégico de Osakidetza**”<sup>19</sup> (2023) orienta sus acciones en torno al desafío de la cronicidad, destacado en el Plan de Salud. Para dar respuesta a esta problemática, se definen acciones orientadas a la **prevención, manejo y tratamiento** de las enfermedades crónicas de mayor impacto, con el **dolor crónico** ocupando un papel prioritario.
- La “**Estrategia de Valor en Osakidetza**”<sup>20</sup> (2023) funciona como un componente crucial para lograr una atención más eficiente, personalizada y sostenible en el sistema sanitario vasco. Esta estrategia refuerza la orientación del sistema sanitario regional hacia los resultados en salud, colocando la evaluación de indicadores clave (entre los que se incluye la **valoración del dolor**) como eje fundamental en las actuaciones de Osakidetza.

Ambos planes han permitido orientar los recursos del sistema sanitario regional hacia la atención a los pacientes crónicos y mejorar la evaluación de resultados en salud, **posicionando a los pacientes con dolor crónico como uno de los colectivos prioritarios**. Como complemento a estos planes generales, otras iniciativas de Osakidetza establecen medidas específicas con impacto en la atención del dolor.

- La “**Estrategia de Seguridad del Paciente 2030**”<sup>21</sup> (2023) profundiza en la atención a la **salud mental de los pacientes crónicos con dolor**, estableciendo el riesgo de suicidio como un indicador clave de evaluación.
- El “**Modelo de Humanización en Osakidetza**”<sup>22</sup> (2023) sitúa el **alivio del dolor** como un obje-

16. Escuela de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Paziente Bizia - Paciente Activo*.

17. Escuela de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Kronik ON Programa. Pluripatología*.

18. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2023. *Plan de Salud Euskadi 2030*.

19. Osakidetza, 2023. *Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025*.

20. Osakidetza, 2023. *Estrategia de Valor en Osakidetza*.

21. Osakidetza, 2023. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2030*.

22. Osakidetza, 2023. *Modelo de Humanización en Osakidetza*.

tivo esencial para garantizar la máxima calidad de vida de los pacientes, promoviendo la formación de profesionales en el manejo del dolor agudo y crónico y el desarrollo de rutas asistenciales específicas.

- El “**Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Euskadi**”<sup>23</sup> (2023) prioriza el control del dolor en pacientes en el final de la vida, incorporando nuevas prestaciones a la cartera de servicios de Osakidetza, como el uso de **escaleras analgésicas para mitigar la intensidad del dolor** y controlar los síntomas y comorbilidades.

Las líneas de trabajo mencionadas en los planes sanitarios del Departamento de Salud y Osakidetza han favorecido una mejora en la visibilidad y conocimiento del dolor, que ha derivado en la optimización de los circuitos asistenciales y la gestión de recursos destinados al tratamiento de la enfermedad. Como resultado, a finales de 2023 se creó la “**Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Osakidetza**”<sup>24</sup>.

Esta unidad, ubicada en el centro de salud de Salburua en Vitoria, fue establecida como un proyecto piloto pionero en la región para la **atención especializada de pacientes con dolor en Atención Primaria**. Esta unidad sigue el modelo iniciado por la “Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor” de Castilla y León, creada en el año 2019 en Valladolid como la primera unidad de este tipo a nivel estatal<sup>25</sup>.

La unidad de Osakidetza cuenta con un equipo multidisciplinar, que incluye un médico, una enfermera y personal de fisioterapia, y ha atendido a más de 750 **pacientes con fibromialgia, dolor de**

**espalda o migraña** en su primer año de actividad, ofreciendo sesiones de ejercicio terapéutico y educación en ciencia del dolor. En la actualidad, la unidad se encuentra en un proceso de análisis de los resultados conseguidos, observándose avances positivos en el tratamiento de migrañas en la evaluación inicial.

De este modo, se plantea en la región un **abordaje de afrontamiento activo del dolor**, basado en un conjunto de intervenciones educativas que buscan **cambiar la comprensión de los procesos biológicos** que sustentan el dolor, como vía para reducir el dolor en sí mismo y mejorar la asistencia a los pacientes desde Atención Primaria. De cara a los próximos años, se espera la **expansión progresiva** de este modelo en toda la red de Atención Primaria de Osakidetza.

En resumen, la planificación sanitaria en el País Vasco ha permitido implementar acciones estratégicas para el abordaje del dolor crónico, potenciando el adecuado funcionamiento de los niveles asistenciales involucrados en la atención al paciente. La Fundación Grüenthal pretende contribuir a que se promueva un **plan específico de dolor en la región** por parte de las autoridades competentes, que complemente las iniciativas vigentes y establezca un marco de trabajo concreto para continuar avanzando en el conocimiento y manejo de esta enfermedad.

De forma adicional a estas estrategias e iniciativas de trabajo impulsadas desde las instituciones sanitarias del País Vasco, es interesante destacar las principales iniciativas de investigación en dolor crónico.

23. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2023. *Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027*.

24. Gobierno Vasco, 2024. *La Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Osakidetza ha tratado a 768 pacientes en su primer año*.

25. Diario El Norte de Castilla, 2019. *Sacyl implanta la primera unidad española para tratar el dolor crónico sin fármacos*.

## Iniciativas de investigación

La investigación **sanitaria y biomédica** en la región ha contribuido a expandir el conocimiento del dolor crónico y a mejorar su abordaje terapéutico y clínico.

Los principales agentes públicos en este ámbito son los **cuatro grandes Institutos de Investigación Sanitaria** de la región, que forman parte del mapa de entidades de I+D+i del Sistema Sanitario Público Vasco<sup>26</sup>:

- Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa.
- Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia.
- Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba.
- Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak.

Estos institutos constituyen los principales centros de investigación en la región, desarrollando proyectos de ciencia básica y aplicada en el ámbito de la salud, en los que el dolor supone una de las temáticas de relevancia.

Los institutos Biogipuzkoa y Biobizkaia se posicionan, adicionalmente, como centros referentes en investigación a nivel estatal, siendo los representantes regionales de la **red de Institutos de Investigación Sanitaria acreditados** por el Instituto de Salud Carlos III, que cuenta con 35 centros a comienzos de 2025<sup>27</sup>.

El **Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa**, fundado en el año 2008, es un centro

enfocado en la investigación traslacional sanitaria para los pacientes y la población general, con el objetivo de mejorar la salud de la ciudadanía por medio de un enfoque colaborativo, interinstitucional y multidisciplinar<sup>28</sup>.

El núcleo del instituto es la **Organización Sanitaria Integrada (OSI) Donostialdea** y su ámbito de referencia abarca las OSI del territorio de Guipúzcoa. Su actividad se organiza en siete áreas de investigación verticales y dos áreas de investigación transversales, que comprenden 32 grupos<sup>29,30</sup>.

En el ámbito del dolor, cabe destacar el **grupo de “Neuroinmunología”** en el área de “Neurociencias”, que se plantea como uno de sus objetivos estratégicos realizar **estudios de calidad de vida y dolor** en los pacientes con enfermedades neurológicas e inmunológicas. Las actividades desarrolladas, con una orientación traslacional, pretenden entender la base molecular de las enfermedades de mayor alcance e identificar biomarcadores para optimizar el manejo terapéutico de los pacientes y mitigar el dolor asociado a la patología<sup>31</sup>.

Los **grupos de “Atención Primaria” y “Evaluación Económica de Enfermedades Crónicas”**, englobados ambos en el área de “Epidemiología, Salud Pública y Atención Primaria”, tienen el objetivo común de alcanzar un abordaje integral de las **enfermedades crónicas**, para lo que plantean la mejora asistencial desde Atención Primaria y la evaluación de las políticas y recursos sanitarios. Esta adecuada atención de la cronicidad es clave para controlar el impacto del dolor en la sociedad y dar respuesta a las necesidades de los pacientes que sufren enfermedades crónicas asociadas al dolor, como la **osteoporosis** (patología priorizada en las líneas de trabajo de estos grupos)<sup>32,33</sup>.

26. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Coordinación de la I+D+i sanitaria*.

27. Instituto de Salud Carlos III, 2025. *Relación de Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III, con acreditación vigente en 2024*.

28. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Quiénes somos*.

29. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Áreas de Investigación Verticales*.

30. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Áreas de Investigación Transversales*.

31. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Neuroinmunología*.

32. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Atención Primaria*.

33. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Evaluación Económica de Enfermedades Crónicas*.

El **Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia**, fundado en el año 2014, es un centro de investigación e innovación en salud orientado en aportar valor y generar un impacto en la mejora de la salud de la población, sustentado en tres pilares: profesionales sanitarios, alianzas con agentes biotecnológicos y empresas y apoyo a las entidades regionales<sup>34</sup>.

El instituto, cuyo núcleo es el **Hospital Universitario de Cruces**, cuenta con siete áreas y 67 grupos de investigación y su ámbito de referencia abarca las OSI del territorio de Vizcaya<sup>35</sup>.

El grupo más destacado en relación al dolor es el **grupo de “Hipersensibilidad central y dolor generalizado”**, perteneciente al área de “Enfermedades del sistema nervioso”. La línea de investigación de este grupo es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas de dolor crónico desde una perspectiva biopsicosocial, lo que ha derivado en el desarrollo de proyectos enfocados en el tratamiento multidisciplinar de enfermedades asociadas al dolor neuropático, como la **fibromialgia**<sup>36</sup>.

Adicionalmente, el **grupo de “Terapias regenerativas, patología osteoarticular y tendinosa”**, del área de “Innovación en cirugía, ingeniería biomédica, bioinformática y tecnologías de la salud”, trabaja en el estudio de terapias de medicina regenerativa para tratar enfermedades musculoesqueléticas crónicas asociadas al dolor, como la **artrosis**<sup>37</sup>.

El **Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba**, constituido en el año 2017, es un centro de investigación traslacional e innovación en el ámbito de las ciencias de la salud, que tiene el objetivo de mejorar la actividad clínica para los pacientes y

potenciar la transferencia eficaz de los avances científicos a la sociedad<sup>38</sup>.

El instituto tiene su núcleo en las sinergias entre las OSI del territorio de Álava (**OSI Araba y OSI Rioja Alavesa**) y su actividad se organiza en siete áreas científicas y 41 grupos de investigación<sup>39</sup>.

El **grupo de “Investigación en Cuidados”**, enmarcado en el área de “Prevención, Promoción y Cuidados en Salud”, es el principal referente en el ámbito de dolor en la institución. En sus líneas de investigación se establecen los cuidados al paciente crónico, frágil y pluripatológico, poniendo el foco en la valoración y el **manejo del dolor** en pacientes de riesgo (pacientes neonatos y pediátricos, paliativos, críticos, etc.)<sup>40</sup>.

En relación a este trabajo, el **grupo de “Cuidados y Tecnología Aplicada a Cuidados de Pacientes Críticos y Post Críticos”**, del área de “Salud Digital y Dispositivos Médicos”, contempla la **monitoreización objetiva del dolor** por medio de tecnologías adecuadas como uno de los criterios clave en la asistencia a pacientes críticos<sup>41</sup>.

Finalmente, el **Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak**, fundado en el año 2012, es un centro de investigación en sistemas de salud, que tiene por objetivo estudiar los modelos de organización y gestión de sistemas sociosanitarios y potenciar la excelencia en la generación de conocimiento y valor social y económico<sup>42</sup>.

Inicialmente centrado en la investigación sobre cronicidad bajo el nombre de Kronikgune, Biosistemak ha evolucionado hacia un enfoque más amplio de investigación aplicada y traslacional, buscando **optimizar procesos y estructuras dentro del**

34. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Quiénes somos*.

35. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Áreas de investigación*.

36. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Grupo de Hipersensibilidad central y dolor generalizado*.

37. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Grupo de Terapias regenerativas, patología osteoarticular y tendinosa*.

38. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *El Instituto*.

39. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Áreas I+D+i*.

40. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Grupo de Investigación en Cuidados*.

41. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Grupo de Cuidados y Tecnología Aplicada a Cuidados de Pacientes Críticos y Post Críticos*.

42. Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak. *Misión y visión*.

**sistema sanitario**<sup>43</sup>. Su labor complementa la investigación biomédica realizada por Biogipuzkoa, Biobizkaia y Bioaraba, creando sinergias clave para fortalecer la eficiencia y calidad de la atención sanitaria en Euskadi. En el ámbito del dolor, la innovación en modelos de gestión y eficiencia asistencial promovida por Biosistemak puede **potenciar la capacidad de Osakidetza para un abordaje integral del dolor crónico y sus comorbilidades**. A través de una planificación basada en la optimización de recursos y la eva-

luación de resultados, se busca mejorar la calidad de la atención, garantizando un tratamiento más efectivo y centrado en el paciente. Las iniciativas mencionadas, impulsadas desde los centros referentes de la región, han contribuido a mejorar el conocimiento de la enfermedad de dolor crónico en el País Vasco, favoreciendo el estudio de **nuevos tratamientos** y la **valoración del dolor** en los procesos de asistencia a los pacientes crónicos, lo que contribuirá a mejorar el abordaje de la enfermedad en el sistema sanitario regional.

### III. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PAÍS VASCO

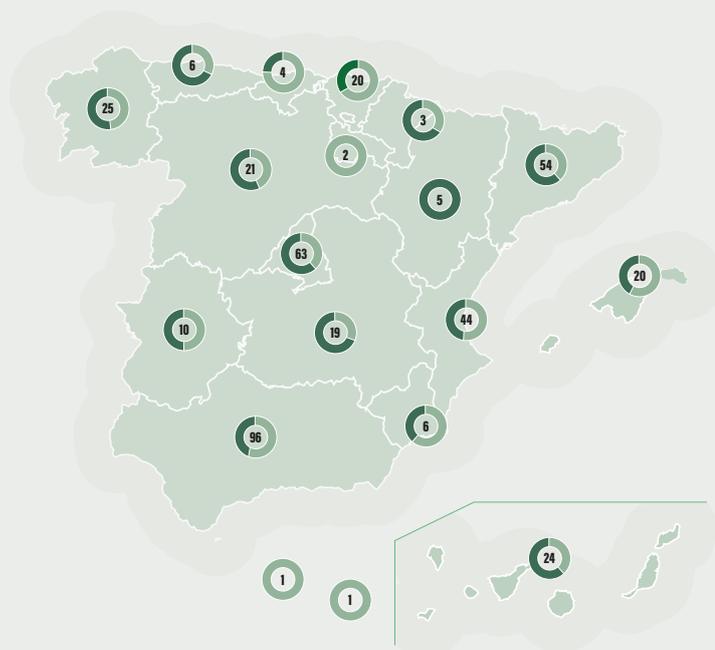
Desde la publicación, en 2011, del documento “**Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad**”<sup>44</sup>, que estableció los criterios y requisitos para la creación de unidades especializadas en España, se ha producido una expansión significativa de estos recursos en todo el país. Actualmente, las Unidades de Dolor están presentes en casi todas las provincias, con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico.

En septiembre de 2025, se contabilizan **435 hospitales con Unidades de Dolor en España**, distribuidos por todas las provincias, salvo Teruel y las dos Ciudades Autónomas. Esta red asistencial incluye 205 hospitales públicos (47,1%) y 230 privados (52,9%) (Figura 1).

- HOSPITALES PRIVADOS
- HOSPITALES PÚBLICOS

*Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.*

*Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2025)<sup>45</sup>.*



43. Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak. *Áreas de investigación*.

44. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*.

45. Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*.

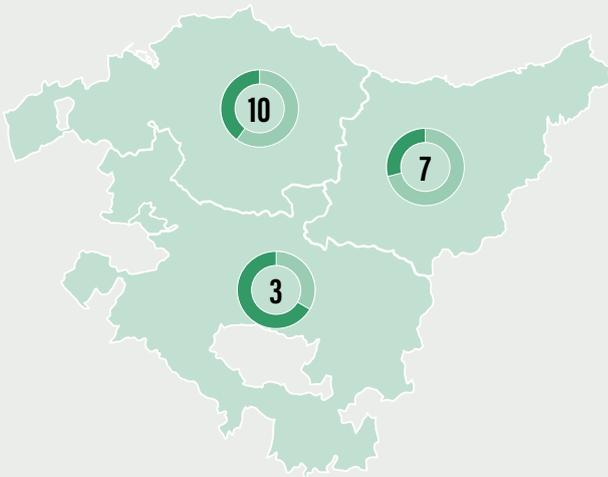
El País Vasco cuenta con **20 hospitales con Unidades de Dolor activas o en desarrollo**, distribuidos en las tres provincias de la región. 12 de los hospitales son centros de carácter público del Sistema Nacional de Salud (60% del total) y 8 son centros de carácter privado (40%):

- Álava: 3 hospitales con Unidad de Dolor (1 público, 2 privados).
- Guipúzcoa: 7 hospitales con Unidad de Dolor (5 públicos, 2 privados).
- Vizcaya: 10 hospitales con Unidad de Dolor (6 públicos, 4 privados).

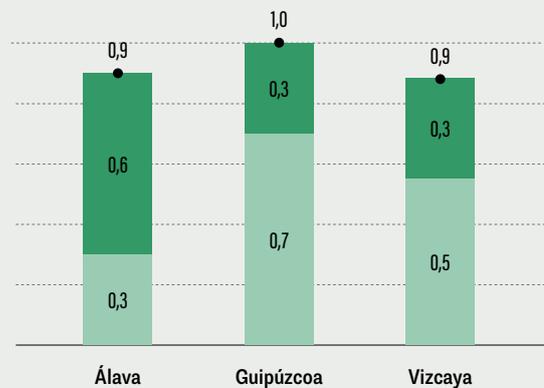
**Guipúzcoa** es la provincia con una mayor oferta asistencial en relación a su población, con cerca de **una unidad por cada 100.000 habitantes**. De igual manera, es la provincia con un mayor peso de unidades públicas (0,7 por cada 100.000 habitantes). **Álava** lidera la oferta asistencial de unidades privadas (0,6 por cada 100.000 habitantes)

**Vizcaya** cuenta con el mayor número de unidades totales, con el 50% del total regional (10 de las 20), pero la oferta asistencial en relación a su población se sitúa por debajo de Álava y de Guipúzcoa, con cerca de **0,9 unidades totales por 100.000 habitantes** (Figura 2).

A. HOSPITALES POR PROVINCIA



B. HOSPITALES POR 100.000 HABITANTES POR PROVINCIA



● HOSPITALES PRIVADOS    ● HOSPITALES PÚBLICOS    ● HOSPITALES TOTALES

Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades de Dolor en el País Vasco.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2025)<sup>45</sup>.

A continuación, se muestran los hospitales del País Vasco que cuentan con oferta asistencial de Unidades de Dolor (Tabla 1).

Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades de Dolor en el País Vasco.

<i>Municipio</i>	<i>Centro</i>	<i>Tipología</i>	<i>Carácter</i>
<b>ÁLAVA</b>			
Vitoria	Hospital Universitario de Araba	Hospital general	Público
Vitoria	Hospital Quirónsalud Vitoria	Hospital general	Privado
Vitoria	Hospital Vithas Vitoria	Hospital general	Privado
<b>GUIPÚZCOA</b>			
San Sebastián	Hospital Universitario de Donostia	Hospital general	Público
Fuenterrabía	Hospital de Bidasoa	Hospital general	Público
Mendaro	Hospital de Mendaro	Hospital general	Público
Mondragón	Organización Sanitaria Integrada Debagoiena	Hospital general	Público
Zumárraga	Hospital de Zumárraga	Hospital general	Público
San Sebastián	Policlínica Gipuzkoa	Hospital general	Privado
Tolosa	Clínica Santa María de la Asunción	Hospital general	Privado

VIZCAYA			
Bilbao	Hospital Universitario Basurto	Hospital general	Público
Baracaldo	Hospital Universitario de Cruces	Hospital general	Público
Baracaldo	Hospital San Eloy	Hospital general	Público
Usánsolo	Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo	Hospital general	Público
Urdúliz	Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa*	Hospital general	Público
Guernica y Luno	Hospital Gernika-Lumo**	Hospital general	Público
Bilbao	Hospital Victoria Eugenia Cruz Roja	Hospital general	Privado
Bilbao	Clínica IMQ Zorrotzaurre	Hospital general	Privado
Erandio	Hospital Quirónsalud Bizkaia	Hospital general	Privado
Santurce	Hospital San Juan de Dios	Hospital general	Privado

*Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad y análisis (2025)<sup>45</sup>*

\* La Unidad de Dolor del Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa se encuentra operativa desde julio de 2023. Aunque, a fecha de septiembre de 2025, no figura aún en el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (REGCESS) del Ministerio de Sanidad, se ha incluido en este apartado como unidad hospitalaria especializada en el abordaje del dolor.

