

# Análisis de situación del impacto del dolor crónico en Canarias

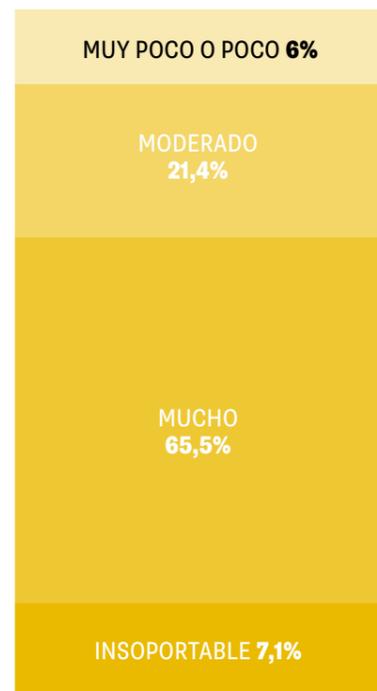
## Barómetro del dolor crónico en España 2022



### PREVALENCIA POR SEXO



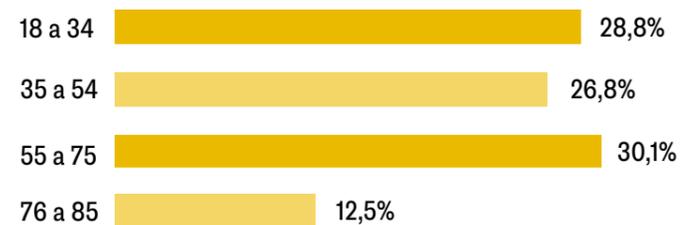
### INTENSIDAD



**8,3** Duración media dolor años

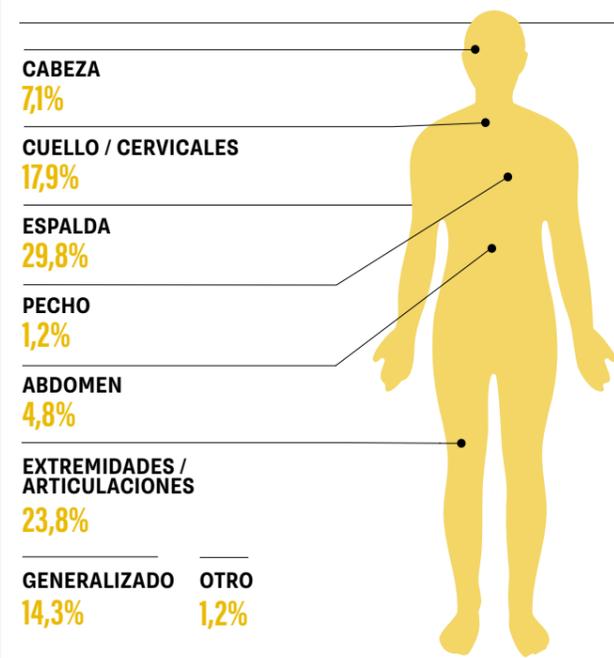
**7,1** Intensidad media dolor puntos

### PREVALENCIA POR GRUPOS DE EDAD

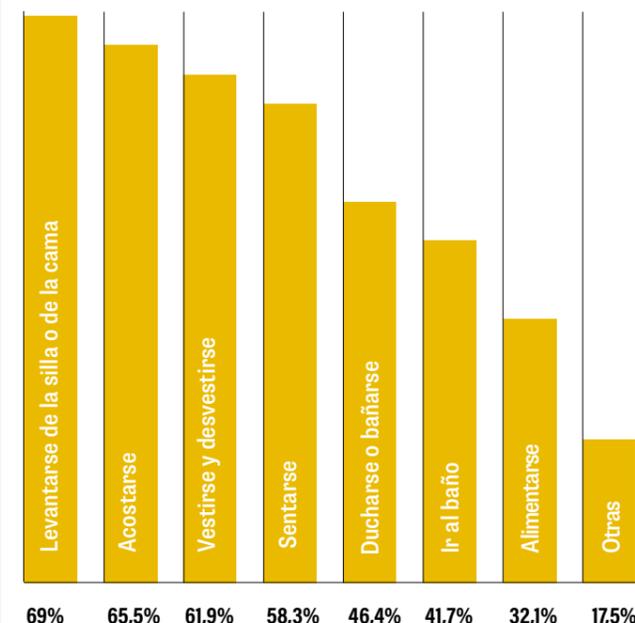


Información obtenida a partir de encuestas a población de 18 a 85 años residente en Canarias (n=310), 278 encuestas online a individuos de 18 a 75 años (Computer-Assisted Web Interviewing, CAWI), 32 encuestas telefónicas a individuos de 76 a 85 años (Computer-Assisted Telephone Interviewing, CATI).

### Localización anatómica



### Dificultades en las actividades diarias



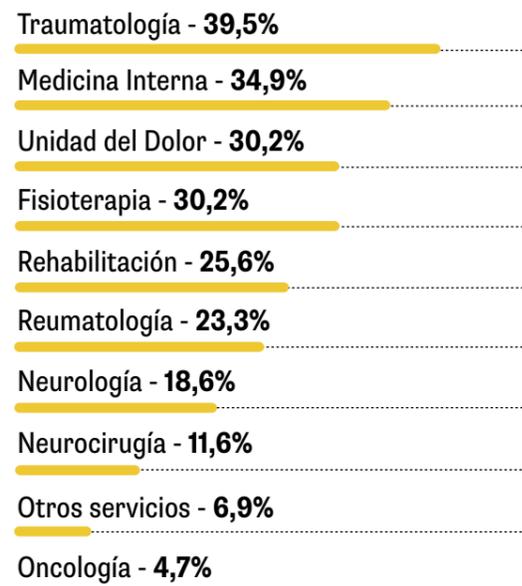
### Servicios sanitarios



#### UTILIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO



#### UTILIZACIÓN DE LOS SISTEMAS SANITARIOS ESPECIALIZADOS

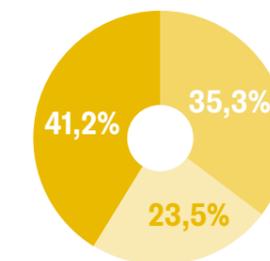


### Bajas laborales a causa del dolor crónico



En el último año ha recibido una baja laboral el

**21%**



**3,2** DURACIÓN MEDIA de la baja laboral meses

### Causas diagnósticas

Dolor lumbar **63,1%**

Dolor cervical **52,4%**

Contractura muscular **50%**

Migrañas **44%**

Hombros **38,1%**

Ciática **34,5%**

Artrosis **32,1%**

Osteoporosis **32,1%**

Desconoce la causa **31%**

Síndrome del túnel carpiano **17,9%**

### Distribución de las Unidades del Dolor



# Barómetro del dolor crónico en Canarias

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
<b>1. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO</b>	18
<b>2. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN CANARIAS</b>	19
<b>3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CANARIAS</b>	21
Barómetro del dolor crónico en Canarias	26
<b>1. OBJETIVOS</b>	27
<b>2. METODOLOGÍA</b>	27
<b>3. RESULTADOS</b>	30
<b>4. CONCLUSIONES</b>	46
Bibliografía	50
ANEXO 1 - <i>Metodología</i>	53
ANEXO 2 - <i>Resultados</i>	62

# Índice

DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.	22
<b>Figura 2.</b> Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Canarias.	22
<b>Figura 3.</b> Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.	25
<b>Figura 4.</b> Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.	25
<b>Figura 5.</b> Distribución muestral por grupo de edad.	30
<b>Figura 6.</b> Distribución muestral por sexo.	31
<b>Figura 7.</b> Distribución muestral por nivel de estudios.	32
<b>Figura 8.</b> Distribución muestral por baja laboral.	32
<b>Figura 9.</b> Distribución muestral por situación laboral.	32
<b>Figura 10.</b> Distribución muestral por uso del sistema sanitario.	32
<b>Figura 11.</b> Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.	33
<b>Figura 12.</b> Estado de salud de los encuestados.	33
<b>Figura 13.</b> Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.	35
<b>Figura 14.</b> Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.	35
<b>Figura 15.</b> Prevalencia de dolor crónico y continuo.	36
<b>Figura 16.</b> Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.	36
<b>Figura 17.</b> Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.	37
<b>Figura 18.</b> Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.	37
<b>Figura 19.</b> Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.	38
<b>Figura 20.</b> Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.	38
<b>Figura 21.</b> Intensidad del dolor crónico.	39
<b>Figura 22.</b> Causas diagnósticas del dolor crónico.	40

<b>Figura 23.</b> Localizaciones anatómicas del dolor crónico.	41
<b>Figura 24.</b> Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.	42
<b>Figura 25.</b> Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.	42
<b>Figura 26.</b> Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.	42
<b>Figura 27.</b> Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	43
<b>Figura 28.</b> Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	44
<b>Figura 29.</b> Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.	44

# Índice

DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Listado de los hospitales con Unidades del Dolor en Canarias.	25
<b>Tabla A1 – 1.</b> Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	56
<b>Tabla A1 – 2.</b> Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	57
<b>Tabla A2 – 1.</b> Características de la muestra encuestada en Canarias.	65
<b>Tabla A2 – 2.</b> Prevalencia de dolor continuo y crónico en Canarias.	68
<b>Tabla A2 – 3.</b> Características de las personas con dolor crónico en Canarias.	69

# Abreviaturas

**ACIISI**

Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información

**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*

**ITB**

Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias

**IUIBS**

Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias

**IUNE**

Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias

**MCS**

*Mental Component Score*

**PCS**

*Physical Component Score*

**RI**

Rango Inter cuartílico

**ULL**

Universidad de La Laguna

**ULPGC**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**UTD**

Unidad de Tratamiento del Dolor

## 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** representa uno de los principales desafíos en materia de salud pública en España, ejerciendo un considerable efecto en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, y afectando a los ámbitos laboral, social, familiar y personal.