\*\* La Unidad de Dolor del Hospital Gernika-Lumo se encuentra en fase de desarrollo y aún no ha iniciado su actividad. A pesar de no estar registrada en el REGCESS a fecha de septiembre de 2025, se incorpora por su relevancia dentro de la planificación autonómica en materia de atención al dolor.

Los 435 hospitales con Unidades de Dolor distribuidos por el territorio estatal suponen una oferta asistencial de 0,9 Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes. La situación en el País Vasco está muy

próxima a la media española, acercándose a este promedio de **0,9 unidades por cada 100.000 habitantes** (Figura 3).

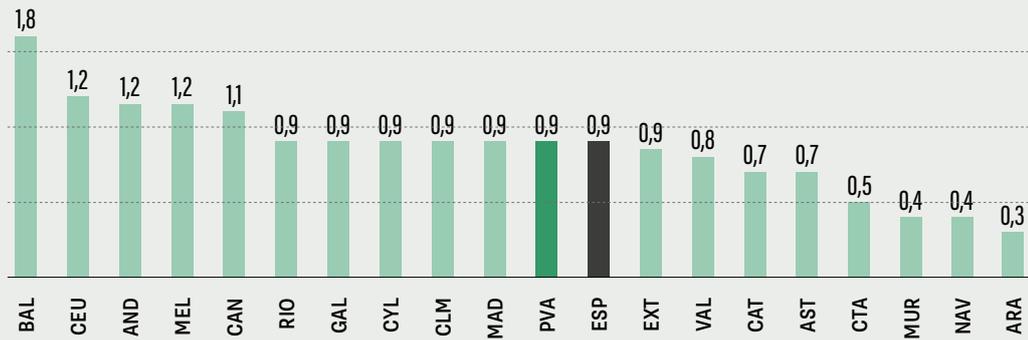


Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>45</sup>.

Como se ha mencionado anteriormente, el impacto del dolor crónico es especialmente relevante en personas de edad avanzada, un colectivo vulnerable que requiere atención especializada. Por ello, disponer de una adecuada oferta asistencial, fundamentada en las Unidades de Dolor, es fundamental para el adecuado abordaje de la patología en estos pacientes.

A nivel estatal la disponibilidad de Unidades de Dolor para personas mayores de 65 años se sitúa en 0,4 unidades por cada 10.000 ciudadanos de esta edad. El País Vasco se encuentra en una situación similar al promedio de España, contando también con **0,4 unidades por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años** (Figura 4).

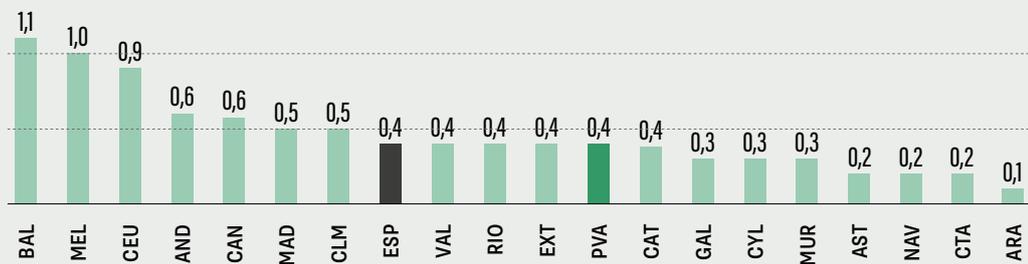


Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2025)<sup>45</sup>.

A pesar de contar con hospitales de referencia en el tratamiento del dolor crónico y de disponer de una oferta tanto pública como privada en las tres provincias, es crucial expandir la oferta asistencial de Unidades de Dolor en la región. Este esfuerzo permitirá un mejor abordaje de la patología, especialmente en el contexto de envejecimiento progresivo de la población.

En este sentido, es relevante destacar la **Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Osakidetza**, especializada en el tratamiento de pacientes con dolor crónico. La expansión de unidades de este

tipo en Atención Primaria podría complementar eficazmente a las Unidades de Dolor de Atención Hospitalaria, favoreciendo la continuidad asistencial y optimizando los recursos disponibles, lo que sería clave para una atención integral.

Por todo ello, la ampliación de la oferta asistencial en **Atención Primaria y Hospitalaria** es esencial para abordar la creciente demanda derivada del envejecimiento de la población, particularmente en el País Vasco, que es la quinta región con mayor proporción de personas mayores de 65 años en España.

# Barómetro

DEL DOLOR CRÓNICO EN EL PAÍS VASCO

## I. OBJETIVOS

Ante la considerable repercusión del dolor crónico en la sociedad española y en los sistemas de salud, el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz y la Fundación Grünenthal colaboraron en la elaboración del informe “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional**”.

El trabajo mencionado, presentado al público en abril de 2023, continúa en el presente documento, el cual se enfoca en analizar de manera detallada el **impacto de la enfermedad en el País Vasco**, planteando los objetivos de:



Conocer y describir las **características epidemiológicas** y el nivel de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que padecen dolor crónico en la región.



Identificar **áreas clave para mejorar el abordaje** de la enfermedad, con el propósito de impulsar acciones a nivel institucional y sanitario en la región.

## II. METODOLOGÍA

El estudio descrito en este documento consistió en la realización de **encuestas entre la población española en el año 2022**, a fin de cuantificar el alcance de la enfermedad de dolor crónico en España y plantear soluciones a los principales retos asociados a la misma.

### Ámbito del estudio

Estatal (España).

### Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

### Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

### Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el **panel de Cint**, líder mundial en software para la recopilación de información digital<sup>46</sup>.

Esta plataforma, enfocada a fines exclusivamente relacionados con las investigaciones de mercado, permite el acceso a paneles de participantes que cumplen con los requisitos de la Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados (*European Society for Opinion and Marketing Research*, ESO-MAR) y la Organización Internacional de Normalización (*International Organization for Standardization*, ISO).

46. Cint. *Market Research and Insights*.

El acceso a los sujetos que participaron en la encuesta de este proyecto se llevó a cabo a través de una plataforma propia de Access, garantizando la **anonimidad** y sin tener acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

## Muestra

Para este proyecto se llevaron a cabo **7.058 entrevistas** a población española, muestreada según cuotas de **sexo, edad y Comunidad Autónoma** de residencia.

- 6.394 encuestas se realizaron mediante una entrevista online asistida por ordenador (*Computer-Assisted Web Interviewing, CAWI*) a **individuos de 18 a 75 años**.
- 664 encuestas se realizaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (*Computer-Assisted Telephone Interviewing, CATI*) a **individuos de 76 a 85 años**.

La distribución de los participantes entre los segmentos online y telefónico se hizo con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo de las encuestas. La población mayor de 76 años, menos familiarizada con los medios digitales e Internet, completó la encuesta a través de una llamada telefónica con un entrevistador, mientras que la población menor de 75 realizó las encuestas a través de un enlace a un cuestionario online.

Con un tamaño de 7.058 entrevistas, el **error muestral** queda fijado en **± 1,2%, para datos globales**,  $p=q=0,5$ , con un **nivel de confianza del 95%**.

Para la muestra realizada mediante CAWI (6.394 entrevistas), el error es de **± 1,2%**, y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de **± 3,9%**.

La distribución muestral es proporcional al tamaño de la población española por sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia (Anexo 1. Tabla A1-1 y Tabla A1-2).

En lo que respecta al **País Vasco**, se llevaron a cabo **327 entrevistas** a residentes en la región: 298 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 29 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

## Instrumentos y variables

Se utilizó una encuesta para recoger la siguiente información: datos sociodemográficos, uso del sistema sanitario, estado de salud, presencia y características del dolor (continuo y crónico), consecuencias del dolor crónico y uso del sistema sanitario a causa del dolor (Anexo 1. Encuesta).

Para el análisis llevado a cabo se diferenciaron tres grupos en la población encuestada: individuos sin dolor, individuos con dolor continuo e individuos con dolor crónico.

- Definición de **dolor continuo (no crónico)**: se considera que una persona tiene dolor continuo si lo sufre al menos 4 o 5 días a la semana, pero desde hace menos de 3 meses.
- Definición de **dolor crónico**: se considera que una persona tiene dolor crónico si sufre dolor continuo (al menos 4 o 5 días a la semana) y dicho dolor tiene lugar desde hace al menos 3 meses.

Para cuantificar el estado de salud de los encuestados, se utilizaron las siguientes escalas:

## Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 (SF-12v2) de Calidad de Vida Relacionada con la Salu.

Es un cuestionario que permite analizar la **salud física** (Physical Component Score, **PCS**) y la **salud mental** (Mental Component Score, **MCS**) en

ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud<sup>47,48</sup>.

### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*)

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (**ansiedad y depresión**) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión<sup>49,50,51</sup>.

### Cuestionario Duke de Apoyo Social percibido

Este cuestionario se compone de dos subescalas: **apoyo social** confidencial (posibilidad de comunicarse con otras personas) y apoyo social afectivo (muestras de afecto y empatía recibidas). Las puntuaciones se establecen entre 11 y 55, siendo las mayores puntuaciones consecuencia de un mayor apoyo social percibido. Puntuaciones inferiores a

32 se consideran indicadoras de bajo apoyo social percibido<sup>52</sup>.

### Procedimiento de recogida de datos

La recogida tuvo lugar entre el 13 y el 20 de **junio de 2022** a través del panel de la empresa Cint. El acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

### Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas. Para las cuantitativas se muestran la **media con su desviación típica**. Se comprobó la normalidad en su distribución mediante **pruebas de Kolmogorov-Smirnov**.

Se determinó la prevalencia de dolor continuo no crónico y dolor crónico mediante **estimación puntual** y por **intervalos de confianza al 95%**. La prevalencia se particularizó por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma.

47. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. *Médica Clínica*. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.

48. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. *Gaceta Sanitaria*. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.

49. Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

50. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. *Diabetes and Vascular Disease Research*. doi: 10.1177/1479164114522135.

51. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. *General Hospital Psychiatry*. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.

52. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. *Atención Primaria* 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.

### III. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados principales de las **327 encuestas** realizadas a población residente en el País Vasco. De las encuestas realizadas, 298 fueron online (CAWI) dirigidas a ciudadanos entre 18 y 75 años, y 29 fueron telefónicas (CATI), dirigidas a ciudadanos entre 76 y 85 años.

La información completa sobre los resultados obtenidos está disponible en el Anexo 2. Resultados.

#### 3.1. Características de la muestra

En esta sección se presenta el **perfil de los ciudadanos residentes en el País Vasco** que participaron en la encuesta, analizando los aspectos socio-demográficos más relevantes de los encuestados, tales como edad, sexo, nivel educativo y situación laboral, así como su uso del sistema sanitario y estado de salud.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El porcentaje de la población residente en el País Vasco dentro de la muestra estatal encuestada fue del 4,6% (327 de los 7.058 encuestados totales), cifra equivalente a la proporción de la población española que reside en esta región, también el 4,6% (1,7 millones de los 37,8 millones de habitantes mayores de edad totales).

#### Edad

La **edad media** de los encuestados en el País Vasco fue de **48,9 años** (desviación estándar, DT=15,8), con una edad mediana de 48 años (rango intercuartílico, RI=21). El grupo de edad más numeroso fue el de 35 a 54 años, representando el 43,4% del total (Figura 5).

La muestra de la región mostró una edad media similar a la cuantificada a nivel estatal, con una media de 49,5 años (DT=16,5). La distribución por grupos de edad en ambas poblaciones fue muy parecida, destacando nuevamente el **grupo de 35 a 54 años como el más numeroso**, con un 38,4% a nivel estatal.

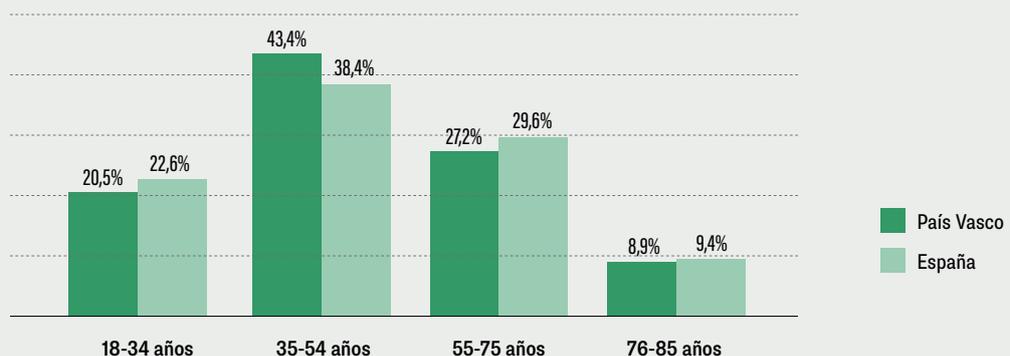


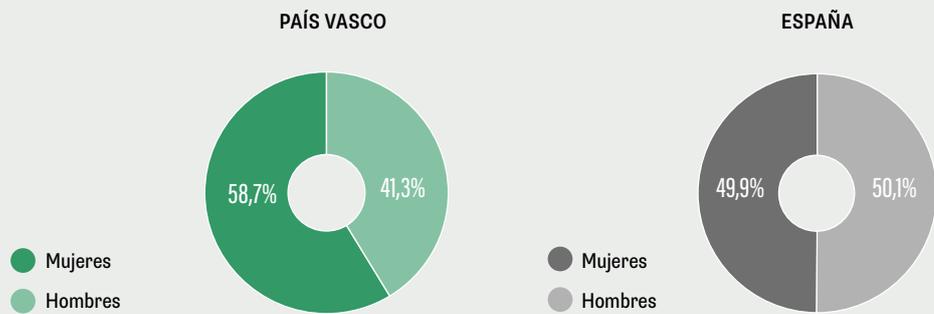
Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

### Sexo

La muestra de ciudadanos del País Vasco mostró una **mayor proporción de mujeres (58,7%)** que de hombres (41,3%) (Figura 6).

En comparación, a nivel estatal el reparto entre hombres y mujeres es más equilibrado, con un 50,1% de hombres y un 49,9% de mujeres.

Figura 6. Distribución muestral por sexo.



### Nivel de estudios

Todos los entrevistados del País Vasco afirmaron tener estudios. El **nivel educativo más frecuente fue el universitario**, representando al **51,1%** de los encuestados. La formación profesional (29,7%) y los estudios secundarios (13,8%) fueron los siguientes niveles de estudios más comunes (Figura 7).

La distribución por nivel educativo a nivel regional fue bastante similar a la observada en la muestra estatal, donde también predominan los estudios universitarios (47,1%). Sin embargo, en el País Vasco se observa una mayor proporción de encuestados con estudios terciarios (universitarios y de formación profesional) en comparación con el promedio estatal.

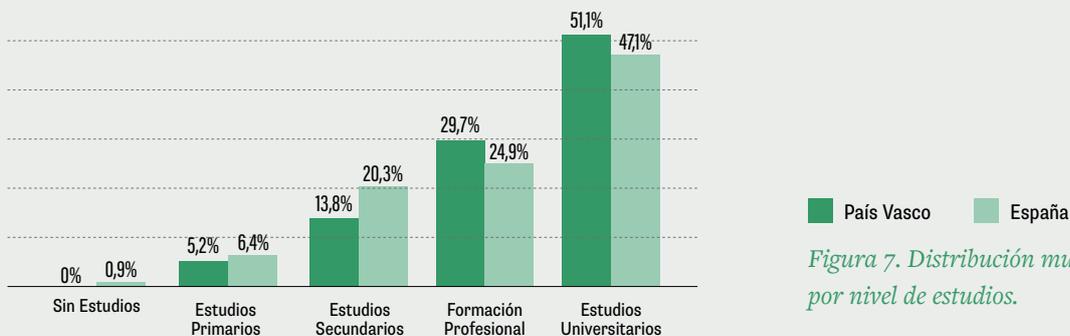


Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

### Situación laboral

El **66,1%** de los encuestados del País Vasco tenía un **empleo** en el momento de la encuesta, aunque el **35,2%** de ellos estaba de **baja laboral**. A nivel estatal, el 57,1% de los encuestados tenía un empleo remunerado, y el 29,9% estaba de baja (Figura 8).

De los encuestados sin empleo en el País Vasco (33,9%), la mayor proporción corresponde a jubilados (17,1%). Este grupo también es el más frecuente entre los encuestados sin trabajo a nivel estatal, con un 21,8%. Cabe destacar la baja tasa de desempleo en el País Vasco (6,1% frente al 9,5% en el resto de España) (Figura 9).

Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.

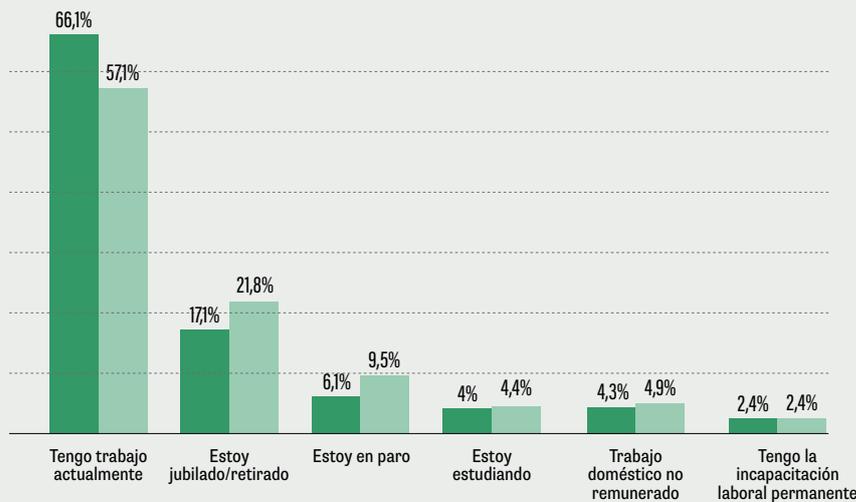
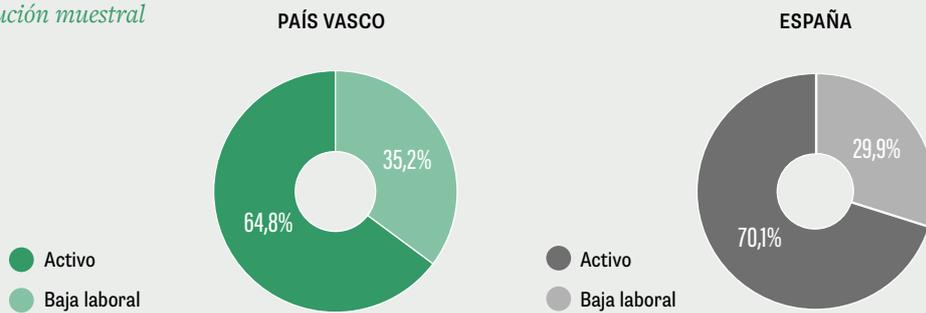


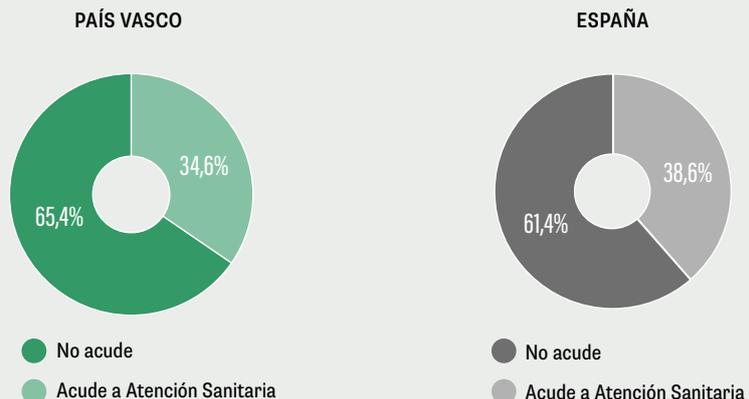
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

### Uso del sistema sanitario

El **34,6%** de los encuestados en el País Vasco había acudido al sistema sanitario en las últimas

cuatro semanas, frente al 38,6% a nivel estatal (Figura 10).

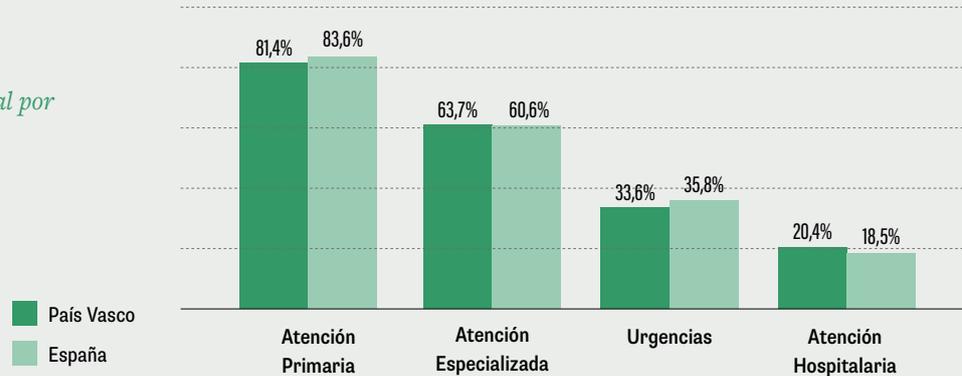
Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.



**Atención Primaria** fue el nivel asistencial más utilizado en el País Vasco, con un **81,4%** de los encuestados que acudieron al sistema sanitario en ese periodo. A nivel estatal, la cifra fue del 83,6%.

Los niveles de uso de Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria fueron similares a nivel regional y estatal (Figura 11).

Figura 11. Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.



## ESTADO DE SALUD

### Escalas

Se utilizaron diversas escalas para evaluar la calidad de vida física y mental, así como los indicios de depresión y ansiedad, y el apoyo social percibido por los encuestados: SF-12v2, HADS y Duke (Figura 12).

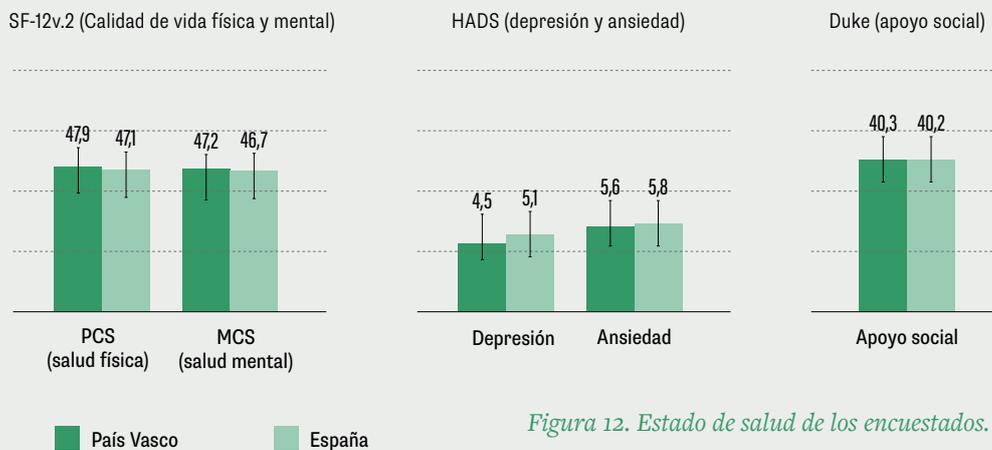


Figura 12. Estado de salud de los encuestados.

## Salud física y mental

Los encuestados en el País Vasco presentaron **47,9 puntos** (DT=10,1) promedio de **calidad de vida a nivel físico**, cuantificado por medio de la escala PCS (*Physical Component Score*), y una puntuación mediana de 50,3 puntos (RI=11,5).

Los encuestados de la región mostraron una puntuación promedio de **47,2 puntos** (DT=11,5) de **calidad de vida a nivel mental**, medido con la escala MCS (*Mental Component Score*), y una puntuación mediana de 48,5 puntos (RI=16,5). Estos

valores observados en la calidad de vida a nivel físico y mental se encuentran por **debajo del valor de referencia** de 50 puntos.

A nivel estatal los valores observados fueron similares, cuantificándose una calidad de vida a nivel físico media de 47,1 puntos (DT=10,1) y una calidad de vida a nivel mental media de 46,7 puntos (DT=11,1), también por debajo del valor de referencia.

## Depresión y ansiedad

Los encuestados de la región presentaron una puntuación media de **4,5 puntos** (DT=4,1) de **nivel de depresión**, medida por medio de la escala HADS, con una puntuación mediana de 3 puntos (RI=6). De forma similar, se observó una puntuación media de **5,6 puntos** (DT=4,2) de **nivel de ansiedad**, con una puntuación mediana de 5 puntos (RI=6).

Ambos valores son inferiores a la barrera de 8 puntos, que marca la presencia de indicios de estas enfermedades. A pesar de ello, una **proporción significativa de la población vasca presentaba depresión o ansiedad**.

Un **8,3%** de los encuestados en la región mostraron una puntuación superior a los 10 puntos en

la escala de **depresión**, valores indicativos de la enfermedad. A su vez, un 12,8% adicional fueron calificados como casos dudosos de depresión.

De forma paralela, el **12,2%** de los encuestados en el País Vasco mostraron **ansiedad** y otro 15,3% presentaron casos dudosos de la enfermedad.

A nivel estatal los datos reflejaron una imagen similar, con una puntuación media de 5,1 puntos (DT=4,2) de nivel de depresión y de 5,8 puntos (DT=4,3) de nivel de ansiedad, identificándose un 11,4% y un 14,3% de ciudadanos encuestados padeciendo, respectivamente, de depresión y ansiedad.

## Apoyo social

Finalmente, la puntuación media de **apoyo social percibido** por los encuestados del País Vasco se situó en los **40,3 puntos** (DT=10,7) y la puntuación mediana fue de 42 puntos (RI=16), valores superiores a la barrera de 32 puntos e indicativos de un **adecuado apoyo percibido**. El 81,7% de los encuestados en la región manifestaron un apoyo “normal”, mientras que 18,3% restante consideraban que percibían un apoyo “bajo”.

El apoyo social percibido entre los encuestados en España mostró valores similares, cuantificándose una puntuación media de 40,2 puntos (DT=10,8) y un 80,5% de encuestados que refirieron un apoyo social “normal”.

## Limitaciones en la vida diaria

A pesar de tener un **buen estado de salud general** según las escalas utilizadas, los encuestados en el País Vasco reportaron algunas limitaciones en sus actividades diarias (Figura 13).

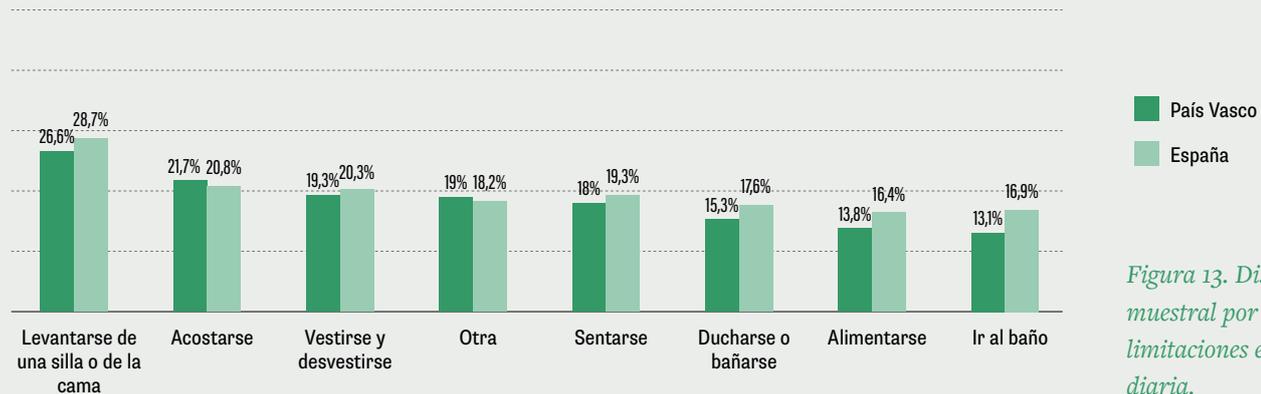


Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.

La actividad que presentó mayores dificultades fue **levantarse de una silla o de la cama (26,6%** presentan alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos), seguida de la actividad de ir al baño, con un 13,1% de dificultades. A nivel estatal, los resultados fueron similares, siendo la dificultad para levantarse de una silla o cama también la más frecuente (28,7%).

Estas dificultades para desarrollar las actividades diarias que algunos de los encuestados manifestaron derivan, en ocasiones, en la **necesidad de apoyo familiar o social** para el adecuado desarrollo de las actividades (Figura 14).

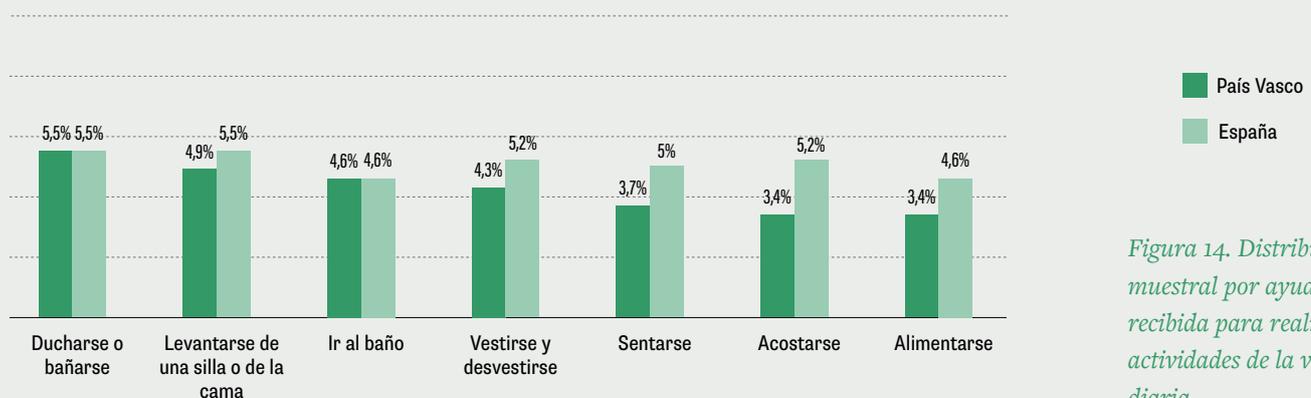


Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

La actividad de  **ducharse o bañarse** , si bien no es una de las más limitadas para la población de la región, es aquella para la que los ciudadanos contaban con un mayor nivel de apoyo. Hasta el 5,5% de los encuestados recibían ayuda para desarrollarla.

Alimentarse, que fue la segunda actividad con menores limitaciones para los encuestados, fue

la que contaba con un menor nivel de apoyo en la región, pues sólo un 3,4% de los encuestados recibían ayuda.

A nivel estatal, ducharse o bañarse y levantarse de una silla o de la cama fueron las actividades para las que los encuestados contaban con mayor nivel de ayuda, 5,5%.

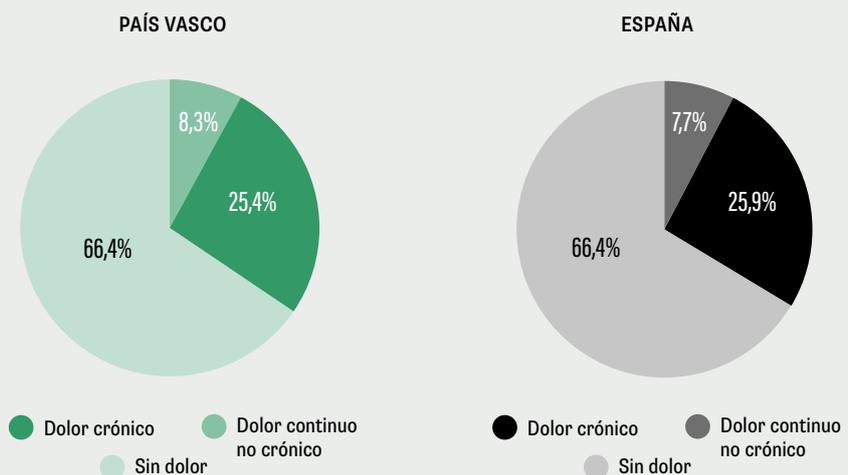
### 3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

En esta sección se presenta la **prevalencia de dolor crónico y dolor continuo no crónico** en la población del País Vasco, cuantificadas por medio de las encuestas, poniendo especial atención en el impacto de estas dolencias en la sociedad.

#### Prevalencia general

De acuerdo con los resultados de las encuestas, el **25,4%** de la población adulta residente en el País Vasco padece de **dolor crónico** (IC95%: 20,5-30,3%) y un **8,3%** sufre de **dolor continuo no crónico** (IC95%: 5,1-11,4%) (Figura 15).

Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.



Estos datos posicionan al País Vasco como una de las regiones a nivel estatal con **prevalencia intermedia de dolor crónico**, encontrándose

ligeramente por debajo de la prevalencia de España, situada en el 25,9% (IC95%: 24,8-26,9%) (Figura 16).

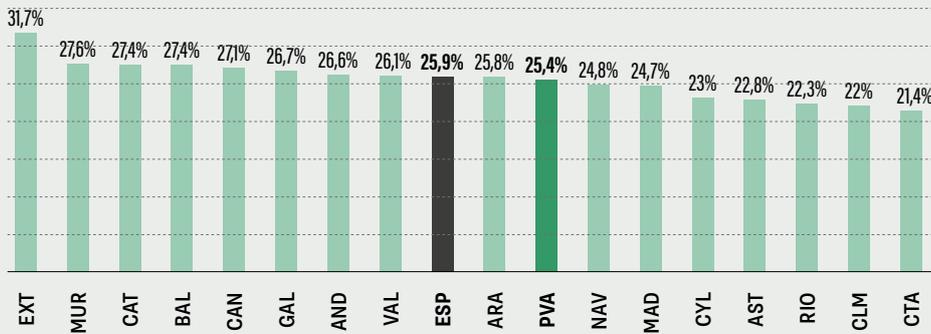
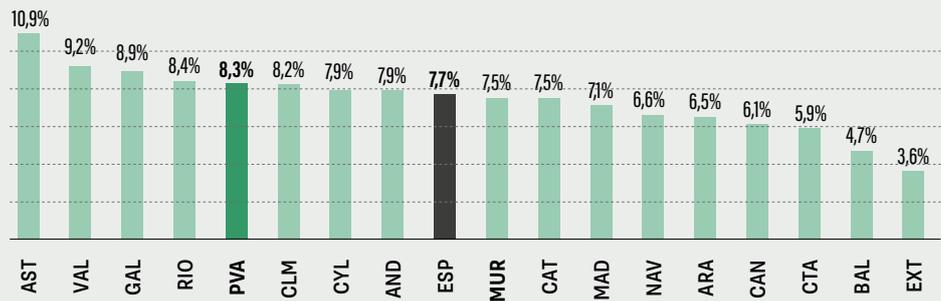


Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

Por el contrario, la prevalencia de dolor continuo en la región es superior a la media estatal, situada en el 7,7% (IC95%: 7,1-8,3%), lo que sitúa al País

Vasco como la quinta Comunidad Autónoma más afectada. (Figura 17).

Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.



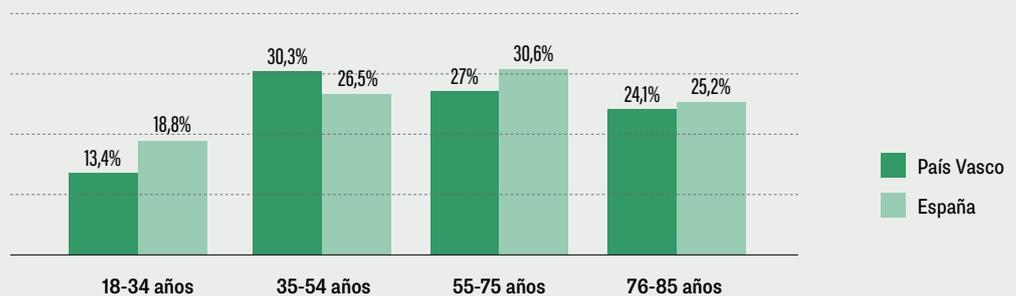
Si bien la prevalencia global de dolor crónico y dolor continuo no crónico en el País Vasco se han cuantificado en el 25,4% y el 8,3%, respectivamente, el alcance del dolor varía en los diferentes grupos poblacionales, observándose **diferencias en función de la edad y el sexo**.

(30,3%; IC95%: 22,4-38,2%). A nivel estatal, el grupo entre 55 y 75 años es el más afectado por la patología, en el que se observa una prevalencia del 30,6% (IC95%: 28,6-32,6%).

La prevalencia de dolor crónico en la región es máxima en los **individuos entre 35 y 54 años**

A excepción del grupo entre 35 y 54 años, en el que la prevalencia alcanza su máxima a nivel regional, la prevalencia estatal es ligeramente superior en todos los grupos de edad analizados (Figura 18).

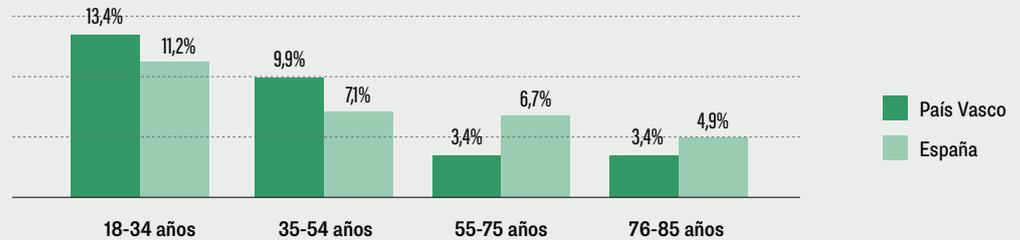
Figura 18. Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.



La prevalencia máxima de dolor continuo no crónico en la población del País Vasco se observa en los individuos entre 18 y 34 años (13,4%; IC95%:

4,5-22,3%), grupo que presenta también la prevalencia más elevada en el total estatal (11,2%; IC95%: 9,6-12,7%) (Figura 19).

Figura 19. Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.



En el análisis de prevalencia en función del sexo, se observa una prevalencia similar de dolor crónico en el País Vasco y en el cómputo estatal, tanto en la población masculina como en la femenina.

A nivel regional, las **mujeres son ligeramente más afectadas** por la enfermedad que los hombres, siendo la prevalencia del **26%** (IC95%: 19,6-32,5%) en el sexo femenino y del 24,4% (IC95%: 16,8-32,1%) en el sexo masculino.

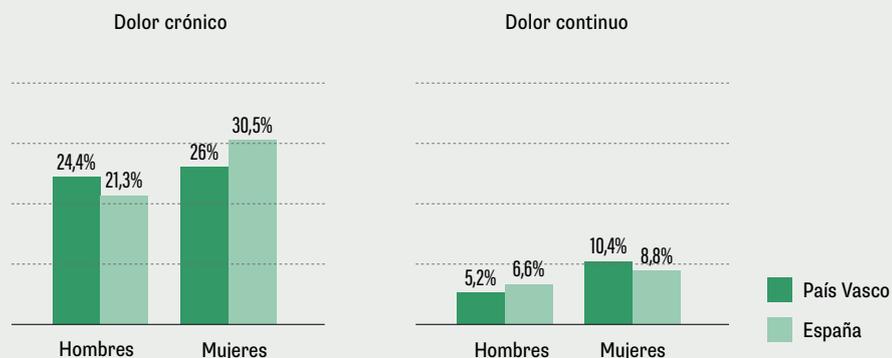
Estos datos de mayor alcance sobre la población femenina se mantienen a nivel estatal, si bien la diferencia entre sexos es mayor. En España, la

prevalencia en mujeres es del 30,5% (IC95%: 28,9-32%) y la prevalencia en hombres se sitúa en el 21,3% (IC95%: 19,9-22,6%) en hombres.

En lo que respecta al dolor continuo, la prevalencia a nivel regional es de nuevo mayor en la población femenina: 10,4% (IC95%: 5,8-14,9%) en mujeres y 5,2% (IC95%: 1,1-9,3%) en hombres.

A nivel estatal las prevalencias son similares: 8,8% (IC95%: 7,8-9,7%) en población femenina y 6,6% (IC95%: 5,8-7,4%) en población masculina (Figura 20).

Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.



### 3.3. Características asociadas con el dolor crónico

En este apartado se examinan las **características principales relacionadas con el dolor crónico** observadas en los pacientes, tales como la duración e intensidad del dolor, la causa diagnóstica y la ubicación en el organismo. También se analizan las **consecuencias del dolor crónico** en la vida del paciente y la **utilización de los servicios sanitarios debido al dolor crónico**. El objetivo es comprender de manera detallada las implicaciones de la enfermedad y su impacto en la vida de cada paciente.

#### Duración e intensidad del dolor crónico

De acuerdo con los resultados de las encuestas presentados anteriormente, la enfermedad de dolor crónico tiene un impacto significativo en la población del País Vasco, región donde la prevalencia es del 25,4%.