En los últimos años, se han llevado a cabo diversas iniciativas destinadas a abordar y mejorar el conocimiento del dolor crónico en nuestro país, 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 enfermedad prioritaria y han promovido la adopción de buenas prácticas en su tratamiento. A pesar de ello, la **limitación de la información disponible** ha dificultado la visibilidad de esta enfermedad y la respuesta a las necesidades de los pacientes.

Por esta razón, con el propósito de **actualizar el conocimiento** sobre el dolor crónico y su impacto en España, se elaboró el informe “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en España**”, publicado en abril de 2023. Este estudio proporcionó una visión actualizada de la situación del dolor crónico a nivel nacional y sus repercusiones en los pacientes y la sociedad, ampliando así el conocimiento disponible en este campo hasta esa fecha.

Este nuevo proyecto tiene como objetivo continuar las líneas de trabajo iniciadas en el documento

previo, mediante un análisis detallado de la situación del dolor crónico en la **Comunidad Autónoma de Canarias**, con el propósito de cuantificar el impacto de la enfermedad en la sociedad y en los sistemas de salud, así como promover iniciativas que mejoren su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial y fomenten la concienciación en todos los niveles.

*El documento pretende potenciar el impulso de iniciativas que optimicen el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial y la concienciación a todos los niveles*

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 colaborado en el desarrollo del presente documento: “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en Canarias**”. Este trabajo, guiado por un firme 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 Canarias



Mostrar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa el dolor crónico** en la sociedad de Canarias.



Analizar los principales **indicadores** que permitan comparar el impacto del dolor crónico en Canarias con el impacto a nivel nacional.

A continuación, se resumen las principales contribuciones de este estudio, dividido en dos partes: **antecedentes de la enfermedad de dolor crónico** y **Barómetro del dolor crónico en Canarias**.

En la primera sección, se ofrece una **visión general de la información disponible** sobre el dolor crónico en Canarias, resaltando la importancia de contar con datos actualizados y las perspectivas futuras sobre esta problemática en la región.

Este apartado inicial parte de los datos obtenidos a nivel nacional, enfocándose en las cifras clave que revelan el **impacto sociosanitario y económico** del dolor en España y contextualiza esta información para su posterior análisis a nivel regional, que permitirá esbozar una imagen de situación a lo largo del documento.

A continuación, se destacan las principales **iniciativas en el ámbito del dolor crónico** impulsadas en la Comunidad Autónoma, describiendo los diferentes niveles de intervención y subrayando los avances logrados en la comprensión y tratamiento de la enfermedad y haciendo hincapié en los actores principales y las estrategias que han contribuido a alcanzar **hitos significativos**.

La primera parte del trabajo concluye con una **revisión de los recursos disponibles** para el tra-

tamiento del dolor en Canarias, poniendo el foco en las **Unidades de Dolor** y en su distribución geográfica en las diferentes islas de la región.

En la segunda parte, eje central del documento, se presenta un **estudio sobre el dolor crónico en Canarias**, realizado a partir de encuestas a residentes en la región, con el objetivo de obtener datos actualizados sobre la enfermedad. Este estudio aporta una visión detallada de la situación actual del dolor crónico a nivel regional, incluyendo su impacto en los pacientes, la sociedad y el sistema sanitario.

En este apartado se detallan los **objetivos** del estudio y la **metodología** utilizada, y se presentan los principales **resultados**, entre los que destacan la **prevalencia del dolor crónico** en la población canaria (atendiendo a las particularidades de los diferentes grupos sociodemográficos) y las principales **características asociadas a la enfermedad**, que afectan la vida de los pacientes en términos laborales, familiares y personales.

Como conclusión del Barómetro se ofrece un resumen del análisis de situación desarrollado y se plantea una **reflexión final**, que pretende abordar las limitaciones y necesidades identificadas y posicionar al dolor crónico como una **prioridad sanitaria** en Canarias.

# Introducción

Para dar seguimiento al trabajo iniciado con la creación del 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 iniciado una nueva fase centrada en estudiar la situación del dolor crónico en las distintas Comunidades Autónomas y su impacto en el ámbito sociosanitario.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro establecida en el año 2000, cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren dolor mediante un enfoque biopsicosocial. Su principal área de acción es el dolor y su labor se enfoca en aumentar la conciencia y el conocimiento sobre esta problemática, así como en formar a profesionales, pacientes y cuidadores, con el objetivo de promover el desarrollo de iniciativas sanitarias significativas.<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 se

encarga de analizar datos a través de estudios, con el fin de dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**.<sup>3,4,5</sup>

Desde su creación, el Observatorio ha llevado a cabo varias iniciativas en colaboración con la Fundación Grünenthal, incluyendo proyectos de investigación, actividades formativas para profesionales de la salud y pacientes, publicaciones relevantes y participación en congresos y eventos relacionados con el dolor.

Este proyecto también ha contado con la participación de **More than Research**<sup>6</sup> y **BioInnova Consulting**<sup>7</sup>, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro, así como en la elaboración de este documento.

Este trabajo se basa en la información recopilada en el Barómetro del Dolor a nivel nacional, con el objetivo de presentar la **situación de los pacientes adultos con dolor crónico en Canarias** y compararla con la situación a nivel nacional, con el objetivo de mejorar el conocimiento y la visibilidad de esta enfermedad e impulsar iniciativas sanitarias en la región que favorezcan su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

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

La enfermedad de dolor crónico representa uno de los **problemas de salud más significativos** a nivel global, teniendo un impacto notable en la calidad de vida de quienes lo experimentan y generando costos elevados para los sistemas de salud.

En el año 2014 se estimó una prevalencia del dolor crónico del 20% a nivel mundial<sup>8</sup>, aunque el impacto de esta enfermedad continúa aumentando debido al **envejecimiento de la población**, resultado del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

Esta tendencia al envejecimiento es particularmente evidente en los países desarrollados y representa un **desafío demográfico** importante en España. Las proyecciones más recientes estiman que, en el año 2050, España será el país más envejecido del mundo, con un 31,4% de la población mayor de 65 años (en comparación con el 19,6% actual) y un 11,6% mayor de 80 años (casi duplicando el 6% actual)<sup>9</sup>.

Si bien Canarias presenta un índice de envejecimiento muy cercano a la media española (136% frente a 137,3% a nivel nacional), siendo la novena Comunidad Autónoma más envejecida, la **tasa de envejecimiento en la región ha aumentado de forma significativa en la última década**<sup>10</sup>, lo que subraya la importancia de alcanzar un conocimiento y abordaje adecuados del dolor crónico para hacer frente a los desafíos futuros que plantea esta enfermedad.

Adicionalmente, el Servicio Canario de la Salud estimó que el número de **ciudadanos afectados** por el dolor crónico en la región superaría los **360.000 a fecha de 2018**<sup>11</sup>. A pesar del notable impacto de la enfermedad que arrojan estos datos, en la actualidad

no se han desarrollado nuevos estudios que cuantifiquen el alcance del dolor crónico sobre los pacientes y sistemas sanitarios en Canarias.

Por tanto, con la intención de ofrecer una visión actualizada de la situación del dolor crónico en Canarias, se elaboró este documento para analizar los principales indicadores relacionados con el impacto de esta enfermedad, siguiendo el modelo iniciado por el Barómetro a nivel nacional, cuyos datos más relevantes se presentan a continuación.

De acuerdo con los resultados del Barómetro nacional, el dolor crónico afecta al **25,9% de la población adulta** residente en España, lo que equivale a más de 9 millones de personas afectadas en nuestro país.

Se ha observado una mayor prevalencia de la enfermedad en **mujeres** (30,5% de afectadas) e **individuos de entre 55 y 75 años** (30,6% de afectados), que constituyen los colectivos de riesgo cuya protección se antoja crucial en la lucha contra la enfermedad.