Si bien esta prevalencia es algo inferior a la observada a nivel estatal (25,9%), los pacientes afectados por el dolor crónico en el País Vasco conviven con la enfermedad durante un **tiempo medio de 8,3 años** (DT=9,6), periodo superior a la duración media de la enfermedad en los pacientes españoles, 6,8 años (DT=8,4). La duración mediana de la enfermedad en los pacientes vascos alcanza los 4,5 años (RI=11).

La **intensidad media** del dolor crónico padecido por los pacientes residentes en el País Vasco se sitúa en **6,4 puntos** (DT=1,9) y la intensidad mediana asciende a los 7 puntos (RI=2), enmarcándose estos valores en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable). A nivel estatal, la intensidad media del dolor crónico alcanza un valor ligeramente superior, 6,7 puntos (DT=1,8).

Estos datos se posicionan cerca de la frontera entre dolor “moderado” y “mucho dolor”, establecida en los 7 puntos, lo que refleja la elevada magnitud del dolor padecido por los pacientes del País Vasco y del conjunto de España.

Hasta un **54,2%** de los pacientes de la región sufre de “**mucho**” dolor (puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad) y un 34,9% manifiesta un dolor “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6). Los datos a nivel estatal ofrecen una imagen similar, siendo de nuevo “mucho” dolor el nivel de intensidad más habitual (57,6%).

Cabe destacar que el **4,8%** de los pacientes con dolor crónico de la región sufren de un **dolor “insostenible”**, equivalente a una calificación de 10 puntos en la escala, proporción que supera al 4,4% en los pacientes españoles (Figura 21).

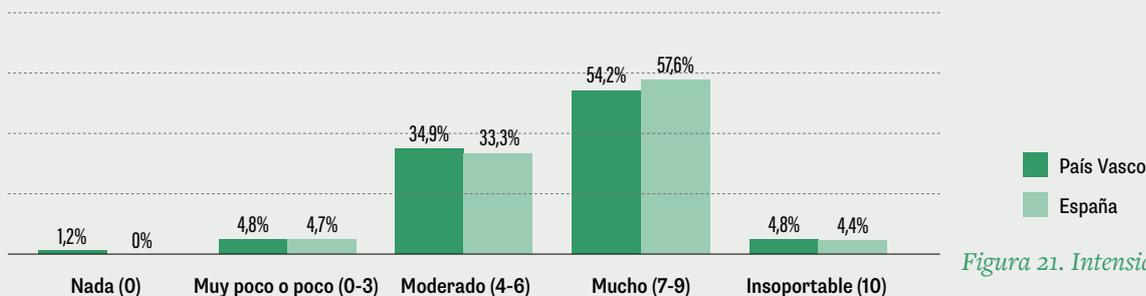


Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

## Causa diagnóstica del dolor crónico

El dolor crónico que experimentan los pacientes suele tener un origen diagnosticado, que permite asociar la enfermedad con una o varias patologías conocidas. A pesar de ello, un **19,3%** de los pacientes de la región **desconocen la causa de su enfermedad**, lo que dificulta su tratamiento terapéutico (Figura 22).

El **dolor lumbar**, que afecta al **54,2%** de los pacientes con dolor crónico en el País Vasco, constituye la causa diagnóstica más frecuente de dolor

crónico en la región, seguida por el dolor cervical (45,8%), las contracturas musculares (42,2%) y la migraña (37,3%).

Estas mismas causas suponen también causas habituales del dolor crónico en los pacientes de España, siendo de nuevo el dolor lumbar el más frecuente, afectando a un 58,1% de los pacientes a nivel estatal.

Cabe destacar que un 27,1% de los pacientes españoles no conoce la causa de su dolor.

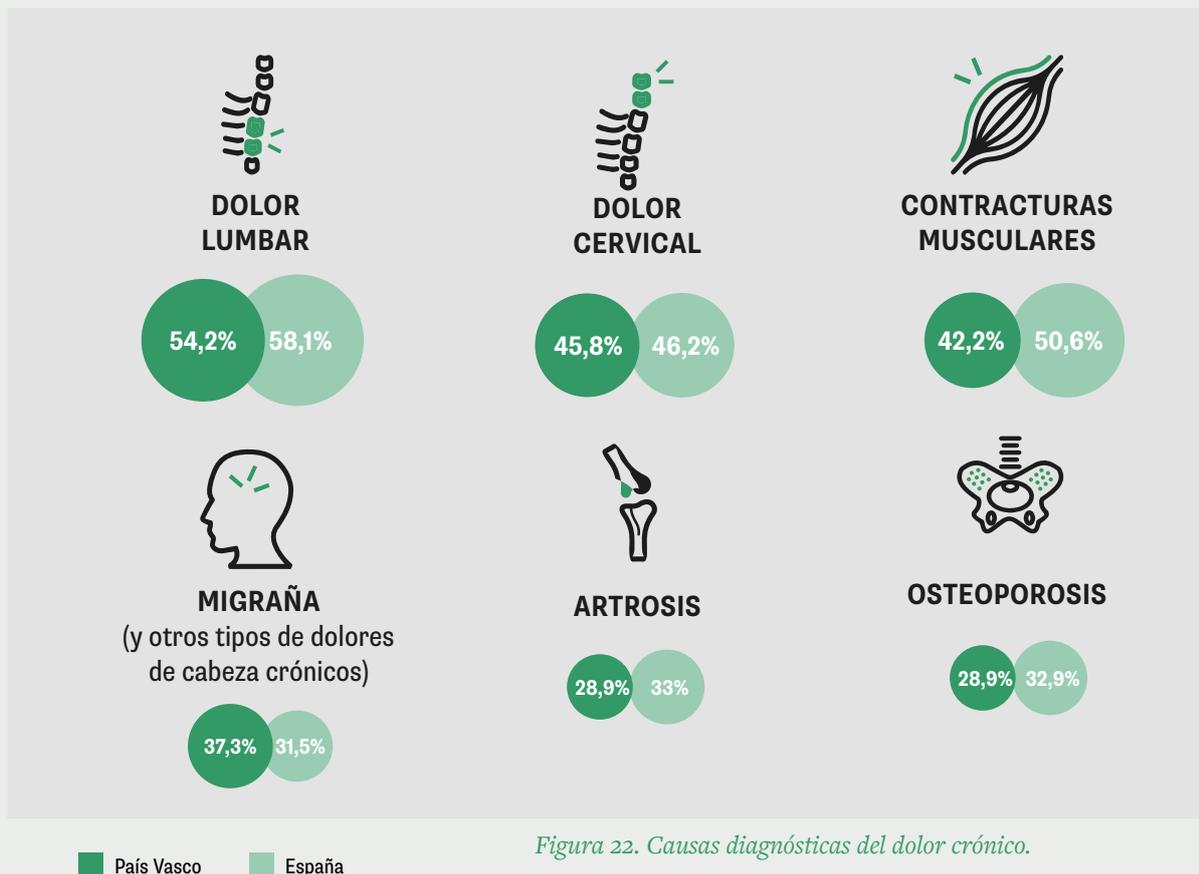


Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.

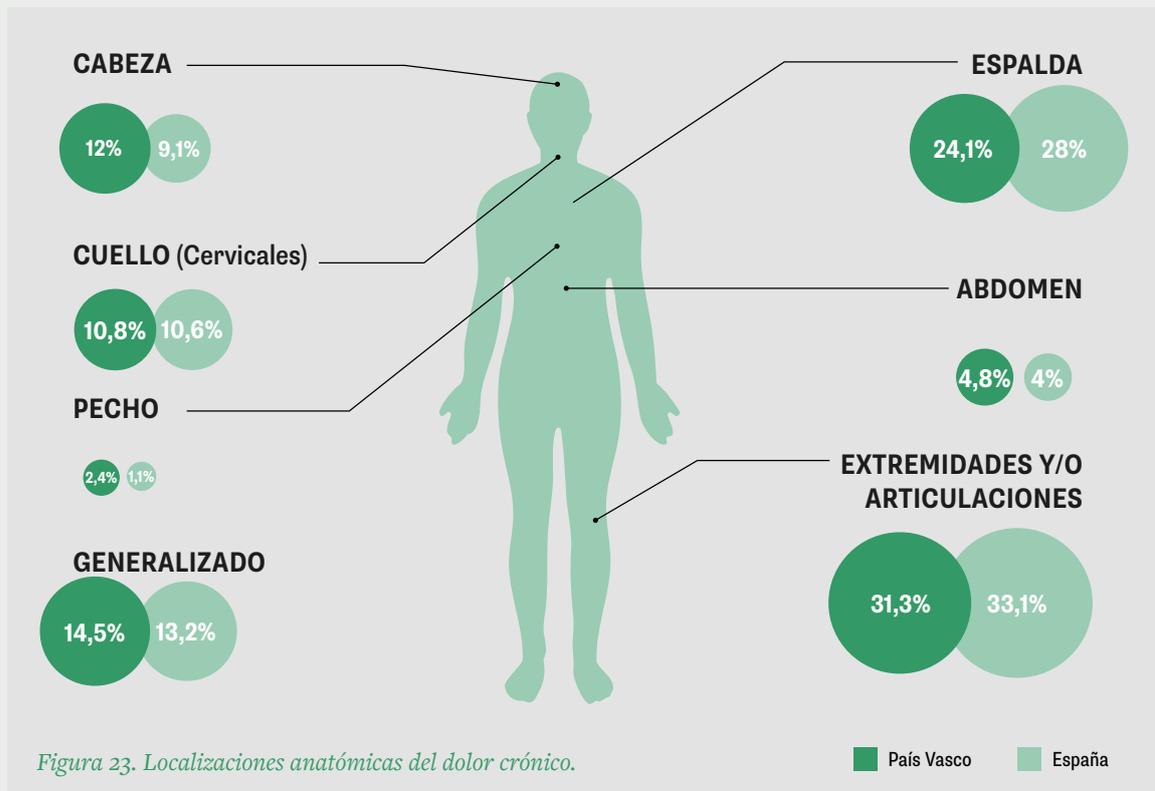
## Localización anatómica del dolor crónico

De forma similar a lo que sucede con las causas diagnósticas, existen ciertas **localizaciones anatómicas** que están habitualmente afectadas en los pacientes con dolor crónico (Figura 23).

Las extremidades y/o articulaciones constituyen las regiones corporales más afectadas por el dolor crónico en los pacientes vascos, siendo la localiza-

ción anatómica del dolor en el **31,3%** de los casos. El dolor de espalda (24,1%) y el dolor generalizado (14,5%) son también manifestaciones frecuentes del dolor a nivel regional.

Estas localizaciones frecuentes son también habituales en los pacientes españoles con dolor crónico. A nivel estatal, de nuevo las extremidades y/o articulaciones son la localización más frecuente, con un 33,1% de pacientes afectados.



## Consecuencias del dolor crónico

Los pacientes con dolor crónico sufren de forma habitual **limitaciones en las actividades de su vida cotidiana**, que derivan de los impedimentos y problemas generados por la enfermedad (Figura 24).

La actividad que resulta más limitada en las personas con dolor crónico en el País Vasco es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades para el **44,6%** de los pacientes. Acostarse (39,8%) y sentarse (37,3%) se ven también frecuentemente limitadas.

Estas tres actividades son también las más limitadas a nivel estatal, siendo de nuevo levantarse de una silla o de la cama la actividad para la que los pacientes de toda España manifiestan mayores dificultades (el 62% presentan limitaciones).

Estas dificultades experimentadas en las actividades cotidianas tienen su repercusión en el ámbito profesional, afectando al desempeño laboral y generando de forma frecuente la necesidad de bajas en los pacientes (Figura 25 y Figura 26).

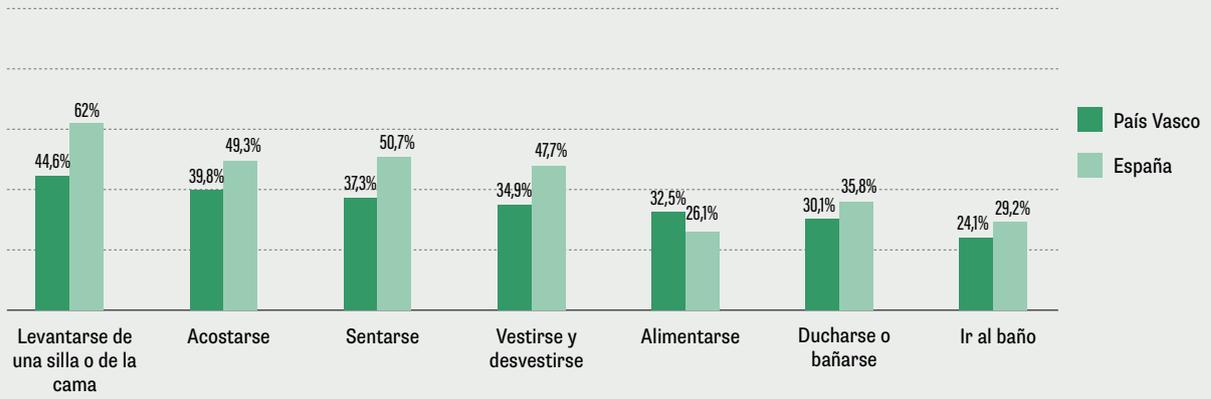


Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.

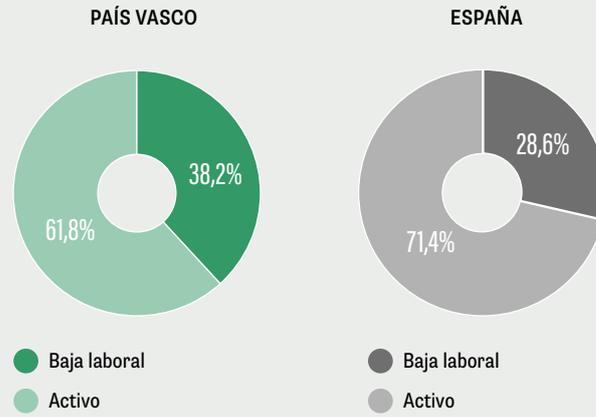


Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.

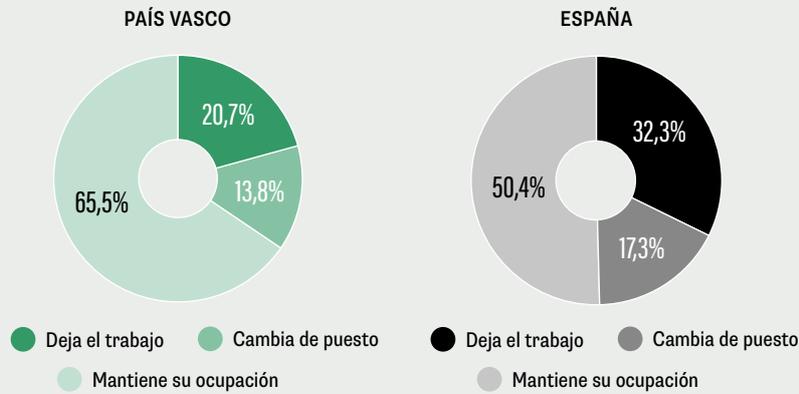


Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

En el último año un **38,2%** de los pacientes con dolor crónico residentes en el País Vasco han estado en situación de **baja laboral**. Es importante destacar que este dato se ha calculado sobre el total de pacientes con dolor crónico en la región, que incluye también a aquellos que no desempeñan actividades profesionales (estudiantes, jubilados, desempleados...), por lo que el impacto de la enfermedad sobre la población trabajadora se estima mayor.

El **tiempo medio** de duración de las **bajas laborales** requeridas por los pacientes vascos ha sido de **4,9 meses** en el último año (DT=4,5), con una duración mediana de 3 meses (RI=7,7).

Estas bajas laborales han supuesto que un 20,7% de los afectados hayan abandonado su ocupación y otro 13,8% se hayan visto forzados a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor crónico.

### Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico

Como se ha evidenciado a lo largo de este análisis de resultados, el dolor crónico tiene un impacto

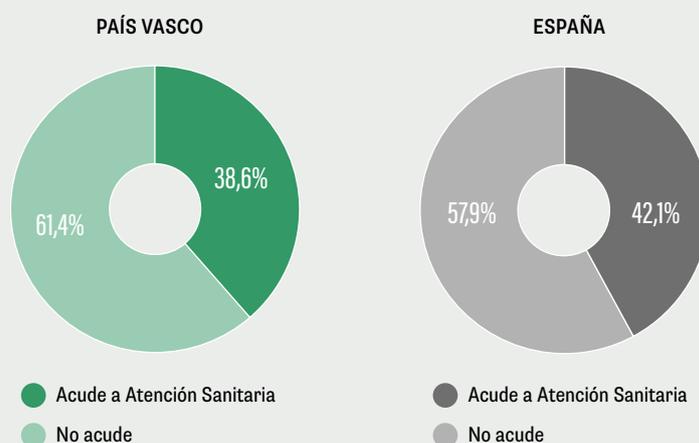
A nivel estatal el impacto del dolor crónico sobre las bajas laborales es algo menor, observándose un 28,6% de afectados por dolor crónico que, independientemente de su ocupación o situación laboral, han necesitado de baja laboral en el último año, con un periodo medio de baja de 4,6 meses (DT=4,4).

Aunque la proporción de pacientes en situación de baja laboral es menor a nivel estatal, hasta un 32,3% de los pacientes de baja han abandonado su ocupación previa y el 17,3% han cambiado de puesto de trabajo por causa del dolor.

Como dato de interés, cabe mencionar que el malestar derivado del dolor supone para los pacientes dificultades para conciliar el sueño, lo que genera que un **61,4%** de los pacientes con dolor crónico en el País Vasco presenten **trastornos del sueño**, cuantía algo por debajo del 64,8% observado a nivel estatal.

significativo sobre los pacientes, condicionando su vida diaria y afectando negativamente a su bienestar cotidiano. Es por ello que los pacientes con dolor crónico suelen hacer un uso frecuente de la **atención sanitaria** (Figura 27).

Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.



Un **38,6%** de los pacientes con dolor crónico en el País Vasco ha acudido a los **servicios sanitarios** en el último mes, destacando la **Atención Primaria** como nivel asistencial más habitual, visitado por el **84,4%** de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios.

En el cómputo estatal, un 42,1% de los pacientes con dolor crónico han visitado algún servicio sanitario en este mismo periodo, siendo también atendidos de forma mayoritaria por Atención Primaria (86,7%) (Figura 28).

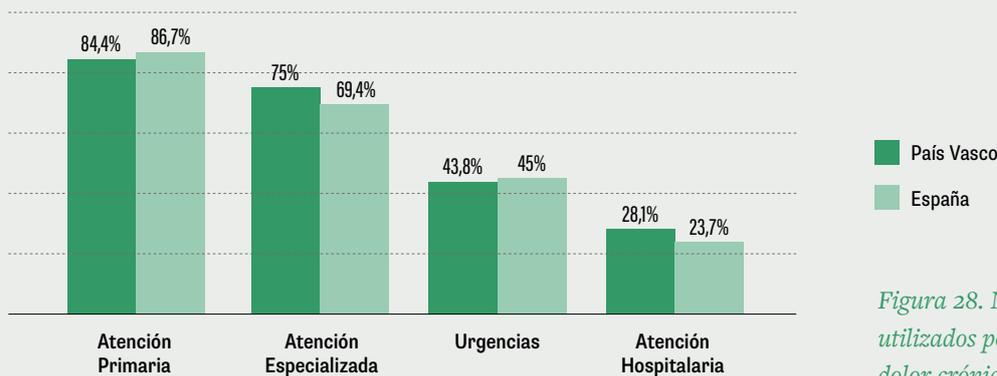


Figura 28. Niveles asistenciales utilizados por los pacientes con dolor crónico.

Adicionalmente, el **75%** de los pacientes en la región han utilizado la **Atención Especializada** en el último mes, distribuyéndose entre los dife-

rentes servicios que forman parte de este nivel asistencial (Figura 29).