El dolor crónico causa un gran impacto e incapacidad en los pacientes, dificultando sus **actividades diarias**, afectando negativamente su **desempeño laboral** y disminuyendo su **salud física y mental**. Un claro ejemplo es que el 42,1% de los pacientes en España ha hecho uso de los servicios sanitarios en el último mes y el 28,6% ha necesitado baja laboral en el último año debido al dolor (esta cifra aumenta al 46,5% entre los trabajadores remunerados).

Además del impacto en los individuos, la enfermedad tiene un alto impacto económico en los sistemas sanitarios en nuestro país. Se estima que, en el año 2014, los gastos sanitarios derivados de la patolo-

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, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*.

10. Instituto Nacional de Estadística, 2023. *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*.

11. Servicio Canario de la Salud, 2022. *Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026*.

gía representaban el **2,5% del Producto Interior Bruto**, lo que equivaldría a más de 33.600 millones de euros en 2022<sup>12,13</sup>.

Los costes directos, que constituyen aproximadamente el 85% del gasto total, provienen de consultas médicas y el uso de recursos sanitarios por parte de los pacientes. De forma adicional, los costes indirectos, que representan cerca del 15% de los gastos calculados, son resultado del impacto de la enfermedad en el mercado laboral.

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

### *Estrategias sanitarias a nivel institucional*

La **Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias** y el **Servicio Canario de la Salud** han desempeñado el papel de principales impulsores de planes estratégicos relacionados con el dolor crónico en la región. Su contribución al conocimiento de la enfermedad y a la mejora en su abordaje se ha manifestado en múltiples niveles.

La **“Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026”**, publicada a finales de octubre de 2022, constituye la iniciativa de mayor impacto en dolor crónico en la región. Este plan pretende mejorar el abordaje del dolor de forma efectiva, por medio de modelos asistenciales con una perspectiva integral y multidisciplinar que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociales del paciente y de su entorno.

La estrategia, que representa una de las iniciativas más recientes relacionadas con el abordaje del dolor en España, plantea líneas estratégicas enfocadas en modernizar los modelos de atención y potenciar el papel de la Atención Primaria como

Este documento tiene como objetivo analizar la situación del dolor crónico en Canarias, presentando los principales datos y cifras sobre el impacto de la enfermedad en la región y comparándolos con los datos nacionales mencionados, con el propósito de **mejorar el conocimiento sobre el dolor crónico** y fomentar el desarrollo de iniciativas que mejoren su abordaje en la Comunidad Autónoma de Canarias.

estamento coordinador del proceso asistencial del paciente con dolor<sup>11,14</sup>.

De forma complementaria, la **“Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias”**, publicada en el año 2015, ha permitido optimizar el cuidado a pacientes crónicos con enfermedades de impacto, implementando nuevos modelos de atención integral a la cronicidad.

El posicionamiento del paciente como centro de la asistencia y la priorización de la prevención y el diagnóstico precoz, impulsados en este plan, fueron clave para definir la perspectiva integral que incorpora la estrategia de dolor<sup>15</sup>.

La **“Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias (Estrategia +AP)”**, publicada en 2019 y actualizada en 2023, pone el foco en la mejora de la Atención Primaria, para posicionarla como líder en la provisión sanitaria en la región.

El planteado impulso a la Atención Primaria resulta relevante para el abordaje del dolor crónico, ya este nivel asistencial es la puerta de entrada más

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

13. Expansión, 2023. *Evolución: PIB anual España*.

14. Gobierno de Canarias, 2022. *Sanidad pone en marcha una estrategia para abordar el dolor crónico no oncológico en Canarias*.

15. Servicio Canario de la Salud, 2015. *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias*.

habitual de los pacientes en el sistema sanitario y es responsable de su seguimiento cotidiano<sup>16</sup>.

Para avanzar en el trabajo realizado en el ámbito del dolor crónico, sería positivo impulsar una evaluación de los logros alcanzados por las estrategias publicadas hasta la fecha, con el fin de establecer líneas de acción que conduzcan a la creación de nuevos planes de interés en el abordaje del dolor en Canarias.

Además de las estrategias e iniciativas de trabajo anteriormente mencionadas, promovidas por las instituciones sanitarias de la región, es importante resaltar acciones de impacto en el ámbito de la investigación.

### *Iniciativas de investigación*

La **investigación sanitaria y biomédica** ha sido una de las principales líneas de trabajo en los centros de la región. Los principales agentes públicos en este ámbito en los últimos años han sido los centros adscritos a las universidades de la región, destacando los siguientes<sup>17</sup>:

- Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias (ITB).
- Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias (IUNE).
- Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias (IUIBS).

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

### **El Instituto de Tecnologías Biomédicas de Cana-**

**rias (ITB)**, nacido en el año 2006, es un centro de investigación adscrito a la Universidad de La Laguna (ULL) que tiene por objetivo la investigación biomédica traslacional de excelencia, por medio de un enfoque interdisciplinar que dé respuesta a las necesidades biosanitarias de la sociedad<sup>18</sup>.

El centro, que reúne a 27 grupos de investigación, se organiza en cuatro programas, destacando en el ámbito del dolor crónico el de **“Enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento”**, que ha permitido conocer las bases biológicas de las principales patologías asociadas a la edad y profundizar en el conocimiento de la relación cronicidad-dolor<sup>19</sup>.

El **Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias (IUNE)** fue fundado en el año 2010 a través de la cooperación entre la Universidad de La Laguna y la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información (ACIISI). El instituto tiene la meta de fomentar una investigación traslacional de excelencia en el campo de las neurociencias, posicionándose como un centro con potencial de vanguardia a nivel internacional<sup>20</sup>.

Los 18 grupos de investigación se aglutinan en cuatro áreas, siendo el área de **“Neuroanatomía funcional, neurofisiología y neuroquímica”** la que presenta una mayor relación con el dolor crónico, al desarrollar proyectos enfocados en el envejecimiento, el daño cerebral y la neurodegeneración, campos de interés para el entendimiento del dolor crónico neuropático y su manejo<sup>21</sup>.

El **Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias (IUIBS)**, fundado en el año 2014, es el centro de investigación de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), desarrollando trabajo de I+D+i en las áreas biomédica, biotecnológica, hospitalaria y sociosanitaria, situando al paciente y la sociedad en el foco

16. Servicio Canario de la Salud, 2023. *Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias (actualización 2023)*.

17. Gobierno de Canarias. *Centros de investigación en Canarias*.

18. Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias. *Visión y misión*.

19. Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias. *Programas, grupos y líneas de investigación*.

20. Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias. *¿Quiénes somos?*

21. Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias. *Áreas de investigación*.

sus actuaciones. El centro presenta 14 grupos de investigación, que han desarrollado iniciativas que, si bien no son específicas de dolor crónico, han favorecido avances en esta materia<sup>22</sup>.

Uno de los temas de interés han sido las “**Estrategias eficientes en la búsqueda de nuevos fármacos**”, tratado en simposios con expertos<sup>23</sup> y que se ha concretado en la incorporación del **Laboratorio de Cribado Farmacológico** del instituto en la red europea EU-OPENSREEN<sup>24</sup>.

Esta red engloba a centros de referencia en ocho países europeos (Alemania, Dinamarca, Noruega, Finlandia, Letonia, Polonia, República Checa y España) y está orientada a la búsqueda de nuevos compuestos farmacológicos que puedan contribuir al manejo terapéutico de enfermedades de

impacto<sup>25</sup>.

Dado el creciente alcance del dolor crónico en la sociedad española y canaria, el trabajo impulsado en investigación de nuevas moléculas impulsado desde el instituto resulta de gran interés para el abordaje futuro de la enfermedad.

Todas estas iniciativas mencionadas han contribuido a la visibilidad de la enfermedad de dolor crónico en Canarias, favoreciendo un mejor conocimiento de la patología y la creación de un ecosistema de investigación e innovación en dolor, que será positivo para impulsar el abordaje de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### III. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CANARIAS

Desde la publicación, en el año 2011, del documento “**Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad**”<sup>26</sup>, que estableció los recursos y requisitos para estas unidades especializadas en España, la inauguración y acreditación de Unidades de Dolor ha sido una práctica permanente a nivel nacional. Estas unidades se han extendido por toda la geografía española, lo que ha permitido maximizar las herramientas disponibles para el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico.

Hoy en día, hay **425 hospitales en España que cuentan con Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD)**, ocho centros más que en abril de 2023, fecha en que se presentó el Barómetro del Dolor nacional. Esta red de hospitales está presente en **48 provincias** y las dos Ciudades Autónomas, abarcando 202 centros de carácter público (47% del total), pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, y 223 centros de carácter privado (53% del total) (Figura 1).

22. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. *¿Qué es el IUIBS?*

23. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. *Seminario “Estrategias Eficientes en La Búsqueda de Nuevos Fármacos”.*

24. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias.