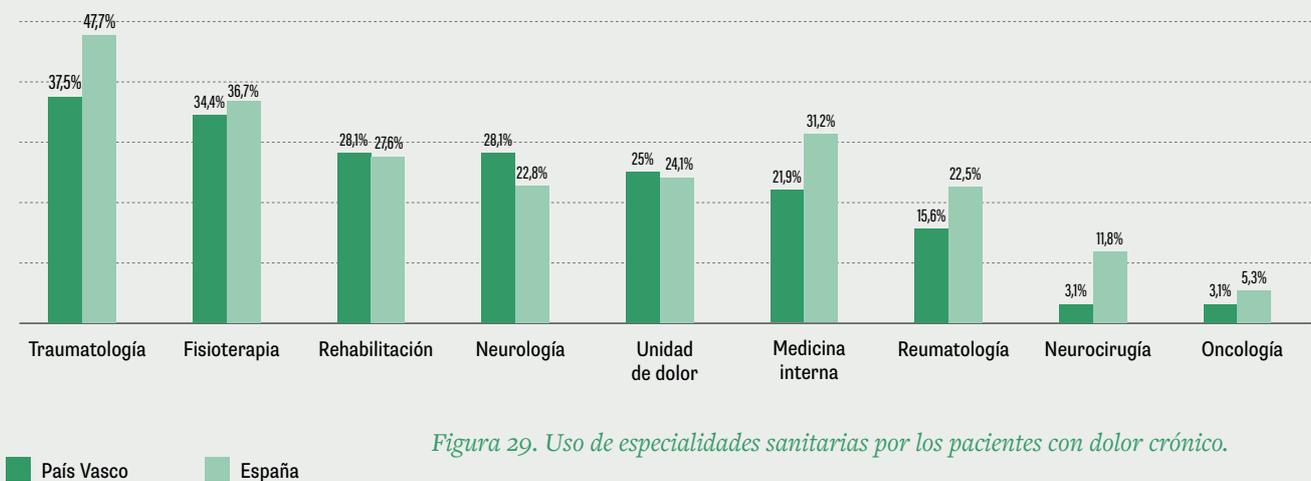


Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

A nivel estatal, el uso de la Atención Especializada es algo más bajo, siendo visitado este nivel asistencial por un 69,4% de pacientes.

**Traumatología** constituye la especialidad más visitada a nivel regional, con un **37,5%** de pacientes que han acudido a este servicio en el último mes del total de pacientes que han hecho uso de la Atención Especializada. También a nivel estatal Traumatología es la especialidad más frecuente (47,7%).

Cabe destacar que la **Unidad del Dolor** es uno de los servicios de Atención Especializada con mayor peso en la asistencia a los pacientes de dolor cró-

### 3.4. Análisis comparativo: características asociadas con el dolor crónico, el dolor continuo y la ausencia de dolor.

En este bloque se comparan las características asociadas al dolor crónico, con aquellas que pueden relacionarse con el dolor continuo no crónico o la ausencia de dolor en los encuestados. Para llevar a cabo este análisis se estudió la **distribución poblacional** de los tres grupos de individuos residentes en el País Vasco que participaron en las encuestas (**sin dolor**, con **dolor continuo no crónico** y con **dolor crónico**) atendiendo a diferentes criterios socioeconómicos (edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral), de uso del sistema sanitario y de estado de salud.

nico, siendo utilizada por un **25%** de los pacientes en el País Vasco. A nivel estatal, se observa una frecuencia de uso similar, siendo este servicio utilizado por el 24,1%.

Los pacientes que hacen uso de estas unidades en la región tienen un **tiempo medio de espera de 7,1 meses** (DT=8) hasta la primera consulta y una espera mediana de 5 meses (RI=9,9). Estos tiempos de espera para el acceso a las Unidades de Dolor son inferiores a la espera promedio a nivel estatal (10,5 meses; DT=9,7).

El análisis de las diferencias entre estos grupos ha permitido identificar **cómo la enfermedad de dolor crónico impacta de forma diferencial**. Sin embargo, es importante señalar que los resultados deben ser interpretados con cautela debido a las limitaciones del estudio, especialmente por la muestra pequeña de encuestados, lo que provoca cierta inestabilidad en los datos.

A pesar de estas limitaciones, se considera valioso compartir la información obtenida, ya que proporciona una visión interesante del impacto del dolor crónico y continuo sobre la población. Los datos más relevantes podrán ser objeto de un análisis más profundo en estudios futuros.

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### Edad

El conjunto de individuos con dolor crónico encuestados en el País Vasco muestra una alta concentración de pacientes en los rangos de

edad de 35 a 75 años, siendo el grupo de 35 a 54 años el más numeroso (51,8%) (Figura 30).

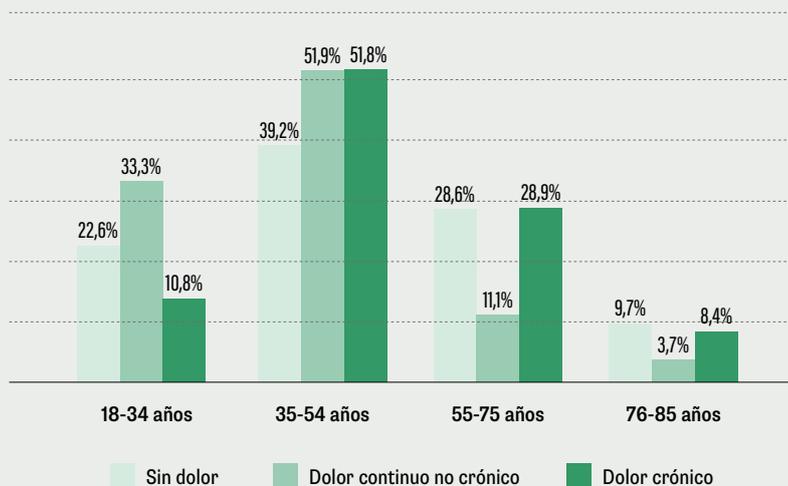


Figura 30. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.

Esta **distribución guarda relación con la prevalencia de la enfermedad** en la región, que es máxima en el grupo con edad comprendida entre 35 y 54 años (30,3%).

En contraste, la prevalencia de dolor crónico alcanza su mínimo en la franja de edad de 18 a 34 años (13,4%), siendo el peso de este grupo etario menor en la población con dolor crónico que en los individuos con dolor continuo no crónico y sin dolor.

En lo que respecta a la población con dolor continuo, el grupo de edad más representado es el de

18 a 34 años, ya que la prevalencia es máxima en la población joven (13,4%), descendiendo conforme incrementa la edad. Por ello, los grupos de mayor edad (entre 55 y 75 y entre 75 y 85 años) tienen una baja representación en la población con dolor continuo no crónico.

Esta variabilidad en la prevalencia de dolor crónico y continuo según la edad es también evidente al analizar las edades medias de cada grupo. **Los pacientes con dolor crónico presentan una edad media superior a la de los pacientes con dolor continuo y a la de los individuos sin dolor** (Figura 31).

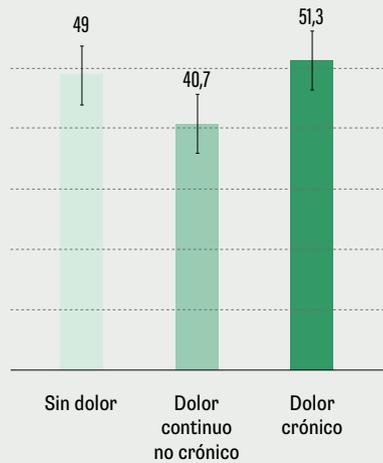


Figura 31. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Esta edad media elevada se debe a la elevada prevalencia de la enfermedad en los grupos de mayor edad, sumada a la baja prevalencia en el grupo de 18 a 34 años.

Por otro lado, la **edad media de la población con dolor continuo no crónico es menor que la de los individuos sin dolor**. Este patrón se debe a que la prevalencia máxima de dolor continuo en los pacientes se produce en el grupo de 18 a 34 años.

## Sexo

La población femenina es mayoritaria en los tres grupos de análisis en el País Vasco, siendo

el grupo con dolor continuo no crónico el que presenta una proporción mayor de mujeres (Figura 32).

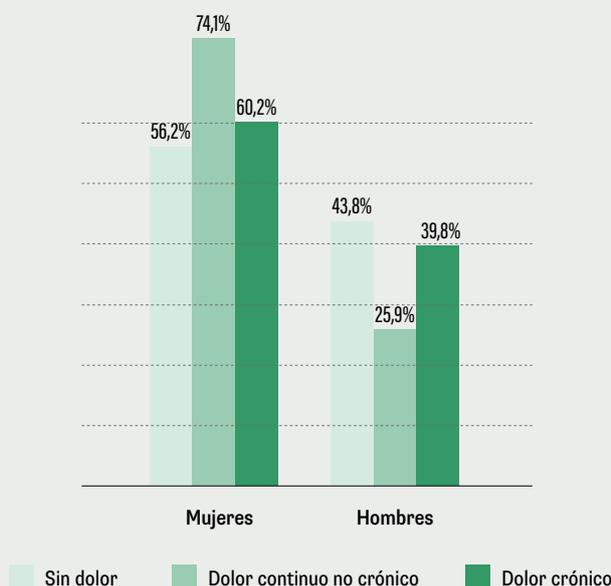


Figura 32. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.

Para entender estos resultados, se debe tener en cuenta que la **prevalencia de dolor crónico** (26% en mujeres y 24,4% en hombres) **y dolor continuo no crónico** (10,4% en mujeres y 5,2% en hombres) **es mayor en mujeres que en hombres**. Adicionalmente, la muestra encuestada a nivel regional presenta un claro predominio femenino (58,7% de mujeres). Estos dos factores son determinantes y suponen este mayor peso de la población femenina en los tres grupos.

El cociente entre la prevalencia en población femenina y la prevalencia en población masculina es máximo para el dolor continuo no crónico, de forma que el grupo analizado con un mayor predominio femenino es el que presenta dolor continuo no crónico.

### Nivel de estudios

La población con dolor crónico presenta una proporción ligeramente menor de individuos con estudios superiores (educación universitaria y formación profesional) que las poblaciones sin dolor y con dolor continuo no crónico (Figura 33).

El **nivel de estudios universitarios** es el más común en los tres grupos de estudios, pero es en los pacientes con dolor crónico (48,2%) donde el porcentaje de personas que han alcanzado esta formación es menor. De forma paralela, la formación profesional es el segundo nivel educativo más habitual en los tres grupos, siendo de nuevo los pacientes con dolor crónico los que alcanzan este nivel en menor proporción (28,9%).

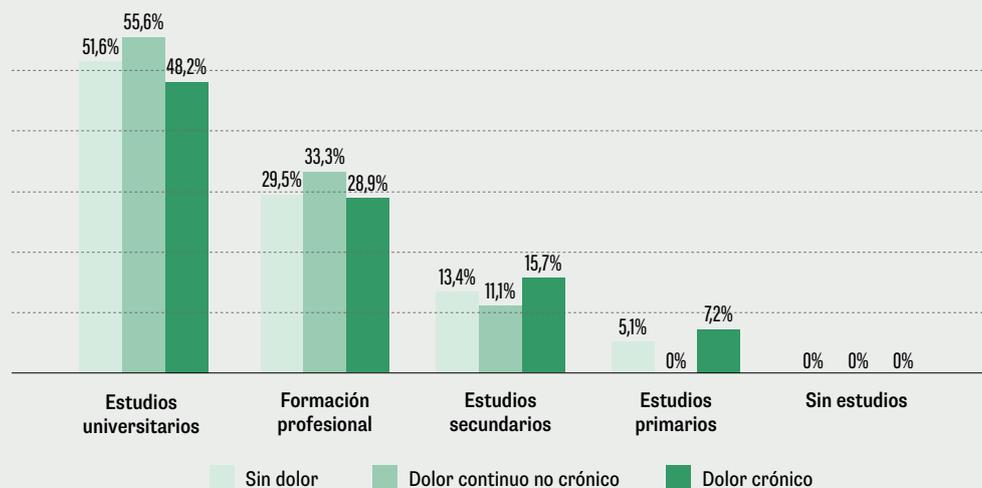


Figura 33. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.

Llama la atención la elevada proporción de pacientes con dolor continuo no crónico que tienen estudios universitarios (55,6%) o formación profesional (33,3%), superior a la observada en la población sin dolor. En posteriores análisis, sería interesante conocer en mayor detalle las causas de esta pro-

porción de pacientes con dolor continuo que tienen estudios superiores. Es posible que los pacientes con un nivel educativo más bajo enfrenten mayores dificultades para controlar su dolor o desempeñen profesiones menos cualificadas, lo que podría agravar su situación.

## Situación laboral

La proporción de pacientes con dolor crónico que tienen trabajo es superior a la proporción observada en los pacientes con dolor continuo,

alcanzando niveles similares a los de la población sin dolor (Figura 34).

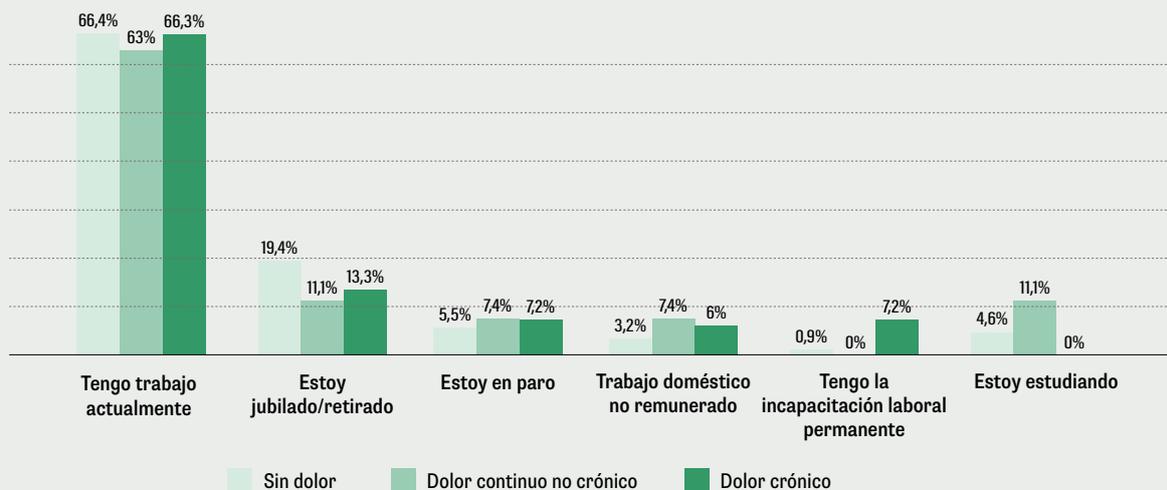


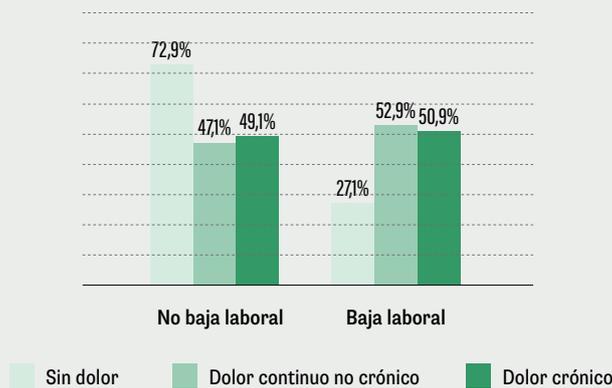
Figura 34. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.

Aunque la mayoría de los individuos con dolor, ya sea crónico o continuo, se encuentran trabajando, la **proporción de trabajadores con dolor crónico es superior (66,3%) que en el grupo con dolor continuo (63%)**.

Si bien cabría esperar que el impacto del dolor crónico sobre las actividades profesionales dificultase la ocupación laboral de los pacientes en mayor medida que el dolor continuo, los datos reflejan una situación diferente. Sería interesante, de cara a análisis posteriores, poder **profundizar en estos datos de ocupación de los pacientes con dolor**

**crónico**, a fin de entender la elevada proporción de pacientes que trabajan. Una posible explicación sería que los pacientes con dolor crónico estén mejor adaptados a desarrollar sus actividades a pesar del dolor, mientras que los pacientes con dolor continuo podrían tener más dificultades para adaptarse, lo que afectaría su desempeño profesional.

De forma paralela a los datos de ocupación, es interesante destacar que las **bajas laborales son ligeramente más frecuentes entre los individuos con dolor continuo** (Figura 35).



*Figura 35. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.*

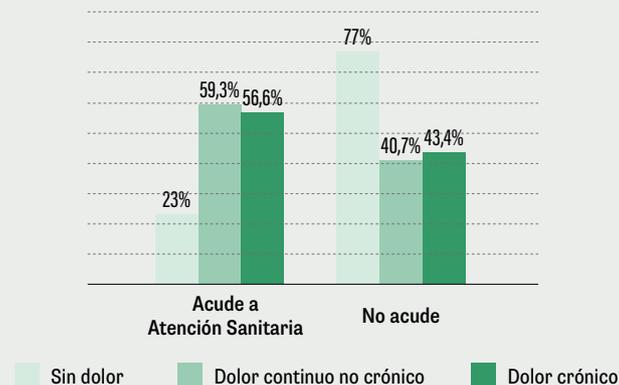
El 52,9% de los trabajadores con dolor continuo están en situación de baja laboral, lo que supera al 50,9% en los trabajadores con dolor crónico. Este dato se alinea con el hecho de que los individuos con dolor continuo no crónico son el colectivo con un menor porcentaje de trabajadores, lo que representa un **destacado alcance del dolor no crónico** que sería interesante estudiar en mayor detalle.

Los resultados mencionados en este apartado se hacen eco del **impacto que presenta el dolor sobre los pacientes, tanto en su forma crónica como continua no crónica**. Este dolor limita el desarrollo de las actividades profesionales de los pacientes, reduciendo el porcentaje de individuos que desempeñan una actividad profesional y aumentando la proporción de individuos en situación de paro o baja laboral.

## USO DEL SISTEMA SANITARIO

Los pacientes con dolor crónico presentan un menor uso del sistema sanitario que los pacientes con dolor continuo no crónico (Figura 36).

Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.



El 59,3% de los pacientes con dolor continuo han utilizado el sistema sanitario en el último mes, cifra que supera el 56,6% observado en los pacientes con dolor crónico. De nuevo sería interesante conocer en detalle las causas que explican estas cifras y llevan a los pacientes con dolor no crónico a un uso extenso de la atención sanitaria.

Es importante destacar que los pacientes con dolor (crónico y continuo) utilizan significativamente más los servicios sanitarios que la población sin

dolor, lo que pone de manifiesto el **impacto del dolor sobre la salud de los pacientes, generando necesidades asistenciales.**

A pesar del mayor uso de los servicios sanitarios de la población con dolor continuo, es la **población con dolor crónico la que lidera el uso de los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria)** (Figura 37).

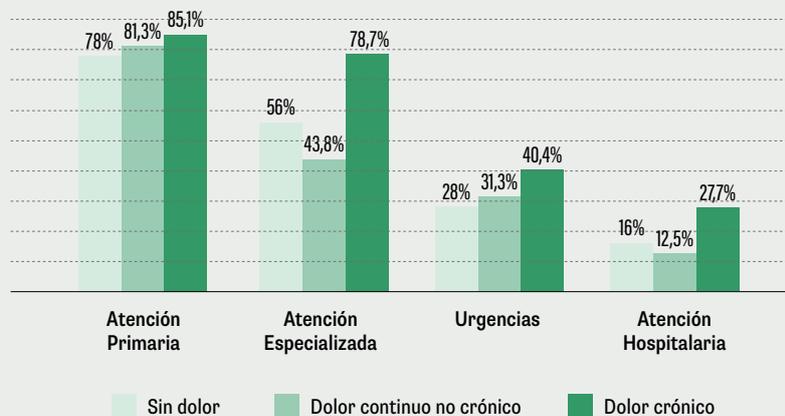


Figura 37. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por niveles asistenciales utilizados.

La proporción de pacientes con dolor crónico que hacen uso de la Atención Primaria (85,1%) es ligeramente superior a la que ha hecho uso de este servicio en la población sin dolor y con dolor continuo.

Para el resto de niveles asistenciales, la diferencia de uso entre los pacientes con dolor crónico y los otros dos grupos (con dolor continuo y sin dolor) se acrecienta, siendo la Atención Especializada el nivel con mayor diferencia.

Es interesante observar cómo, a nivel regional, los pacientes con dolor continuo no crónico hacen

un uso de la Atención Especializada y la Atención Hospitalaria menor que el de la población sin dolor. Como se ha comentado en otros apartados, este dato podría estar determinado por el pequeño volumen de encuestas a pacientes con dolor no crónico en el País Vasco (n=27).

Estas cifras ponen de manifiesto la mayor **necesidad de asistencia sanitaria en los individuos con dolor (continuo y crónico) que en la población libre de dolor**, si bien cada perfil de paciente demanda una asistencia sanitaria diferente.

## ESTADO DE SALUD

### Escalas

Los pacientes con dolor crónico presentan una calidad de vida a nivel físico y mental inferior que la población con dolor continuo o sin dolor (Figura 38).

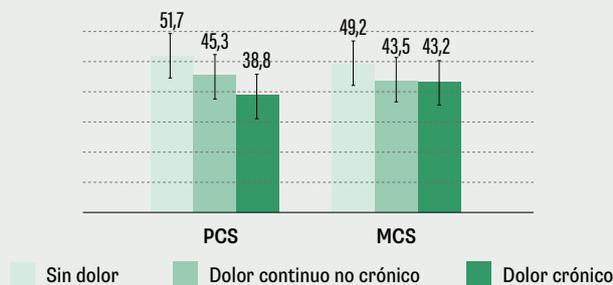


Figura 38. Calidad de vida física y mental de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

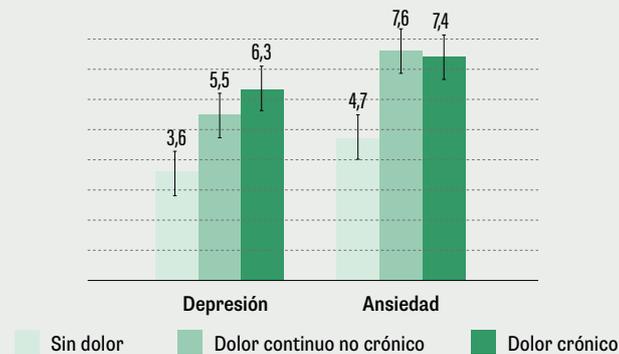
La calidad de vida media a nivel físico de la población con dolor crónico se sitúa en 38,8 puntos (DT=12,1) y la calidad de vida media a nivel mental de esta población es de 43,2 (DT=12,2), cuantificadas por medio del cuestionario SF-12v2.

Es interesante observar que los **individuos sin dolor presentan una mayor calidad de vida promedio** en los ámbitos físico y mental en comparación con los pacientes con dolor continuo y crónico. Las puntuaciones en este grupo son cercanas al umbral de referencia de 50 puntos, lo que

indica un adecuado estado de salud en los individuos libres de dolor. En cambio, los pacientes con dolor (crónico o continuo) no alcanzan este valor de referencia.

Las diferencias en la calidad de vida entre las personas con dolor y aquellas sin dolor también se reflejan en los niveles de depresión y ansiedad, evaluados mediante el cuestionario HADS. **Los pacientes con dolor (crónico o continuo) presentan un mayor nivel de depresión y ansiedad que las personas que no tienen dolor** (Figura 39).

*Figura 39. Nivel de depresión y ansiedad de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.*



Los encuestados con dolor crónico presentan niveles de depresión (6,3 puntos) superiores que los encuestados con dolor continuo (5,5 puntos). Por el contrario, son los pacientes con dolor continuo los que presentan un nivel mayor de ansiedad (7,6 puntos) que los encuestados con dolor crónico (7,4 puntos). Los niveles de ansiedad de los pacientes con dolor (crónico y continuo) se aproximan a los 8 puntos, valor que representa casos dudosos (posibles casos de ansiedad).

Ambos grupos de **pacientes con dolor superan significativamente los niveles de depresión y ansiedad de la población sin dolor**, lo que indica el impacto del dolor sobre la salud mental de los individuos que lo padecen.

Finalmente, el apoyo social percibido por los participantes, evaluado mediante el cuestionario Duke, también refleja el alcance del dolor sobre los pacientes. **Los pacientes con dolor crónico presentan un nivel de apoyo percibido (37,5 puntos) menor que los pacientes con dolor continuo o la población sin dolor** (Figura 40).

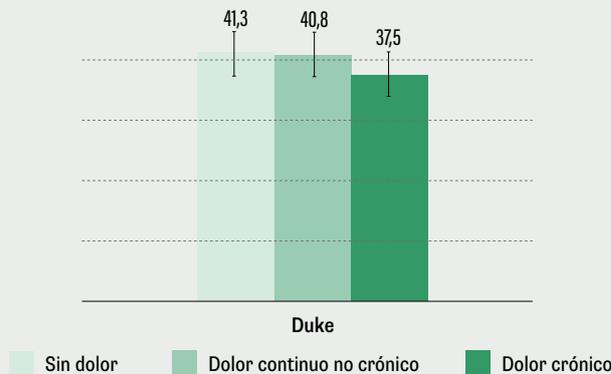


Figura 40. Apoyo social percibido de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Adicionalmente, la proporción de personas que reciben un apoyo bajo es máxima en el grupo de pacientes con dolor crónico (21,7%). Esto resalta la **relevancia del apoyo de cuidadores y familiares en el bienestar cotidiano de los enfermos**, facilitando el desarrollo de las actividades diarias.

Es interesante destacar que todos los grupos analizados presentan valores de apoyo social superiores al umbral de 32 puntos, lo que indica un

apoyo social adecuado en la población encuestada, incluyendo los pacientes con dolor.

Los resultados de las tres escalas analizadas (SF-12v2, HADS y Duke) confirman que el **estado de salud de los pacientes con dolor es inferior al de la población sin dolor**, lo que subraya la importancia de un seguimiento personalizado y continuo de la salud física y mental de los pacientes para garantizar un adecuado abordaje de la enfermedad.

### Limitaciones de la vida diaria

Los individuos con dolor crónico y dolor continuo no crónico experimentan más dificultades para realizar sus actividades cotidianas que la población sin dolor (Figura 41).

Para todas las actividades analizadas, los **individuos sin dolor tienen un mayor nivel de autonomía que los individuos con dolor crónico o continuo**, lo que se traduce en menores dificultades para desarrollar sus actividades diarias.

Para algunas actividades concretas, los **pacientes con dolor crónico experimentan mayores limitaciones que los pacientes con dolor continuo no crónico**, como levantarse de una silla o de la cama (54,2%), sentarse (36,1%), vestirse y desvestirse (41%), acostarse (41%) y ducharse o bañarse (27,7%). **Para otras actividades son los pacientes con dolor continuo los que tienen limitaciones más frecuentes**, como ir al baño (29,6%) o alimentarse (25,9%).

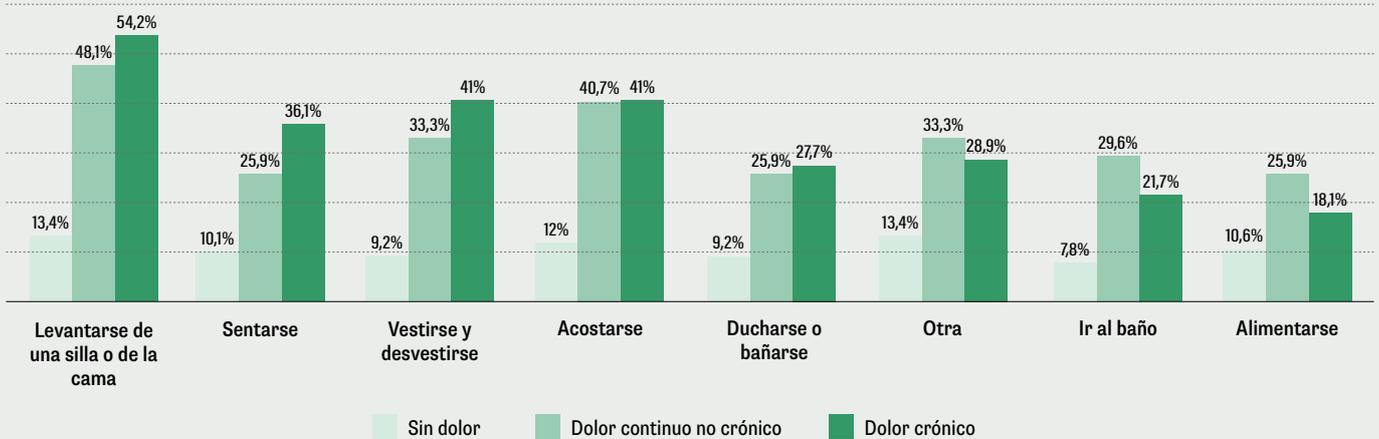


Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.

Como se ha resaltado en apartados previos, la población con dolor (crónico y continuo) presenta un estado de salud más afectado que los individuos sin dolor, lo que limita su **autonomía cotidiana** y genera **limitaciones en las tareas del día a día**.

Estas limitaciones derivadas del dolor crónico o continuo suponen necesidades de apoyo para el desarrollo de las mencionadas tareas. En este sentido, **los pacientes con dolor (crónico y continuo) reciben un mayor apoyo para las actividades cotidianas que la población sin dolor** (Figura 42).

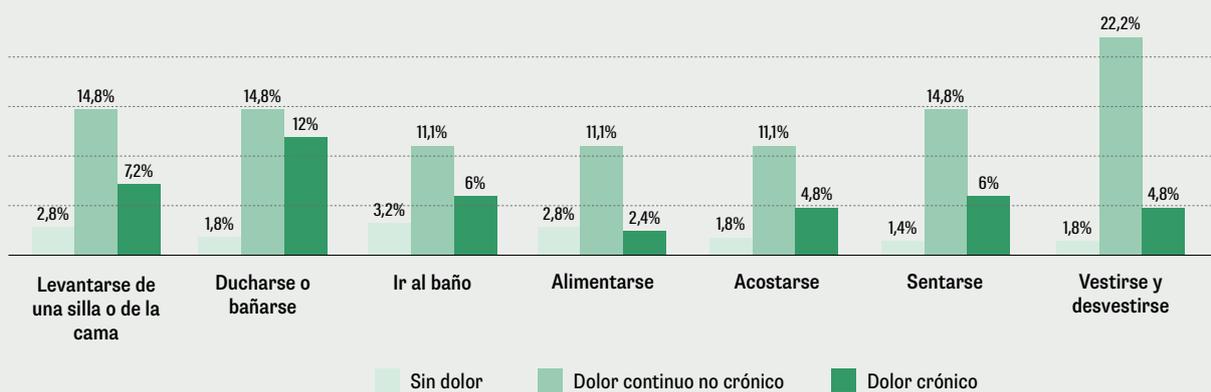


Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.

Resulta especialmente llamativo el **gran apoyo recibido por parte de los pacientes con dolor continuo** en la región, que supera de forma significativa al que reciben los pacientes con dolor crónico. Este dato podría estar influenciado por el bajo número de encuestas realizadas a personas con dolor continuo en el País Vasco (n=27), pero sería interesante estudiarlo en mayor detalle.

En general, los resultados evidencian que los **individuos con dolor enfrentan mayores dificultades en su vida diaria en comparación con la población sin dolor**, y requieren un apoyo más significativo para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

# Conclusiones

En los últimos años, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza han centrado sus esfuerzos en el abordaje del dolor crónico, un desafío de salud pública con un considerable impacto en la región. En este sentido, la implementación de planes sanitarios orientados a mejorar la gestión de las enfermedades crónicas y optimizar los recursos disponibles ha sido una prioridad institucional.

Si bien en 2025 no existe un plan específico dedicado al dolor, el **Plan de Salud Euskadi 2030** ha permitido crear un marco estratégico en el que el dolor y la atención a la cronicidad ocupan un papel prioritario. En los últimos años se ha producido un crecimiento en el conocimiento de la enfermedad a nivel regional y se ha mejorado la integridad asistencial, por medio de iniciativas de formación de profesionales, definición de rutas asistenciales e implementación de sistemas de evaluación de resultados.

El dolor crónico también ha sido un eje clave en la investigación biomédica de la región, destacando los Institutos de Investigación **Biogipuzkoa, Bio-bizkaia, Bioaraba y Biosistemak** como principales impulsores de proyectos innovadores en esta área. El trabajo realizado, centrado en el estudio de nuevos tratamientos y sistemas de gestión de recursos, ha permitido mejorar el funcionamiento de Osakidetza y potenciar la capacidad de respuesta ante las necesidades de los pacientes y la sociedad.

Aunque los avances conseguidos en materia de dolor han sido positivos, la acelerada tasa de **envejecimiento poblacional** en el País Vasco, quinta región más envejecida de España, subraya la urgencia de lograr un abordaje eficiente del dolor crónico, ya que los ciudadanos de edad avanzada suponen uno de los colectivos más vulnerables.

En este contexto sociodemográfico, **analizar el impacto del dolor sobre las personas mayores** se antoja fundamental para diseñar soluciones adaptadas, que garanticen la sostenibilidad de los sistemas de salud por medio de la colaboración entre las instituciones regionales y el ecosistema empresarial. En este proceso, el **Nagusi Intelligence Center** puede desempeñar un papel fundamental como espacio de colaboración público-privada regional enfocado en el envejecimiento, impulsando retos para las empresas que favorezcan la mejora en el abordaje de esta patología<sup>53</sup>.

Adicionalmente, con el fin de mejorar el manejo integral de la patología y atender al reto de la cronicidad, es fundamental reforzar el papel de las **Unidades de Dolor** en el proceso asistencial, que atienden actualmente al **25%** de los pacientes con dolor crónico que acceden a la Atención Especializada en la región. El País Vasco cuenta con un total de **18 Unidades de Dolor**, presentes en 10 hospitales públicos y 8 privados, y el periodo medio de espera de los pacientes para acceder a las mismas es de **7,1 meses**, lo que refleja la presión existente sobre estos recursos.

La disponibilidad de Unidades de Dolor a nivel regional, cercana a **0,8 unidades por cada 100.000 habitantes**, se encuentra ligeramente por debajo de la media española, lo que pone de manifiesto la necesidad de ampliar la oferta asistencial y agilizar los tiempos de acceso para los pacientes. Para mejorar el acceso universal, resulta de especial interés **potenciar la oferta asistencial de unidades en hospitales públicos**.

Se espera que el modelo de la **Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Osakidetza**, implementado en Atención Primaria desde 2023, mejore la continuidad asistencial y complemente las prestaciones de Atención Especializada ofrecidas por las Unidades de Dolor en los próximos años.

53. Bizkaia BEAZ. *Nagusi Intelligence Center (NIC)*.

Para entender de manera precisa el impacto actual del dolor crónico y guiar las acciones futuras, resulta crucial considerar los principales hallazgos de las encuestas que sustentan este análisis.

La **prevalencia** de dolor crónico en la población adulta del País Vasco es del **25,4%**, lo que equivale a casi medio millón de personas adultas afectadas por esta enfermedad en la región.

El grupo de edad más afectado es el de **entre 35 y 54 años**, con una prevalencia del **30,3%**, mientras que los individuos de entre 18 y 34 años presentan la prevalencia más baja, con un 13,4%. Además, las **mujeres** se ven más afectadas que los hombres por el dolor crónico, con una prevalencia del **26%**, frente al 24,4% en los hombres.

Como se ha expuesto a lo largo de este informe, el dolor crónico tiene un gran impacto en quienes lo padecen. Los pacientes sufren esta enfermedad durante un **periodo promedio de 8,3 años**, experimentando una **intensidad media de 6,4 puntos** en una escala del 0 (sin dolor) al 10 (dolor insoponible). Más de la mitad de los pacientes (**54,2%**) reportan **“mucho” dolor**, con niveles entre 7 y 9 puntos.

La causa más frecuente de dolor crónico en la región es el **dolor lumbar**, presente en el **54,2%** de los pacientes. No obstante, un 19,3% de los afectados desconoce el origen de su dolor, lo que complica su abordaje y manejo. Además, la localización más común del dolor es en las **extremidades y/o articulaciones**, afectando al **31,3%** de los pacientes.

El dolor crónico no solo tiene repercusiones físicas, sino también laborales, familiares y personales, lo que limita la capacidad de los pacientes para realizar actividades cotidianas y profesionales. Esto afecta su bienestar físico, mental y social, reduciendo su calidad de vida. En términos de autonomía, uno de los mayores retos para los pacientes es realizar tareas básicas como **levantarse de una silla o de la cama**. Esta actividad se presenta como la más limitante, con **dificultades para el 44,6%** de los pacientes.

Un dato particularmente relevante es que el **61,4%** de los pacientes con dolor crónico en el País Vasco sufren **trastornos del sueño** asociados a la enfermedad, lo que subraya la importancia de abordar también la salud mental en el manejo del dolor crónico.

En lo que respecta a la vida profesional, un **38,2%** de los encuestados ha necesitado **baja laboral en el último año**, con una duración media de 4,9 meses. Este impacto laboral ha llevado a un 20,7% de los encuestados a abandonar su ocupación, mientras que un 13,8% ha tenido que modificar su puesto de trabajo debido al dolor.

En resumen, los datos evidencian el alcance multidimensional del dolor crónico. Un **38,6%** de los pacientes han acudido al **sistema sanitario** en el último mes, **con Atención Primaria** como nivel asistencial de referencia, utilizado por el **84,4%** de los pacientes. Los servicios especializados también juegan un papel crucial en la atención, siendo visitados por el 75% de los pacientes, con **Traumatología** como la especialidad más frecuentemente consultada (**37,5%** de los pacientes de Atención Especializada).

## Reflexión final: retos futuros en el abordaje del dolor crónico en el País Vasco

El elevado impacto del dolor crónico en el País Vasco, que afecta a uno de cada cuatro ciudadanos, subraya la necesidad urgente de **tratar esta enfermedad como uno de los mayores desafíos para el sistema de atención sanitaria**. Para ello, es imprescindible optimizar los recursos destinados a su manejo y comprender mejor su evolución, para poder ofrecer una respuesta más efectiva y centrada en el paciente.

Además, las características demográficas de la región, especialmente el **envejecimiento progresivo de la población**, refuerzan la importancia de anticiparse al futuro impacto del dolor crónico, ya que los ciudadanos de edad avanzada constituyen uno de los grupos de riesgo más relevantes. Este

proceso demográfico plantea la posibilidad de un aumento significativo de la prevalencia de la enfermedad en los próximos años, lo que exigirá una **estrategia de atención adaptada a las necesidades específicas de este colectivo**.

Con estos aspectos en mente, se plantean a continuación cinco retos futuros en el abordaje del dolor crónico en el País Vasco. El objetivo es diseñar una **respuesta integral** que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes y generar acciones con un impacto sostenible a largo plazo. Los retos deben ser abordados con una visión clara de la necesidad de **fortalecer los recursos** asistenciales, **promover la formación** continua de los profesionales y **fomentar la investigación** en nuevas opciones terapéuticas, todo ello con el fin de ofrecer una atención más efectiva y personalizada para los pacientes con dolor crónico.

## RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

- 1. Impulsar el desarrollo e implementación de un Plan de Dolor regional**, que permita definir líneas estratégicas en el abordaje de la patología y organice los recursos asistenciales, con un enfoque en la progresión de la enfermedad y su impacto en colectivos vulnerables.
- 2. Favorecer la ampliación de la red de Unidades de Tratamiento de Dolor**, incrementando la disponibilidad de unidades y mejorando la dotación de recursos, con el fin de optimizar el acceso de los pacientes a una atención especializada de calidad.
- 3. Potenciar la expansión del modelo de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor en Atención Primaria**, fomentando la coordinación efectiva con las Unidades de Dolor hospitalarias y garantizando la continuidad entre niveles asistenciales.
- 4. Mejorar el reconocimiento del dolor continuo no crónico como un problema de salud de alto impacto** en la región, quinta Comunidad Autónoma más afectada a nivel estatal, optimizando el diagnóstico temprano y el seguimiento de los pacientes para prevenir la cronificación.
- 5. Fortalecer la integridad asistencial**, por medio de modelos de gestión sanitaria que combinen la atención clínico-terapéutica, para el alivio del dolor y el manejo de las comorbilidades, y la atención psicosocial, para el acompañamiento y la formación de los pacientes, de acuerdo con las líneas estratégicas del Plan de Salud 2030.

# Bibliografía

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*. [Enlace](#).
2. Fundación Grünenthal. *Presentación*. [Enlace](#).
3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*. [Enlace](#).
4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*. [Enlace](#).
5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*. [Enlace](#).
6. More Than Research. *Inicio*. [Enlace](#).
7. Biolnova Consulting. *Inicio*. [Enlace](#).
8. Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. [Enlace](#).
9. Instituto Nacional de Estadística, 2024. *Proyecciones de Población. Años 2024-2074*. [Enlace](#).
10. Instituto Nacional de Estadística, 2025. *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. [Enlace](#).
11. El Correo, 2018. El 17% de la población de Euskadi presenta algún tipo de dolor crónico. [Enlace](#).
12. Torralba A. et al., 2014. *Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal"*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. doi: 10.4321/S1134-80462014000100003. [Enlace](#).
13. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*. [Enlace](#).
14. Expansión, 2025. *Evolución: PIB anual España*. [Enlace](#).
15. Osakidetza, 2017. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. [Enlace](#).
16. Escuela de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Paziente Bizia - Paciente Activo*. [Enlace](#).
17. Escuela de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Kronik ON Programa. Pluripatología*. [Enlace](#).
18. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2023. *Plan de Salud Euskadi 2030*. [Enlace](#).