*Incorporación del Laboratorio de Cribado Farmacológico del IUIBS en el nodo ES-OPENSREEN.*

25. ES-OPENSREEN. *¿En qué consiste ES-OPENSREEN?*

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

- HOSPITALES PRIVADOS
- HOSPITALES PÚBLICOS

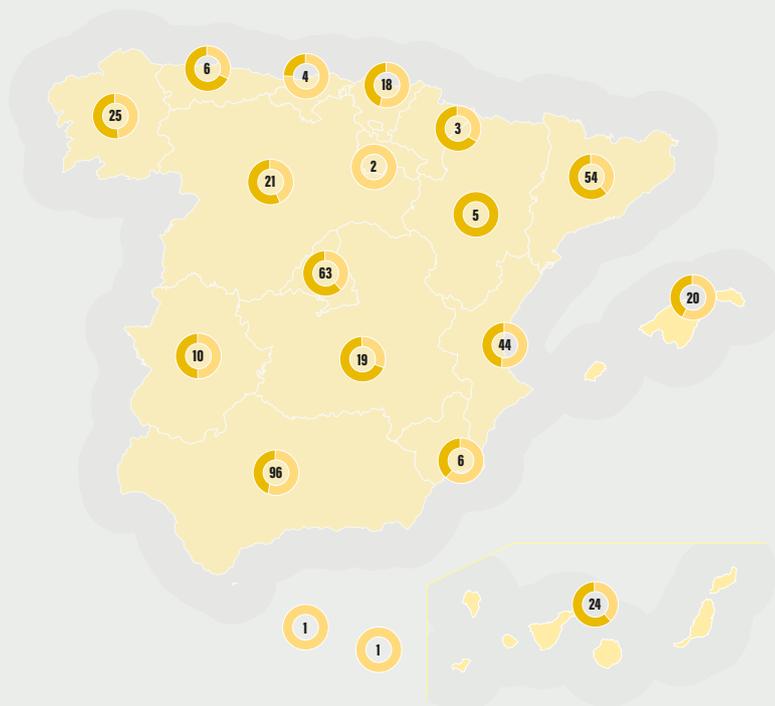


Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>27</sup>.

En la Comunidad Autónoma de Canarias se ubican **24 hospitales con Unidades de Dolor**, 9 públicos (37,5%) y 15 privados (62,5%). Ambas provincias de la región presentan 12 Unidades de Dolor, si bien la tipología de estas varía ligeramente.

En la provincia de **Las Palmas** se concentran 5 hospitales públicos y 7 privados con unidades, mientras que en la provincia de **Santa Cruz de Tenerife** hay 4 hospitales públicos y 8 privados con dotación de UTD (Figura 2).

- HOSPITALES PRIVADOS
- HOSPITALES PÚBLICOS



Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Canarias.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>27</sup>.

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

A continuación, se listan los hospitales de Canarias con Unidades de Dolor (Tabla 1).

*Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades del Dolor en Canarias.*

*Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>27</sup>.*

<i>Municipio</i>	<i>Centro</i>	<i>Tipología</i>	<i>Carácter</i>
<b>LAS PALMAS</b>			
Las Palmas de Gran Canaria	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Hospital General	Público
Las Palmas de Gran Canaria	Hospital Universitario De Gran Canaria Dr. Negrín	Hospital General	Público
Arrecife	Hospital Insular de Lanzarote	Hospital de media y larga estancia	Público
Arrecife	Hospital Universitario Dr. Jose Molina Orosa	Hospital General	Público
San Bartolomé de Tirajana	Hospital Universitario San Roque Maspalomas	Hospital General	Público
Las Palmas de Gran Canaria	Hospital La Paloma	Hospital General	Privado
Las Palmas de Gran Canaria	Hospital Perpetuo Socorro	Hospital General	Privado
Las Palmas de Gran Canaria	Hospital San José	Hospital General	Privado
Las Palmas de Gran Canaria	Hospital Universitario San Roque Las Palmas	Hospital General	Privado
Las Palmas de Gran Canaria	Vithas Hospital Santa Catalina	Hospital General	Privado
San Bartolomé de Tirajana	Hospiten Clínica Roca San Agustín	Hospital General	Privado
Tías	Hospiten Lanzarote	Hospital General	Privado

<b>SANTA CRUZ DE TENERIFE</b>			
Santa Cruz de Tenerife	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	Hospital General	Público
San Cristóbal de La Laguna	Hospital Universitario de Canarias	Hospital General	Público
San Sebastián de la Gomera	Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Hospital General	Público
Valverde	Hospital Insular Nuestra Señora de Los Reyes	Hospital General	Público
Santa Cruz de Tenerife	Hospital Parque	Hospital General	Privado
Santa Cruz de Tenerife	Hospital QuirónSalud Tenerife	Hospital General	Privado
Santa Cruz de Tenerife	Hospital San Juan De Dios Tenerife	Hospital General	Privado
Santa Cruz de Tenerife	Hospital Universitario Hospiten Rambla	Hospital General	Privado
Santa Cruz de Tenerife	Vithas Hospital Santa Cruz	Hospital General	Privado
Adeje	Hospital QuirónSalud Costa Adeje	Hospital General	Privado
Arona	Hospital Universitario Hospiten Sur	Hospital General	Privado
La Orotava	Hospital QuirónSalud Vida	Hospital General	Privado

A nivel nacional, los 425 hospitales con UTD suponen una oferta asistencial de 0,9 Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en la actualidad.

La situación en Canarias se encuentra por encima de la media española, existiendo en la región una

disponibilidad de **1,1 UTD por cada 100.000 habitantes**, lo que sitúa a la región como la tercera con mayor disponibilidad en la clasificación nacional (Figura 3).

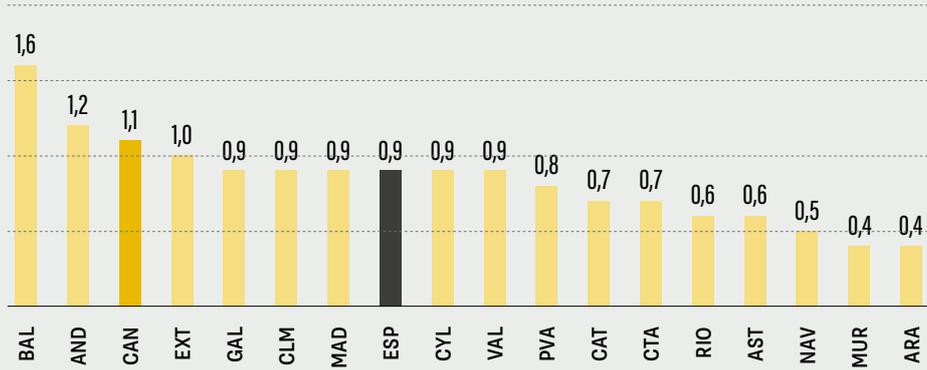


Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>27</sup>.

Los ciudadanos de edad avanzada constituyen uno de los grupos más vulnerables al dolor crónico, por lo que cobra especial importancia el adecuado acceso a recursos asistenciales para el tratamiento del dolor en la población mayor.

Canarias es, nuevamente, una de las regiones mejor posicionadas, ocupando el tercer puesto en la clasificación con una disponibilidad de **0,6 UTD por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años** (Figura 4).

En España, la disponibilidad de UTD para personas mayores de 65 años se sitúa en 0,4 unidades por cada 10.000 ciudadanos de esta edad.

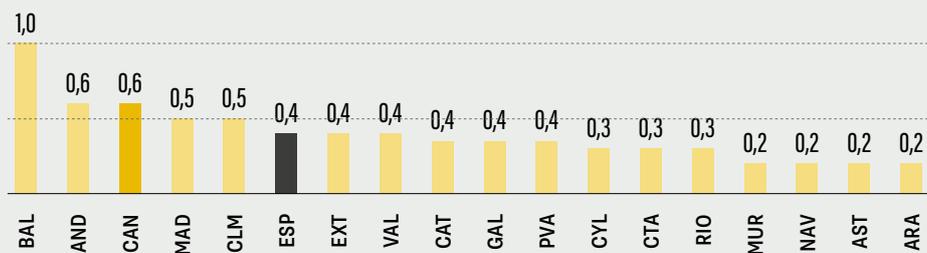


Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)<sup>27</sup>.

Las cifras mencionadas subrayan la importancia de las Unidades de Dolor en el proceso asistencial y ponen en valor el trabajo desarrollado por Canarias en los tiempos recientes, que ha situado a la red regional de UTD como una de las punteras a nivel nacional.

Teniendo en cuenta la tendencia creciente al envejecimiento poblacional en la región, que puede derivar en un aumento del impacto futuro del dolor crónico, es importante optimizar el acceso de los pacientes a las UTD existentes para un adecuado tratamiento.

# Barómetro

DEL DOLOR CRÓNICO EN CANARIAS

## 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 la Comunidad Autónoma de Canarias**, 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 Canarias.



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

Nacional (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>28</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, ESOMAR*) y la Organización Internacional de Normalización (*International Organization for Standardization, ISO*).

28. 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  $\pm 1,2\%$ , 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  $\pm 1,2\%$ , y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de  $\pm 3,9\%$ .

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 a la Comunidad Autónoma de **Canarias**, se llevaron a cabo **310 entrevistas** a residentes en la región: 278 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 32 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 Salud.**

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>29,30</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>31,32,33</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>34</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.

Para conocer las diferencias de las características de las personas sin dolor, con dolor continuo no crónico y con dolor crónico, se llevaron a cabo **análisis bivariantes**. En el caso de variables cualitativas, se utilizó la prueba **Chi-cuadrado**. Para las cuantitativas, se usó la prueba no paramétrica de **Kruskal-Wallis**. Se estableció un nivel de significación  **$\alpha=0,05$** .

29. 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.

30. 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.

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

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

33. 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.

34. 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

Los resultados principales de las **310 encuestas** realizadas en este proyecto en la Comunidad Autónoma de Canarias se presentan en este apartado.

Se llevaron a cabo 278 encuestas online CAWI a ciudadanos entre 18 y 75 años, y 32 encuestas telefónicas CATI a ciudadanos entre 76 y 85 años.

La información completa acerca de los resultados obtenidos puede consultarse en el Anexo 2.

#### Resultados.

#### 3.1. Características de la muestra

En esta sección se presenta un análisis actual del **perfil de los ciudadanos residentes en Canarias** que participaron en la encuesta, abordando los aspectos sociodemográficos principales de los encuestados, como su edad, sexo, nivel educativo y situación laboral. Además, se analiza el uso que hacen del sistema sanitario y su estado de salud.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El porcentaje de la población residente en Canarias dentro de la muestra nacional encuestada fue del 4,4% (310 de los 7.058 encuestados totales), cifra que se asemeja a la proporción de la población española que reside en esta región, 4,9% (1,9 millones de los 37,8 millones de habitantes mayores de edad totales).

#### Edad

Los encuestados de Canarias presentaron una **edad media de 52,5 años** (desviación típica, DT=17,6) y una **edad mediana de 54,5 años** (rango intercuartílico, RI=31), siendo el grupo de edad más representado el de 55 a 75 años, que constituyó el 39,7% del total (Figura 5).

La población encuestada en Canarias presenta una edad media algo superior al promedio

de encuestados a nivel nacional (49,5 años; DT=16,5).

Cabe destacar que, a diferencia de lo observado a nivel regional, el grupo de edad entre 35 y 54 años es el más numeroso en la población española encuestada, alcanzando una frecuencia del 38,4%.

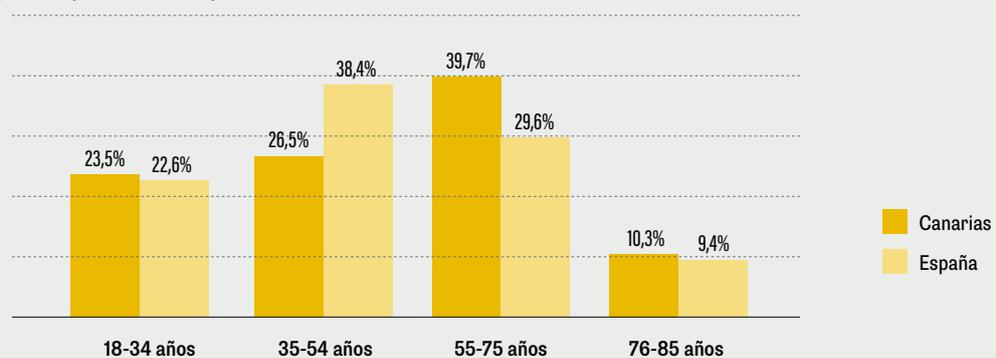
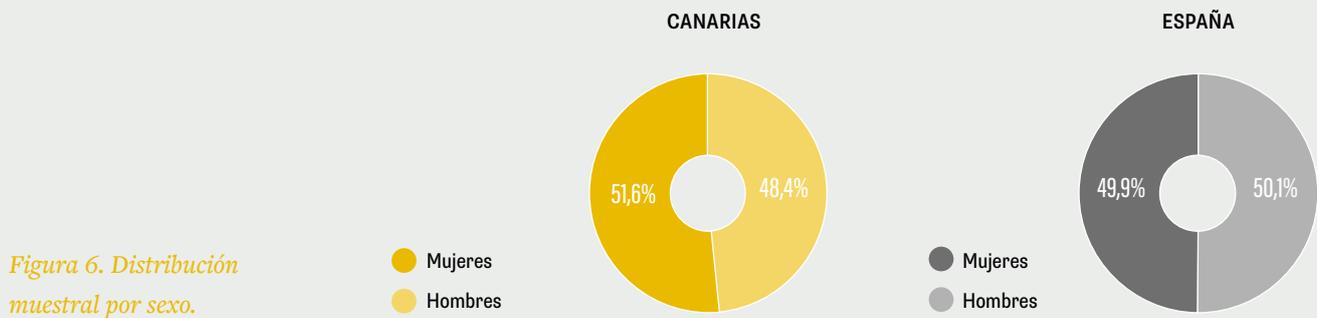


Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

## Sexo

La muestra de ciudadanos encuestados en Canarias presenta una **proporción de mujeres** (51,6%) **ligeramente superior a la de hombres** (48,4%) (Figura 6).

En el cómputo de España, el número de encuestados fue prácticamente igual para ambos sexos (50,1% de hombres y 49,9% de mujeres).

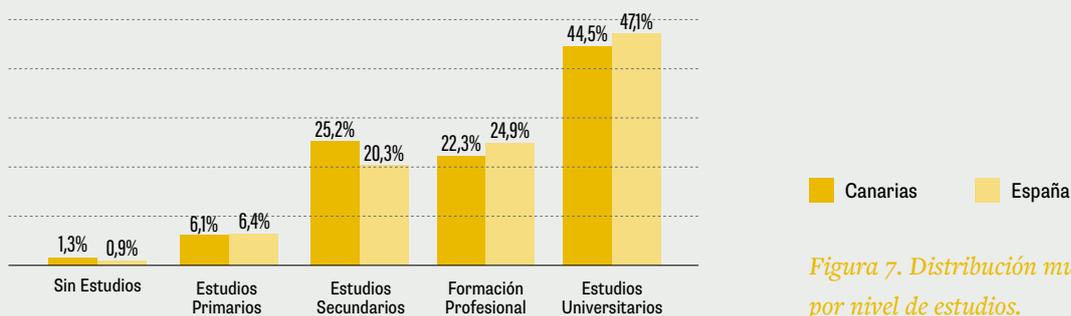


## Nivel de estudios

El 99,4% de los residentes en Canarias que fueron encuestados manifestaron tener estudios, destacando el **nivel de estudios universitarios como el más frecuente**, con un 44,5% de los participantes.

La distribución a nivel regional es parecida a la de la población encuestada de toda España, si bien a nivel nacional formación profesional constituye el segundo nivel formativo (24,9% de los encuestados) y estudios secundarios el tercero (20,3%).

Estudios secundarios (25,2%) y formación profesional (22,3%) son los siguientes niveles educativos más habituales en los encuestados de la región (Figura 7).



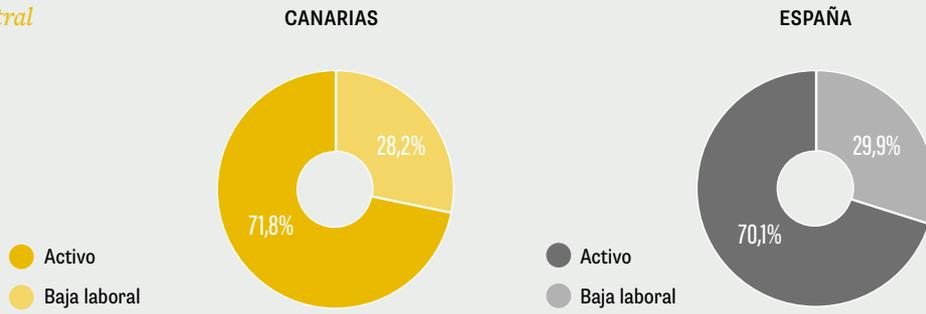
## Situación laboral

El 42,3% de los encuestados en Canarias tienen en la actualidad una ocupación remunerada, si bien el 28,2% de estos se encuentran en situación de baja laboral.

estando en situación de baja laboral el 29,9% de los mismos. Es interesante observar esta diferencia existente entre la proporción de población activa en Canarias y España (Figura 8).

En el cómputo nacional, el 57,1% de los encuestados desempeñan una ocupación remunerada,

Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.



De los encuestados que no desempeñan un trabajo remunerado en Canarias (57,7% del total), el grupo de **jubilados/retirados** es el más numeroso, con un 31,3%.