19. Osakidetza, 2023. *Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025*. [Enlace](#).
20. Osakidetza, 2023. *Estrategia de Valor en Osakidetza*. [Enlace](#).
21. Osakidetza, 2023. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2030*. [Enlace](#).
22. Osakidetza, 2023. *Modelo de Humanización en Osakidetza*. [Enlace](#).
23. Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2023. *Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027*. [Enlace](#).
24. Gobierno Vasco, 2024. *La Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor de Osakidetza ha tratado a 768 pacientes en su primer año*. [Enlace](#).
25. Diario El Norte de Castilla, 2019. *Sacyl implanta la primera unidad española para tratar el dolor crónico sin fármacos*. [Enlace](#).
26. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. *Coordinación de la I+D+i sanitaria*. [Enlace](#).
27. Instituto de Salud Carlos III, 2025. *Relación de Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III, con acreditación vigente en 2024*. [Enlace](#).
28. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Quiénes somos*. [Enlace](#).
29. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Áreas de Investigación Verticales*. [Enlace](#).
30. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Áreas de Investigación Transversales*. [Enlace](#).
31. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Neuroinmunología*. [Enlace](#).
32. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Atención Primaria*. [Enlace](#).
33. Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa. *Grupo de Evaluación Económica de Enfermedades Crónicas*. [Enlace](#).
34. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Quiénes somos*. [Enlace](#).
35. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Áreas de investigación*. [Enlace](#).
36. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Grupo de Hipersensibilidad central y dolor generalizado*. [Enlace](#).
37. Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia. *Grupo de Terapias regenerativas, patología osteoarticular y tendinosa*. [Enlace](#).

38. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *El Instituto*. [Enlace](#).
39. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Áreas I+D+i*. [Enlace](#).
40. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Grupo de Investigación en Cuidados*. [Enlace](#).
41. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. *Grupo de Cuidados y Tecnología Aplicada a Cuidados de Pacientes Críticos y Post Críticos*. [Enlace](#).
42. Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak. *Misión y visión*. [Enlace](#).
43. Instituto de Investigación Sanitaria Biosistemak. *Áreas de investigación*. [Enlace](#).
44. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. [Enlace](#).
45. Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*. [Enlace](#).
46. Cint. *Market Research and Insights*. [Enlace](#).
47. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. [Enlace](#).
48. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005. [Enlace](#).
49. Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. [Enlace](#).
50. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. [Enlace](#).
51. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. [Enlace](#).
52. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63. [Enlace](#).
53. Bizkaia BEAZ. *Nagusi Intelligence Center (NIC)*. [Enlace](#).

# Anexo 1

METODOLOGÍA

## DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL Y MUESTRAL

Tabla A1 – 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	6.772.098	3.334.010	49,2%	3.438.088	50,8%	1.618.733	23,9%	1.250.859	18,5%	1.368.227	20,2%	1.184.548	17,5%	808.400	11,9%	541.324	8,0%
Aragón	1.045.219	517.502	49,5%	527.717	50,5%	226.086	21,6%	179.943	17,2%	208.948	20,0%	187.547	17,9%	139.627	13,4%	103.067	9,9%
Principado de Asturias	832.723	400.319	48,1%	432.404	51,9%	139.177	16,7%	135.774	16,3%	167.270	20,1%	162.185	19,5%	136.253	16,4%	92.059	11,1%
Islas Baleares	988.720	493.754	49,9%	494.966	50,1%	245.332	24,8%	202.535	20,5%	204.796	20,7%	157.561	15,9%	108.971	11,0%	69.521	7,0%
Canarias	1.866.634	922.384	49,4%	944.250	50,6%	447.550	24,0%	347.161	18,6%	398.383	21,3%	324.793	17,4%	213.253	11,4%	135.486	7,3%
Cantabria	473.412	231.546	48,9%	241.866	51,1%	90.918	19,2%	83.266	17,6%	96.393	20,4%	88.661	18,7%	69.570	14,7%	44.603	9,4%
Castilla y León	1.926.752	960.071	49,8%	966.681	50,2%	367.038	19,0%	305.701	15,9%	372.918	19,4%	374.460	19,4%	286.787	14,9%	219.843	11,4%
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	50,4%	803.129	49,6%	379.179	23,4%	295.808	18,3%	327.169	20,2%	289.049	17,8%	190.081	11,7%	139.006	8,6%
Cataluña	6.076.627	2.968.762	48,9%	3.107.865	51,1%	1.454.308	23,9%	1.103.224	18,2%	1.234.873	20,3%	999.873	16,5%	755.207	12,4%	529.154	8,7%
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	49,1%	2.067.977	50,9%	904.961	22,3%	728.876	17,9%	829.850	20,4%	708.199	17,4%	528.492	13,0%	364.748	9,0%
Extremadura	848.349	422.877	49,8%	425.472	50,2%	193.111	22,8%	141.466	16,7%	162.737	19,2%	161.597	19,0%	108.914	12,8%	80.527	9,5%
Galicia	2.197.253	1.065.099	48,5%	1.132.154	51,5%	407.763	18,6%	376.974	17,2%	439.327	20,0%	390.474	17,8%	325.301	14,8%	257.416	11,7%
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	47,7%	2.819.294	52,3%	1.298.146	24,1%	1.015.842	18,9%	1.123.008	20,8%	884.649	16,4%	627.562	11,6%	439.638	8,2%
Región de Murcia	1.187.794	593.981	50,0%	593.813	50,0%	304.857	25,7%	228.000	19,2%	242.819	20,4%	195.426	16,5%	128.821	10,8%	87.868	7,4%
La Rioja	250.685	123.931	49,4%	126.754	50,6%	53.036	21,2%	44.386	17,7%	50.800	20,3%	44.963	17,9%	33.436	13,3%	24.074	9,6%
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	49,6%	261.428	50,4%	118.996	22,9%	90.187	17,4%	105.402	20,3%	89.809	17,3%	66.751	12,9%	47.491	9,2%
País Vasco	1.742.688	845.073	48,5%	897.615	51,5%	347.905	20,0%	285.006	16,4%	350.896	20,1%	324.277	18,6%	252.544	14,5%	182.062	10,4%
<b>TOTAL</b>	<b>37.801.848</b>	<b>18.520.375</b>	<b>49%</b>	<b>19.281.473</b>	<b>51%</b>	<b>8.597.096</b>	<b>23%</b>	<b>6.815.008</b>	<b>18%</b>	<b>7.683.816</b>	<b>20%</b>	<b>6.568.071</b>	<b>17%</b>	<b>4.779.970</b>	<b>13%</b>	<b>3.357.887</b>	<b>9%</b>

Tabla A1 - 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	1.245	727	58,4%	518	41,6%	343	27,6%	222	17,8%	229	18,4%	197	15,8%	144	11,6%	110	8,8%
Aragón	203	94	46,3%	109	53,7%	37	18,2%	41	20,2%	50	24,6%	42	20,7%	16	7,9%	17	8,4%
Principado de Asturias	165	76	46,1%	89	53,9%	28	17,0%	30	18,2%	44	26,7%	30	18,2%	17	10,3%	16	9,7%
Islas Baleares	173	81	46,8%	92	53,2%	39	22,5%	27	15,6%	20	11,6%	16	9,2%	54	31,2%	17	9,8%
Canarias	310	150	48,4%	160	51,6%	73	23,5%	33	10,6%	49	15,8%	47	15,2%	76	24,5%	32	10,3%
Cantabria	94	34	36,2%	60	63,8%	27	28,7%	17	18,1%	14	14,9%	15	16,0%	10	10,6%	11	11,7%
Castilla y León	365	185	50,7%	180	49,3%	72	19,7%	67	18,4%	98	26,8%	62	17,0%	34	9,3%	32	8,8%
Castilla - La Mancha	298	161	54,0%	137	46,0%	88	29,5%	57	19,1%	47	15,8%	39	13,1%	40	13,4%	27	9,1%
Cataluña	1.153	507	44,0%	646	56,0%	258	22,4%	206	17,9%	250	21,7%	205	17,8%	132	11,4%	102	8,8%
C. Valenciana	762	368	48,3%	394	51,7%	146	19,2%	160	21,0%	157	20,6%	125	16,4%	96	12,6%	78	10,2%
Extremadura	162	84	51,9%	78	48,1%	42	25,9%	28	17,3%	33	20,4%	19	11,7%	22	13,6%	18	11,1%
Galicia	424	202	47,6%	222	52,4%	76	17,9%	85	20,0%	79	18,6%	82	19,3%	58	13,7%	44	10,4%
C. de Madrid	1.034	567	54,8%	467	45,2%	192	18,6%	182	17,6%	228	22,1%	219	21,2%	111	10,7%	102	9,9%
Región de Murcia	213	116	54,5%	97	45,5%	74	34,7%	40	18,8%	28	13,1%	28	13,1%	24	11,3%	19	8,9%
La Rioja	47	16	34,0%	31	66,0%	11	23,4%	16	34,0%	7	14,9%	7	14,9%	3	6,4%	3	6,4%
C. Foral de Navarra	83	36	43,4%	47	56,6%	23	27,7%	11	13,3%	13	15,7%	16	19,3%	13	15,7%	7	8,4%
País Vasco	327	135	41,3%	192	58,7%	67	20,5%	68	20,8%	74	22,6%	59	18,0%	30	9,2%	29	8,9%
<b>TOTAL</b>	<b>7.058</b>	<b>3.539</b>	<b>50%</b>	<b>3.519</b>	<b>50%</b>	<b>1.596</b>	<b>23%</b>	<b>1.290</b>	<b>18%</b>	<b>1.420</b>	<b>20%</b>	<b>1.208</b>	<b>17%</b>	<b>880</b>	<b>12%</b>	<b>664</b>	<b>9%</b>

## Encuesta

Buenos días/tardes, mi nombre es (nombre entrevistador/a). Estamos realizando un estudio para conocer la opinión de la población española sobre el dolor, la duración aproximada de esta encuesta es de 10 minutos.

De acuerdo con la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS vigente y el código CCI ESOMAR referidos a la protección y tratamiento de datos, toda la información que nos facilite en este cuestionario será tratada exclusivamente de forma confidencial y anónima y con fines estadísticos, no pudiendo ser utilizada de forma nominal ni facilitada a terceros.

La encuesta es confidencial y su contestación es de carácter voluntario. Los datos solicitados se tratarán informáticamente para realizar análisis estadísticos de una forma anónima. Los datos personales serán tratados de conformidad con el Reglamento Europeo 2016/679 de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la normativa vigente en materia de seguridad y protección de datos de carácter personal.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

### A. USTED ES...

- Hombre - 1
- Mujer - 2

### B. TIENE USTED... (SP)

- \_\_años
- Entre 76 y 85 años - 1

**C. PROVINCIA DE RESIDENCIA** (anotar provincia de residencia)

**D. ¿CUÁL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS?** [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

- Sin estudios - 1
- Estudios Primarios - 2
- Estudios Secundarios - 3
- FP - 4
- Estudios Universitarios - 5
- No contesta - 6

**E. ¿Y CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL?** [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

- Tengo trabajo actualmente - 1
- Estoy en paro - 2
- Estoy Jubilado/retirado - 3
- Tengo la incapacidad laboral permanente - 4
- Estoy estudiando - 5
- Trabajo doméstico no remunerado - 6

## HACER A QUIENES EN P.E RESPONDEN CÓDIGOS 1

**F. ¿HA NECESITADO BAJA LABORAL EN EL ÚLTIMO AÑO?** [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

- Sí - 1
- No - 2

**G. POR FAVOR, DÍGAME ¿HA TENIDO QUE SER ATENDIDO EN UN CENTRO SANITARIO EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?** [LEER. RESPUESTA ÚNICA]

- Sí - 1
- No → P1

## HACER A QUIENES EN P.G HAN RESPONDIDO SÍ

**H. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES HA ACUDIDO A...? [LEER. RESPUESTA ÚNICA PARA CADA FRASE]**

	Ninguna	1	2	3	4	5 o más
Atención Primaria	1	2	3	4	5	6
Atención Especializada (incluye consulta para diagnóstico/tratamiento sin ingreso)	1	2	3	4	5	6
Atención Hospitalaria (cirugía, ingreso,...) Urgencias	1	2	3	4	5	6

## A TODOS

**1. ¿SUFRE DOLOR CONTINUO (al menos 4 o 5 días a la semana durante el último mes)? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]**

- Sí - HACER P.2
- No - Pasar a “cuestionario principal” (P.16)

**2. ¿ESE DOLOR CONTINUO ES CRÓNICO, ES DECIR, DESDE HACE AL MENOS 3 MESES?**

- Sí - HACER P.3
- No - Pasar a “cuestionario principal” (P.16)

## Bloque dolor crónico

### HACER SI EN P.2 RESPONDE SÍ

**3. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA PADECIENDO ESTE DOLOR?**

- Años (0-99)
- Meses (máx. 12)

**4. ¿PODRÍA INDICIAR CUALES SON LAS CAUSAS DE SU DOLOR CRÓNICO? [LEER. RESPUESTA ÚNICA. ROTAR]**

	Sí	No
1. Artrosis	1	2
2. Osteoporosis	1	2
3. Dolor cervical	1	2
4. Dolor lumbar	1	2
5. Traumatismo	1	2
6. Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	1	2
7. Dolor relacionado con una intervención quirúrgica	1	2
8. Artritis reumatoide	1	2
9. Ciática	1	2
10. Contracturas musculares	1	2
11. Cáncer	1	2
12. Hombro doloroso	1	2
13. Fibromialgia	1	2
14. Neuropatía diabética u otras neuropatías	1	2
15. Síndrome del túnel carpiano	1	2
16. Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa	1	2
17. Desconoce la causa patológica	1	2
18. Otra...¿Cuál?(respuesta abierta)	1	2

**5. Y ¿DÓNDE SE LOCALIZA SU DOLOR, O EL DOLOR QUE MÁS LE AFECTA? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]**

- 1. Es un dolor generalizado
- 2. Cabeza
- 3. Cuello (cervicales)
- 4. Espalda
- 5. Extremidades y/o articulaciones
- 6. Pecho
- 7. Abdomen
- 8. Otro (Especificar)

**6. SU DOLOR CRÓNICO, ¿LE PRODUCE TRASTORNOS DEL SUEÑO? [LEER. RESPUESTA ÚNICA]**

- Sí - 1
- No - 2

**7. EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10** cómo calificaría la intensidad de su dolor crónico la última semana (donde 0 significa que no tiene ningún dolor y 10 el máximo de dolor). Puede dar puntuaciones intermedias para matizar su opinión.

- \_\_ INTENSIDAD DEL DOLOR

**8. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS** ¿En qué medida ha tenido que limitar sus actividades habituales debido al dolor crónico? [RESPUESTA ÚNICA POR ACTIVIDAD. LEER. ROTAR]

	Sí, mucho	Sí, algo	No, no las he limitado
Alimentarse	1	2	3
Sentarse	1	2	3
Levantarse de una silla o de la cama	1	2	3
Acostarse	1	2	3
Vestirse y desvestirse	1	2	3
Ir al baño	1	2	3
Ducharse o bañarse	1	2	3
Otras	1	2	3

**9. ¿HA NECESITADO BAJA LABORAL EN EL ÚLTIMO AÑO A CAUSA DE SU DOLOR?**

- Sí - 1
- No - 2

**HACER A QUIENES EN P.9 RESPONDEN SÍ**

**10. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO DE BAJA LABORAL A CAUSA DE SU DOLOR?**

- Días (máx. 31)
- Meses (máx. 12)

**HACER A QUIENES EN P.9 RESPONDEN SÍ**

**11. ¿HA TENIDO QUE DEJAR EL TRABAJO O CAMBIAR DE PUESTO A CAUSA DEL DOLOR?**

- Sí, lo tuve que dejar - 1
- Sí, cambié de puesto - 2

- No - 3

**12. POR FAVOR, DÍGEME ¿HA TENIDO QUE SER ATENDIDO EN UN CENTRO SANITARIO** en las últimas 4 semanas a causa del dolor?

- Sí
- No → pasar a cuestionario principal

**HACER A QUIENES EN P.12 RESPONDEN SÍ**

**13. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS** ¿Cuántas veces ha acudido a...a causa del dolor?

	Ninguna	1	2	3	4	5 o más
Atención Primaria	1	2	3	4	5	6
Atención Especializada (incluye consulta para diagnóstico/tratamiento sin ingreso)	1	2	3	4	5	6
Atención Hospitalaria (cirugía, ingreso,...)	1	2	3	4	5	6
Urgencias	1	2	3	4	5	6

**14. ¿EN QUÉ UNIDAD/ ESPECIALIDAD HA SIDO ATENDIDO A CAUSA DEL DOLOR?**

- Unidad del dolor - Sí (1), No (2)
- Rehabilitación - Sí (1), No (2)
- Traumatología - Sí (1), No (2)
- Reumatología - Sí (1), No (2)
- Neurología - Sí (1), No (2)
- Medicina Interna - Sí (1), No (2)
- Oncología - Sí (1), No (2)
- Neurocirugía - Sí (1), No (2)
- Fisioterapia - Sí (1), No (2)
- Otras (especificar) - Sí (1), No (2)

**HACER SI HA RESPONDIDO QUE SÍ A UNIDAD DEL DOLOR**

**15. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESPERADO HASTA LA PRIMERA CONSULTA DE LA UNIDAD DEL DOLOR DESDE QUE SE SOLICITA?**

- Días (máx. 31)
- Meses (máx. 12)
- Años (máx. 99)

Gracias por responder a estas preguntas relacionadas con su dolor crónico. A partir de ahora nos gustaría que respondiera a las siguientes preguntas referidas a su estado de salud de forma general.

### Cuestionario principal:

#### 16. EN 2021, EN GENERAL USTED DIRÍA QUE SU SALUD HA SIDO...

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

#### 17. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas cosas actividades o cosas? Si es así ¿Cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar 1 hora	1	2	3
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3

#### 18. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	3	4	5
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	1	2	3	4	5

#### 19. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional	1	2	3	4	5

#### 20. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

#### 21. LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. Responda en cada pregunta lo que se parezca más a como se ha sentido. Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia ...?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5
¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5

#### 22. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1	2	3	4	5

**23. ESTA PREGUNTA ESTÁ DIRIGIDA A DETERMINAR CÓMO SE HA SENTIDO EN LA ÚLTIMA SEMANA A PESAR DE QUE LAS PREGUNTAS ESTÁN FORMULADAS EN PRESENTE.** Debe elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada.

### 23.1. Me siento tenso o nervioso

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muchas veces
- (3) Todos los días

23.2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- (0) Como siempre
- (1) No lo bastante
- (2) Sólo un poco
- (3) Nada

### 23.3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- (0) Nada
- (1) Un poco, pero me preocupa
- (2) Sí, pero no es muy fuerte
- (3) Definitivamente, y es muy fuerte

### 23.4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- (0) Al igual que siempre lo hice
- (1) No tanto ahora
- (2) Casi nunca
- (3) Nunca

### 23.5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- (0) Sólo en ocasiones
- (1) A veces, aunque no muy a menudo
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) La mayoría de las veces

### 23.6. Me siento alegre

- (0) Casi siempre
- (1) A veces
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

### 23.7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- (0) Siempre
- (1) Por lo general
- (2) No muy a menudo
- (3) Nunca

### 23.8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- (0) Nunca
- (1) A veces
- (2) Muy a menudo
- (3) Por lo general en todo momento

### 23.9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago

- (0) Nunca
- (1) En ciertas ocasiones
- (2) Con bastante frecuencia
- (3) Muy a menudo

23.10. He perdido interés por mi aspecto personal

- (0) Me preocupo al igual que siempre
- (1) Podría tener un poco más cuidado
- (2) No me preocupo tanto como debiera
- (3) Totalmente

### 23.11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- (0) Nada

- (1) No mucho  
 (2) Bastante  
 (3) Mucho

### 23.12. Me siento optimista respecto al futuro

- (0) Igual que siempre  
 (1) Menos de lo que acostumbraba  
 (2) Mucho menos de lo que acostumbraba  
 (3) Nada

### 23.13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- (0) Nada  
 (1) No muy a menudo  
 (2) Bastante a menudo  
 (3) Muy frecuentemente

### 23.14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- (0) A menudo  
 (1) A veces  
 (2) No muy a menudo  
 (3) Rara vez

**24. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS** ¿Podría indicar si ha tenido dificultad para realizar cada una de las siguientes actividades?