Este mismo grupo presenta también la mayor frecuencia entre los españoles que no desarrollan un trabajo remunerado, si bien la proporción se reduce al 21,8% (Figura 9).

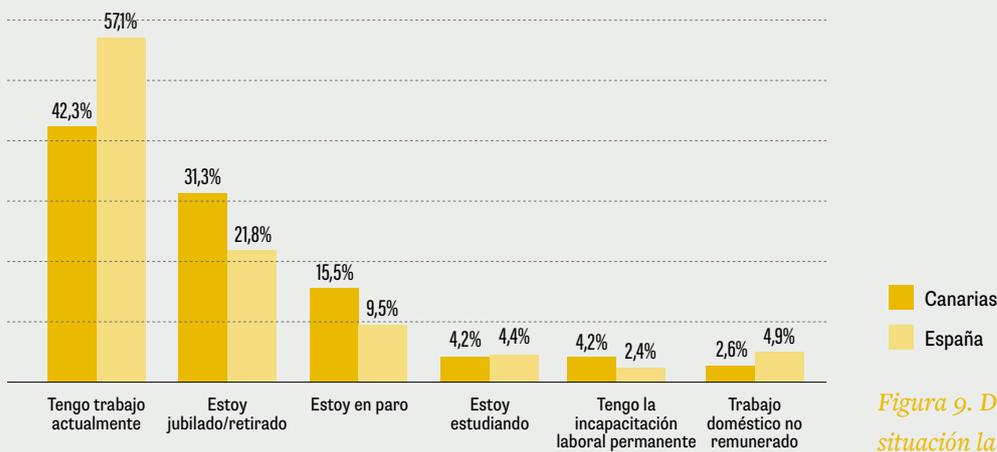


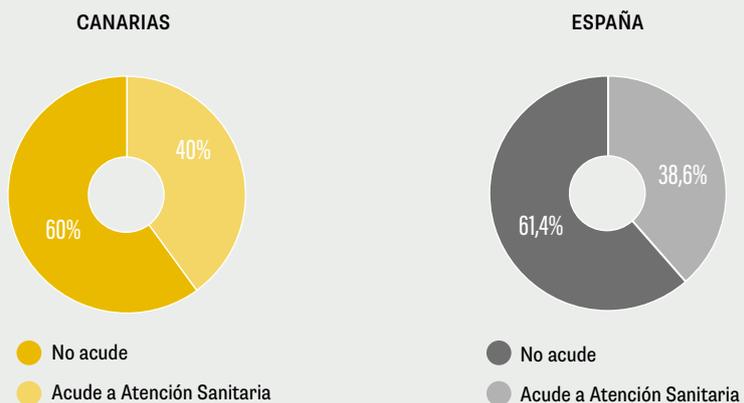
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

### Uso del sistema sanitario

El 40% de la población encuestada en Canarias ha acudido al **sistema sanitario** en las últimas cuatro semanas.

A nivel nacional la cifra es muy similar, ya que un 38,6% de los ciudadanos han acudido a los servicios sanitarios en este mismo periodo (Figura 10).

Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.



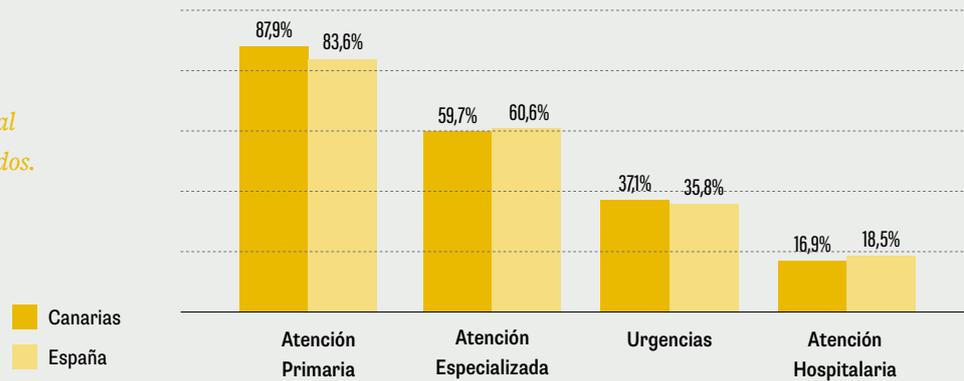
**Atención Primaria** constituye el nivel asistencial más utilizado por la población a nivel regional. El 87,9% de los encuestados que han acudido al sistema sanitario han visitado Atención Primaria en el último mes.

A nivel nacional, Atención Primaria es también el

nivel de uso más frecuente, si bien su demanda menor que en la región, con un 83,6% de pacientes que lo han visitado en el mencionado periodo.

Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria tienen un uso similar en Canarias y España (Figura 11).

Figura 11. Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.



## ESTADO DE SALUD

### Escalas

Con el fin de determinar la calidad de vida física y mental, la presencia de indicios de depresión y ansiedad y el apoyo social percibido, se utilizaron,

respectivamente, los cuestionario SF-12v2, HADS y Duke. (Figura 12).

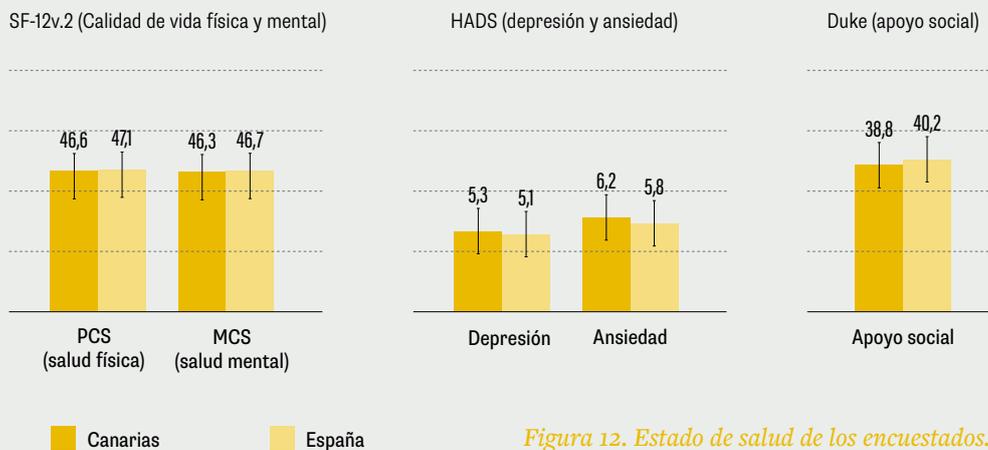


Figura 12. Estado de salud de los encuestados.

## Salud física y mental

Los encuestados en Canarias presentaron una **calidad de vida a nivel físico** media de 46,6 puntos (DT=9,8), cuantificada con la escala PCS (Physical Component Score), y una calidad de vida a nivel físico mediana de 49 puntos (RI=13,3).

La **calidad de vida a nivel mental** media de los encuestados en la región fue de 46,3 puntos (DT=11,4), analizada por medio de la escala MCS (Mental Component Score), y el valor mediano se situó en 47,6 puntos (RI=16,7).

## Depresión y ansiedad

Los participantes canarios presentaron una puntuación media de 5,3 puntos (DT=4,4) de nivel de depresión y un nivel mediano de 4 puntos (RI=6). De forma similar, se observó una puntuación media de 6,2 puntos (DT=4,5) de **nivel de ansiedad**, con un nivel mediano de 5,5 puntos (RI=7).

Ambos valores se sitúan por debajo de la barrera de 8 puntos, que marca la existencia de indicios de estas enfermedades, si bien una **proporción significativa de la población encuestada de Canarias presenta depresión o ansiedad**.

Un 15,2% de los encuestados en la región mostraron una puntuación superior a los 10 puntos en la escala de **depresión**, valores indicativos de la

## Apoyo social

Finalmente, la puntuación media de **apoyo social percibido** en los pacientes de Canarias se sitúa en los 38,8 puntos (DT=11,6) y la puntuación mediana es de 39 puntos (RI=17), valores indicativos de un **adecuado apoyo percibido**. El 75,2% de los encuestados manifiestan un apoyo “normal”, mientras que 24,8% restante perciben un apoyo “bajo”.

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

A nivel nacional los valores observados son muy próximos, si bien se encuentran ligeramente por encima, 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).

enfermedad. A su vez, el 13,9% de los encuestados constituyen casos dudosos de depresión.

De forma paralela, el 15,8% de los participantes presentaron casos de **ansiedad** y un 22,3% de la población canaria encuestada presentó casos dudosos de la enfermedad.

A nivel nacional los datos esbozan 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 que padecen, respectivamente, de depresión y ansiedad.

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

## Limitaciones en la vida diaria

Los individuos encuestados residentes en Canarias presentan un **adecuado estado de salud general**, tal y como se observa en los resultados de las escalas anteriormente presentadas. No obstante,

es interesante conocer las limitaciones que presentan estos ciudadanos en el desarrollo de sus **actividades diarias** (Figura 13).