	No puedo hacerlo por mí mismo	Si, mucha dificultad	Si, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
Alimentarse	1	2	3	4
Sentarse	1	2	3	4
Levantarse de una silla o de la cama	1	2	3	4
Acostarse	1	2	3	4
Vestirse y desvestirse	1	2	3	4
Ir al baño	1	2	3	4
Ducharse o bañarse	1	2	3	4
Otras	1	2	3	4

### 25. PODRÍA INDICAR SI DISPONE HABITUALMENTE DE AYUDA FAMILIAR, SOCIAL, DE ENTIDADES PARA REALIZAR...

	Sí	No
Alimentarse	1	2
Sentarse	1	2
Levantarse de una silla o de la cama	1	2
Acostarse	1	2
Vestirse y desvestirse	1	2
Ir al baño	1	2
Ducharse o bañarse	1	2
Otras	1	2

**26. EN LA SIGUIENTE LISTA SE MUESTRAN ALGUNAS COSAS QUE OTRAS PERSONAS HACEN POR NOSOTROS O NOS PROPORCIONAN.** Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

# Anexo 2

RESULTADOS

## CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla A2 - 1. Características de la muestra encuestada en el País Vasco (n=327).

Variabes	Categorías	N	%	
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>				
Edad (n=327)	Media (DT)	48,9 (15,8)		
	Mediana (RI)	48 (21)		
	18-34	67	20,5%	
	35-54	142	43,4%	
	55-75	89	27,2%	
76-85	29	8,9%		
	Sexo (n=327)	Hombre	135	41,3%
	Mujer	192	58,7%	
	Nivel de estudios (n=327)	Sin Estudios	0	0,0%
Estudios Primarios		17	5,2%	
Estudios Secundarios		45	13,8%	
Formación Profesional		97	29,7%	
Estudios universitarios		167	51,1%	
No contesta		1	0,3%	
Situación laboral (n=327)	Tengo trabajo actualmente	216	66,1%	
	Estoy en paro	20	6,1%	
	Estoy Jubilado/retirado	56	17,1%	
	Tengo la incapacidad laboral permanente	8	2,4%	
	Estoy estudiando	13	4,0%	
	Trabajo doméstico no remunerado	14	4,3%	
Baja Laboral (n=216) ( <i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i> )	Sí	76	35,2%	
	No	140	64,8%	
<b>USO SISTEMA SANITARIO</b>				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas (n=327)	Sí	113	34,6%	
	No	214	65,4%	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> ( <i>contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior</i> ) (n=113)	Ninguna vez	21	18,6%	
	1 vez	68	60,2%	
	2 veces	13	11,5%	
	3 veces o más	11	9,7%	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> ( <i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i> ) (n=113)	Ninguna vez	41	36,3%	
	1 vez	51	45,1%	
	2 veces	10	8,8%	
	3 veces o más	11	9,7%	

Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (n=113)</i>	Ninguna vez	90	79,6%
	1 vez	12	10,6%
	2 veces	4	3,5%
	3 veces o más	7	6,2%
Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (n=113)</i>	Ninguna vez	75	66,4%
	1 vez	30	26,5%
	2 veces	5	4,4%
	3 veces o más	3	2,7%
<b>CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud</b>			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS (n=327)	Media (DT)	47,9 (10,1)	
	Mediana (RI)	50,3 (11,5)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS (n=327)	Media (DT)	47,2 (11,5)	
	Mediana (RI)	48,5 (16,5)	
HADS- Depresión (n=327)	Media (DT)	4,5 (4,1)	
	Mediana (RI)	3 (6)	
	No Caso	258	78,9%
	Caso dudoso	42	12,8%
HADS- Ansiedad (n=327)	Caso	27	8,3%
	Media (DT)	5,6 (4,2)	
	Mediana (RI)	5 (6)	
	No Caso	237	72,5%
Limitaciones vida diaria: <b>Alimentarse</b> (n=327)	Caso dudoso	50	15,3%
	Caso	40	12,2%
	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Sentarse</b> (n=327)	Sí, mucha dificultad	12	3,7%
	Sí alguna dificultad	21	6,4%
	No, ninguna dificultad	282	86,2%
	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Levantarse de una silla o de la cama</b> (n=327)	Sí, mucha dificultad	10	3,1%
	Sí alguna dificultad	37	11,3%
	No, ninguna dificultad	268	82,0%
	No puedo hacerlo por mí mismo	10	3,1%
Limitaciones vida diaria: <b>Acostarse</b> (n=327)	Sí, mucha dificultad	15	4,6%
	Sí alguna dificultad	62	19,0%
	No, ninguna dificultad	240	73,4%
	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Acostarse</b> (n=327)	Sí, mucha dificultad	12	3,7%
	Sí alguna dificultad	47	14,4%
	No, ninguna dificultad	256	78,3%
	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,7%

Limitaciones vida diaria: <b>Vestirse y desvestirse</b> (n=327)	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,7%
	Sí, mucha dificultad	10	3,1%
	Sí alguna dificultad	41	12,5%
	No, ninguna dificultad	264	80,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Ir al baño</b> (n=327)	No puedo hacerlo por mí mismo	11	3,4%
	Sí, mucha dificultad	9	2,8%
	Sí alguna dificultad	23	7,0%
	No, ninguna dificultad	284	86,9%
Limitaciones vida diaria: <b>Ducharse o bañarse</b> (n=327)	No puedo hacerlo por mí mismo	13	4,0%
	Sí, mucha dificultad	8	2,4%
	Sí alguna dificultad	29	8,9%
	No, ninguna dificultad	277	84,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Otra</b> (n=327)	No puedo hacerlo por mí mismo	13	4,0%
	Sí, mucha dificultad	6	1,8%
	Sí alguna dificultad	43	13,1%
	No, ninguna dificultad	265	81,0%
Recibe ayuda familiar, social de entidades para: (n=327)  ( <i>puede haber más de una</i> )	Alimentarse	11	3,4%
	Sentarse	12	3,7%
	Levantarse de una silla o de la cama	16	4,9%
	Acostarse	11	3,4%
	Vestirse y desvestirse	14	4,3%
	Ir al baño	15	4,6%
	Ducharse o bañarse	18	5,5%
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) (n=327)  <i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Media (DT)	40,3 (10,7)	
	Mediana (RI)	42 (16)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	60	18,3%
	Apoyo normal (≥32)	267	81,7%
<b>DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.</b>			

## PREVALENCIA DE DOLOR

Tabla A2 - 2. Prevalencia de dolor continuo y crónico en el País Vasco.

Grupo	Dolor continuo			Dolor crónico		
	N	Prevalencia (%)	IC95%	N	Prevalencia (%)	IC95%
<b>GLOBAL</b>						
Global	83	25,4%	(20,5-30,3)	27	8,3%	(5,1-11,4)
<b>POR SEXO</b>						
Hombres	33	24,4%	(16,8-32,1)	7	5,2%	(1,1-9,3)
Mujeres	50	26,0%	(19,6-32,5)	20	10,4%	(5,8-14,9)
<b>POR GRUPOS DE EDAD</b>						
18 y 34	9	13,4%	(4,5-22,3)	9	13,4%	(4,5-22,3)
35 y 54	43	30,3%	(22,4-38,2)	14	9,9%	(4,6-15,1)
55 y 75	24	27,0%	(17,2-36,7)	3	3,4%	(0,7-9,5)
76 y 85	7	24,1%	(6,8-41,4)	1	3,4%	(0,1-17,8)

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 - 3. Características de las personas con dolor crónico en el País Vasco (n=83).

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
<b>DOLOR</b>			
Duración del dolor crónico en años (n=82)	Media (DT)	8,3 (9,6)	
	Mediana (RI)	4,5 (11)	
Causa diagnóstica del DC (n=83) <i>(puede haber más de una)</i>	Artrosis	24	28,9%
	Osteoporosis	24	28,9%
	Dolor cervical	38	45,8%
	Dolor lumbar	45	54,2%
	Traumatismo	13	15,7%
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	31	37,3%
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	10	12,0%
	Artritis	10	12,0%
	Ciática	13	15,7%
	Contracturas musculares	35	42,2%
	Cáncer	2	2,4%
	Hombro	21	25,3%
	Fibromialgia	8	9,6%
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	7	8,4%
	Síndrome del túnel carpiano	12	14,5%
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	3	3,6%
	Dismenorrea / Endometriosis	2	2,4%
Hernias discales	0	0,0%	
Desconoce la causa patológica	16	19,3%	
Donde se localiza el dolor que más afecta (n=83)	Es un dolor generalizado	12	14,5%
	Cabeza	10	12,0%
	Cuello (cervicales)	9	10,8%
	Espalda	20	24,1%
	Extremidades y/o articulaciones	26	31,3%
	Pecho	2	2,4%
	Abdomen	4	4,8%
	Otro	0	0,0%
Trastorno del sueño debido al DC (n=83)	Sí	51	61,4%
	No	32	38,6%
Intensidad del Dolor (n=83)	Media (DT)	6,4 (1,9)	
	Mediana (RI)	7 (2)	
	Nada (0)	1	1,2%
	Muy poco o poco (1-3)	4	4,8%
	Moderado (4-6)	29	34,9%
	Mucho (7-9)	45	54,2%
Insuportable (10)	4	4,8%	

CONSECUENCIAS DC			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse (n=83)	Sí, mucho	5	6,0%
	Sí, algo	22	26,5%
	No, no las he limitado	56	67,5%
Sentarse (n=83)	Sí, mucho	7	8,4%
	Sí, algo	24	28,9%
	No, no las he limitado	52	62,7%
Levantarse de una silla o de la cama (n=83)	Sí, mucho	6	7,2%
	Sí, algo	31	37,3%
	No, no las he limitado	46	55,4%
Acostarse (n=83)	Sí, mucho	10	12,0%
	Sí, algo	23	27,7%
	No, no las he limitado	50	60,2%
Vestirse y desvestirse (n=83)	Sí, mucho	7	8,4%
	Sí, algo	22	26,5%
	No, no las he limitado	54	65,1%
Ir al baño (n=83)	Sí, mucho	8	9,6%
	Sí, algo	12	14,5%
	No, no las he limitado	63	75,9%
Ducharse o bañarse (n=83)	Sí, mucho	6	7,2%
	Sí, algo	19	22,9%
	No, no las he limitado	58	69,9%
Otras (n=63)	Sí, mucho	10	15,9%
	Sí, algo	7	11,1%
	No, no las he limitado	46	73,0%
Baja laboral a causa del dolor (n=76)	Sí	29	38,2%
	No	47	61,8%
Tiempo Baja laboral (Meses) (n=29) <i>(sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)</i>	Media (DT)	4,9 (4,5)	
	Mediana (RI)	3 (7,7)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (n=29) <i>(sólo los que ha respondido sí en la pregunta de baja laboral a causa del dolor)</i>	Sí, lo tuve que dejar	6	20,7%
	Sí, cambié de puesto	4	13,8%
	No	19	65,5%

USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas (n=83)	Sí	32	38,6%
	No	51	61,4%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (n=32)	Ninguna vez	5	15,6%
	1 vez	17	53,1%
	2 veces	6	18,8%
	3 veces o más	4	12,5%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (n=32)	Ninguna vez	8	25,0%
	1 vez	15	46,9%
	2 veces	3	9,4%
	3 veces o más	6	18,8%
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S.) (n=32) (puede haber más de una)	Unidad del dolor	8	25,0%
	Rehabilitación	9	28,1%
	Traumatología	12	37,5%
	Reumatología	5	15,6%
	Neurología	9	28,1%
	Medicina Interna	7	21,9%
	Oncología	1	3,1%
	Neurocirugía	1	3,1%
	Fisioterapia	11	34,4%
Otras	5	15,6%	
<b>Tiempo</b> de espera primera consulta <b>Unidad de Dolor</b> (Meses) (n=8) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta Unidad. De dolor)	Media (DT)	7,1 (8)	
	Mediana (RI)	5 (9,9)	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (n=32)	Ninguna vez	23	71,9%
	1 vez	5	15,6%
	2 veces	0	0,0%
	3 veces o más	4	12,5%
Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (n=32)	Ninguna vez	18	56,3%
	1 vez	10	31,3%
	2 veces	2	6,3%
	3 veces o más	2	6,3%
<b>DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.</b>			

## ANÁLISIS COMPARATIVO: CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS CON EL DOLOR CRÓNICO, EL DOLOR CONTINUO Y LA AUSENCIA DE DOLOR

Tabla A2 - 4. Características relacionadas con dolor continuo, dolor crónico o sin dolor en el País Vasco.

Variables	Categorías	Sin dolor		Dolor continuo		Dolor crónico		p-Valor
		N	%	N	%	N	%	
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>								
Edad	18-34	49	22,6%	9	33,3%	9	10,8%	0.045a
	35-54	85	39,2%	14	51,9%	43	51,8%	
	55-75	62	28,6%	3	11,1%	24	28,9%	
	76-85	21	9,7%	1	3,7%	7	8,4%	
Edad	Media (DT)	49 (16,4)		40,7 (13,2)		51,3 (14)		0.007b
	Mediana (RI)	48 (24)		39 (18)		49 (19)		
Sexo	Hombre	95	43,8%	7	25,9%	33	39,8%	0.196a
	Mujer	122	56,2%	20	74,1%	50	60,2%	
Nivel de estudios	Sin Estudios	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0.911a
	Estudios Primarios	11	5,1%	0	0,0%	6	7,2%	
	Estudios Secundarios	29	13,4%	3	11,1%	13	15,7%	
	Formación Profesional	64	29,5%	9	33,3%	24	28,9%	
	Estudios universitarios	112	51,6%	15	55,6%	40	48,2%	
	No contesta	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	144	66,4%	17	63,0%	55	66,3%	0.018a
	Estoy en paro	12	5,5%	2	7,4%	6	7,2%	
	Estoy Jubilado/retirado	42	19,4%	3	11,1%	11	13,3%	
	Tengo la incapacitación laboral permanente	2	0,9%	0	0,0%	6	7,2%	
	Estoy estudiando	10	4,6%	3	11,1%	0	0,0%	
	Trabajo doméstico no remunerado	7	3,2%	2	7,4%	5	6,0%	
Baja Laboral por cualquier causa (N=216) ( <i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i> )	Sí	39	27,1%	9	52,9%	28	50,9%	0.002a
	No	105	72,9%	8	47,1%	27	49,1%	

USO SISTEMA SANITARIO								
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	50	23,0%	16	59,3%	47	56,6%	<0.001a
	No	167	77,0%	11	40,7%	36	43,4%	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=113)</i>	Ninguna vez	11	22,0%	3	18,8%	7	14,9%	0.302a
	1 vez	32	64,0%	11	68,8%	25	53,2%	
	2 veces	4	8,0%	2	12,5%	7	14,9%	
	3 veces o más	3	6,0%	0	0,0%	8	17,0%	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=113)</i>	Ninguna vez	22	44,0%	9	56,3%	10	21,3%	0.078a
	1 vez	22	44,0%	5	31,3%	24	51,1%	
	2 veces	4	8,0%	1	6,3%	5	10,6%	
	3 veces o más	2	4,0%	1	6,3%	8	17,0%	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=113)</i>	Ninguna vez	42	84,0%	14	87,5%	34	72,3%	0.394a
	1 vez	5	10,0%	0	0,0%	7	14,9%	
	2 veces	0	0,0%	1	6,3%	3	6,4%	
	3 veces o más	3	6,0%	1	6,3%	3	6,4%	
Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=113)</i>	Ninguna vez	36	72,0%	11	68,8%	28	59,6%	0.760a
	1 vez	11	22,0%	3	18,8%	16	34,0%	
	2 veces	2	4,0%	1	6,3%	2	4,3%	
	3 veces o más	1	2,0%	1	6,3%	1	2,1%	

ESTADO DE SALUD								
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	51,7 (6,4)		45,3 (10)		38,8 (12,1)		<0.001b
	Mediana (RI)	52,4 (7,4)		46 (11,5)		39,2 (17,9)		
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	49,2 (10,7)		43,5 (11,6)		43,2 (12,2)		<0.001b
	Mediana (RI)	52 (14,7)		41,1 (21,5)		44,1 (18,7)		
HADS- Depresión	Media (DT)	3,6 (3,8)		5,5 (4,3)		6,3 (4,2)		<0.001b
	Mediana (RI)	2 (5)		5 (8)		6 (7)		
	No Caso	189	87,1%	16	59,3%	53	63,9%	<0.001a
	Caso dudoso	16	7,4%	8	26,6%	18	21,7%	
Caso	12	5,5%	3	11,1%	12	14,5%		
HADS- Ansiedad	Media (DT)	4,7 (3,8)		7,6 (3,9)		7,4 (4,7)		<0.001b
	Mediana (RI)	4 (5)		8 (4)		7 (7)		
	No Caso	177	81,6%	11	40,7%	49	59,0%	<0.001a
	Caso dudoso	23	10,6%	10	37,0%	17	20,5%	
Caso	17	7,8%	6	22,2%	17	20,5%		
Limitaciones vida diaria: <b>Alimentarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	10	4,6%	2	7,4%	0	0,0%	0.008a
	Sí, mucha dificultad	5	2,3%	1	3,7%	6	7,2%	
	Sí alguna dificultad	8	3,7%	4	14,8%	9	10,8%	
	No, ninguna dificultad	194	89,4%	20	74,1%	68	81,9%	
Limitaciones vida diaria: <b>Sentarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	11	5,1%	1	3,7%	0	0,0%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	3	1,4%	0	0,0%	7	8,4%	
	Sí alguna dificultad	8	3,7%	6	22,2%	23	27,7%	
	No, ninguna dificultad	195	89,9%	20	74,1%	53	63,9%	
Limitaciones vida diaria: <b>Levantarse de una silla o de la cama</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	10	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	3	1,4%	2	7,4%	10	12,0%	
	Sí alguna dificultad	16	7,4%	11	40,7%	35	42,2%	
	No, ninguna dificultad	188	86,6%	14	51,9%	38	45,8%	
Limitaciones vida diaria: <b>Acostarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	10	4,6%	1	3,7%	1	1,2%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	3	1,4%	4	14,8%	5	6,0%	
	Sí alguna dificultad	13	6,0%	6	22,2%	28	33,7%	
	No, ninguna dificultad	191	88,0%	16	59,3%	49	59,0%	
Limitaciones vida diaria: <b>Vestirse y desvestirse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	10	4,6%	1	3,7%	1	1,2%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	1	0,5%	2	7,4%	7	8,4%	
	Sí alguna dificultad	9	4,1%	6	22,2%	26	31,3%	
	No, ninguna dificultad	197	90,8%	18	66,7%	49	59,0%	

Limitaciones vida diaria: <b>Ir al baño</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	10	4,6%	0	0,0%	1	1,2%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	0	0,0%	2	7,4%	7	8,4%	
	Sí alguna dificultad	7	3,2%	6	22,2%	10	12,0%	
	No, ninguna dificultad	200	92,2%	19	70,4%	65	78,3%	
Limitaciones vida diaria: <b>Ducharse o bañarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	11	5,1%	1	3,7%	1	1,2%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	0	0,0%	1	3,7%	7	8,4%	
	Sí alguna dificultad	9	4,1%	5	18,5%	15	18,1%	
	No, ninguna dificultad	197	90,8%	20	74,1%	60	72,3%	
Limitaciones vida diaria: <b>Otra</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	12	5,5%	0	0,0%	1	1,2%	<0.001a
	Sí, mucha dificultad	0	0,0%	1	3,7%	5	6,0%	
	Sí alguna dificultad	17	7,8%	8	29,6%	18	21,7%	
	No, ninguna dificultad	188	86,6%	18	66,7%	59	71,1%	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Alimentarse (N=59)	6	2,8%	3	11,1%	2	2,4%	0.065a
	Sentarse (N=67)	3	1,4%	4	14,8%	5	6,0%	<0.001a
	Levantarse de una silla o de la cama (N=73)	6	2,8%	4	14,8%	6	7,2%	0.012a
	Acostarse (N=71)	4	1,8%	3	11,1%	4	4,8%	0.029a
	Vestirse y desvestirse (N=81)	4	1,8%	6	22,2%	4	4,8%	<0.001a
	Ir al baño (N=65)	7	3,2%	3	11,1%	5	6,0%	0.140a
	Ducharse o bañarse (N=76)	4	1,8%	4	14,8%	10	12,0%	<0.001a
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55)	Media (DT)	41,3 (10,3)		40,8 (9,4)		37,5 (11,4)		0.041b
	Mediana (RI)	43 (17)		43 (10)		38 (13)		
<i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Apoyo social percibido bajo	38	17,5%	4	14,8%	18	21,7%	0.624a
	Apoyo normal	179	82,5%	23	85,2%	65	78,3%	
<b>DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.</b>								
aChi-cuadrado de Pearson; bKruskal-Wallis; cRazón de Verosimilitud								