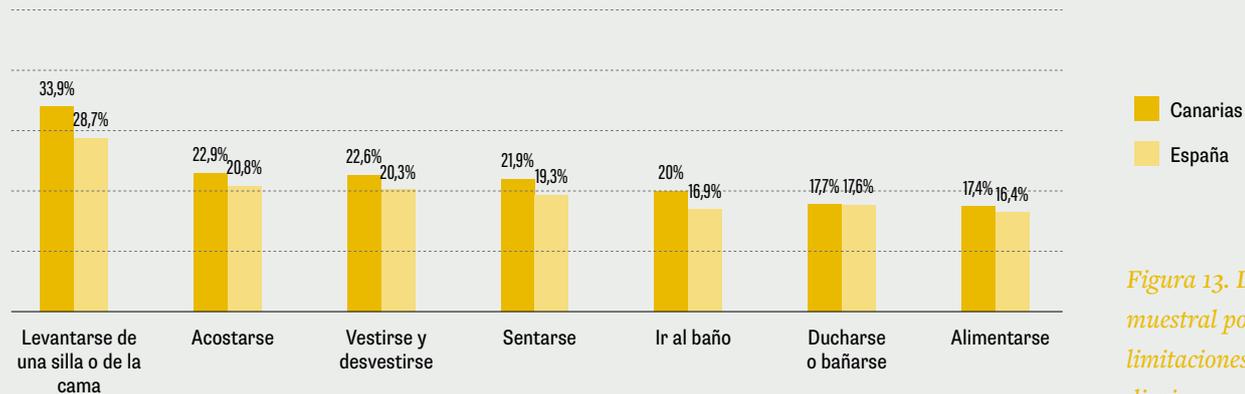


Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.

La actividad para la que la población encuestada de Canarias presenta más dificultades es **levantarse de una silla o de la cama**, que se ve dificultada (alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos) en el 33,9% de los casos.

Por el contrario, la actividad en la que los encuestados canarios presentan una mayor autonomía es alimentarse, dificultada únicamente un 17,4% de los encuestados.

Las actividades limitadas para la población encuestada en España presentan una gran coincidencia, siendo también levantarse de una silla o de la cama la actividad asociada a mayores limitaciones (28,7%) y alimentarse la que genera menor dificultad (16,4%).

Estas limitaciones que algunos de los encuestados experimentan en su vida diaria derivan en la **necesidad de apoyo familiar o social** para el adecuado desarrollo de sus actividades cotidianas (Figura 14).

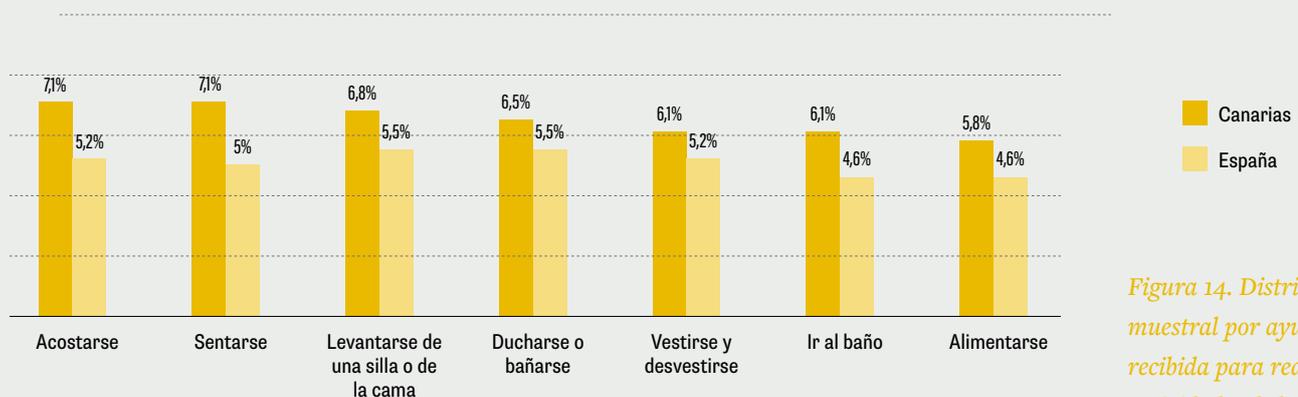


Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

En este sentido, **acostarse** ocupa el primer lugar entre las actividades que cuentan con un mayor apoyo en la población canaria encuestada, reci-

biendo ayuda un 7,1%. Alimentarse, la actividad que menores limitaciones causa, es aquella para la que los pacientes reciben un apoyo menor, 5,8%.

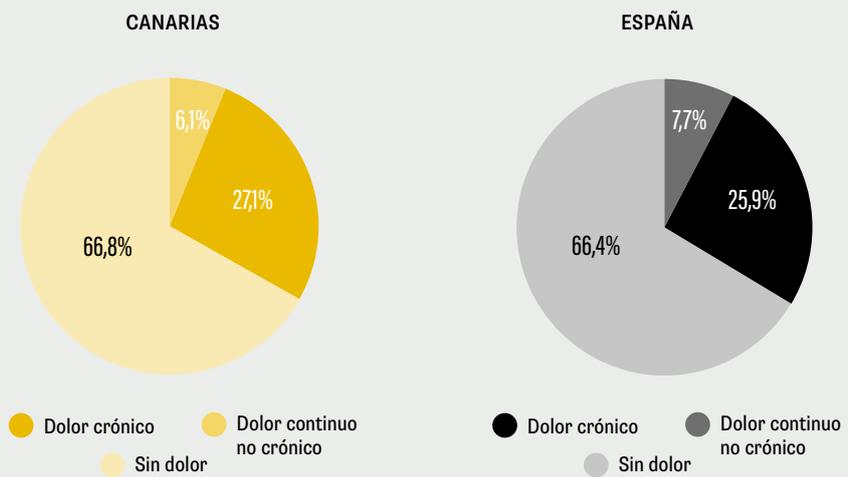
### 3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

En esta sección se aborda la **prevalencia de dolor crónico y dolor continuo** en la población de Canarias, cuantificadas por medio de las encuestas, poniendo especial atención en el impacto de estas dolencias en la sociedad.

### PREVALENCIA GENERAL

Un **27,1%** de la población encuestada de Canarias padece **dolor crónico** (IC95%: 21,9-32,2%) y un **6,1%** de los encuestados manifiestan **dolor continuo** no crónico (IC95%: 3,3-8,9%) (Figura 15).

Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.



Estos datos posicionan a la Comunidad Autónoma de Canarias como la **cuarta región con mayor prevalencia de dolor crónico**, superando a la

prevalencia a nivel nacional, situada en el 25,9% (IC95%: 24,8-26,9%) (Figura 16).

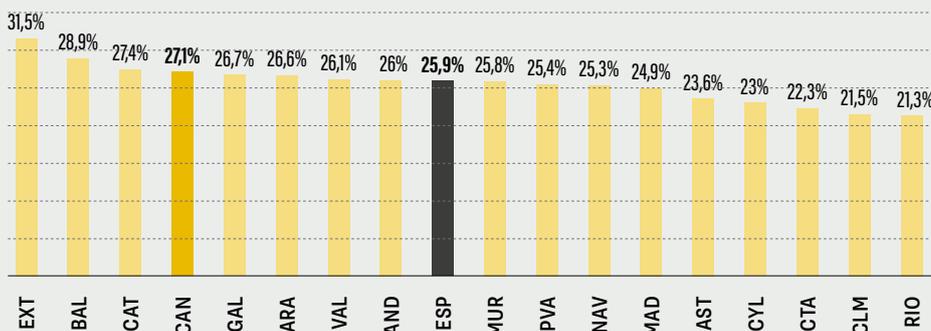
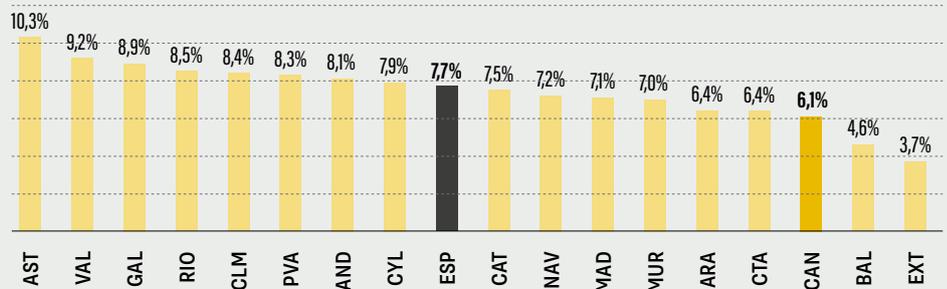


Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

La prevalencia de dolor continuo en Canarias, sin embargo, se encuentra por debajo de la media nacional, que se sitúa en el 7,7% (IC95%: 7,1-8,3%),

siendo la Comunidad Autónoma la tercera menos afectada por esta dolencia (Figura 17).

Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.



Si bien la prevalencia global de dolor crónico y continuo en Canarias se han cuantificado en el 27,1% y el 6,1%, respectivamente, el alcance del dolor varía en los diferentes grupos poblacionales, observándose **diferencias en función de la edad y el sexo.**

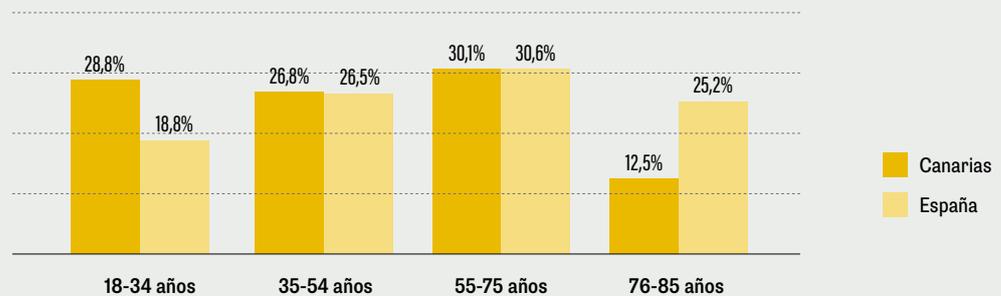
La prevalencia de dolor crónico en Canarias es máxima en los **individuos entre 55 y 75 años (30,1%; IC95%: 21,6-38,6%)**, grupo que también resulta el más afectado a nivel nacional (30,6%; IC95%: 28,6-32,6%).

valor mínimo en la población entre 76 y 85 años (12,5%; IC95%: 3,5-28,9%), mientras que este mismo grupo presenta una prevalencia del 25,2% (IC95%: 21,8-28,5%) en el total nacional.

De manera similar, también existen diferencias destacadas en las prevalencias en el grupo entre 18 y 34 años, siendo en este caso la prevalencia regional (28,8%; IC95%: 17,7-39,8%) superior a la prevalencia en España (18,8%; IC95%: 16,8-20,7%) (Figura 18).

Resulta llamativo observar que la prevalencia del dolor crónico en la ciudadanía canaria alcanza su

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

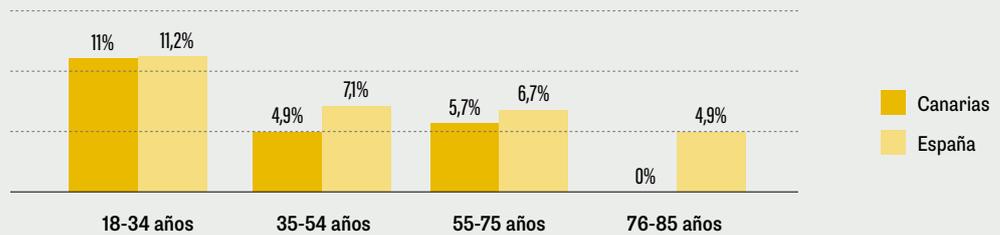


En lo que respecta al dolor continuo, la prevalencia máxima a nivel regional se cuantifica en el grupo de ciudadanos entre 18 y 34 años (11%; IC95%: 3,1-18,8%), grupo que también es el más afectado en el cómputo nacional (11,2%; IC95%: 9,6-12,7%).

casos de dolor crónico, lo que resulta indicativo de la baja prevalencia de la enfermedad en este grupo de edad. En España, la prevalencia en este grupo alcanza su valor mínimo, con un 4,9% (IC95%: 3,2-6,7%) (Figura 19).

Entre los 32 ciudadanos canarios entre 76 y 85 años que fueron encuestados no se identificaron

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



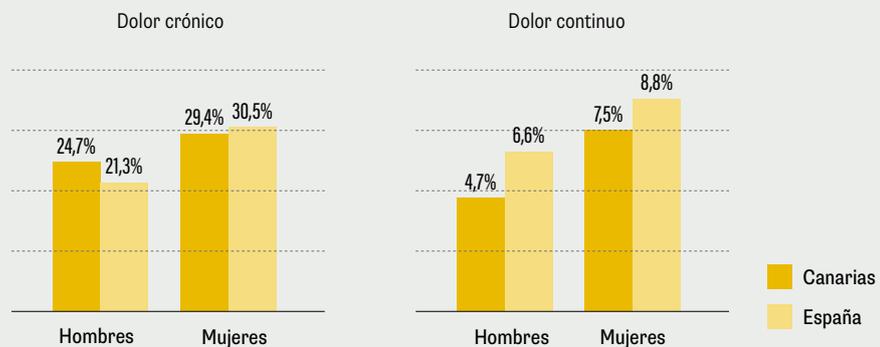
En el análisis de prevalencia en función del sexo, se observa una prevalencia similar de dolor crónico en Canarias y en el total de España, tanto en hombres como en mujeres.

19,9-22,6%) en hombres y del 30,5% (IC95%: 28,9-32%) en mujeres.

A nivel regional, **las mujeres son más afectadas** por la enfermedad que los hombres, siendo la prevalencia del 24,7% (IC95%: 17,4-31,9%) en el sexo masculino y del **29,4%** (IC95%: 22-36,7%) en el sexo femenino. Esta tendencia se mantiene a nivel nacional, con una prevalencia del 21,3% (IC95%:

En lo que respecta al dolor continuo, la prevalencia a nivel regional es de nuevo mayor en la población femenina: 4,7% (IC95%: 0,9-8,4%) en hombres y 7,5% (IC95%: 3,1-11,9%) en mujeres. A nivel nacional las prevalencias son algo mayores: 6,6% (IC95%: 5,8-7,4%) en la población masculina y 8,8% de mujeres (IC95%: 7,8-9,7%) la población femenina (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 su **utilización de los servicios sanitarios**. El objetivo es comprender de manera detallada las implicaciones de la enfermedad y su impacto en la vida de cada paciente individual.

#### 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 de Canarias, cuarta región más afectada en España con una prevalencia del 27,1%.

De forma adicional a esta prevalencia, superior a la observada a nivel nacional (25,9%), los pacientes afectados por el dolor crónico en Canarias conviven con este un **tiempo medio de 8,3 años** (DT=9,8), periodo que excede la duración media de la enfermedad en los pacientes españoles, 6,8 años (DT=8,4). La duración mediana de la enfermedad en la región alcanza los 4 años (RI=10).

En el último mes, la **intensidad media** del dolor crónico padecido por los pacientes canarios se sitúa en **7,1 puntos** (DT=1,7) y la intensidad mediana asciende a los 7 puntos (RI=2). Estos valores se cuantifican en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable). A nivel nacional, la intensidad media del dolor crónico alcanza un valor ligeramente inferior, 6,7 puntos (DT=1,8).

Estos datos se sitúan en 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 de Canarias y del conjunto de España.

Hasta un **65,5%** de los pacientes de la región manifiesta “**mucho**” dolor (puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad) y un 21,4% dolor “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6). Los datos a nivel nacional ofrecen una imagen similar, siendo de nuevo “mucho” dolor la clasificación más habitual (57,6%).

Cabe destacar que el **7,1%** de los pacientes con dolor crónico de la región sufren de un **dolor “insoportable”**, calificación máxima de la escala, proporción que supera al 4,4% en los pacientes españoles (Figura 21).

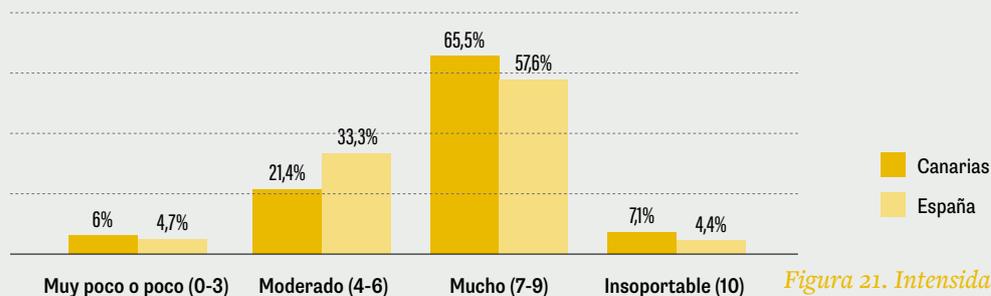


Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

## 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 causas** conocidas. A pesar de ello, un **31%** de los pacientes en Canarias desconocen la causa de su enfermedad, lo que dificulta su tratamiento terapéutico (Figura 22).

El **dolor lumbar**, que alcanza al **63,1%** de pacientes en Canarias, constituye la causa diagnóstica más frecuente de dolor crónico. El dolor cervical (52,4%) y las contracturas musculares (50%) son también causas habituales de la enfermedad.

Estas mismas causas suponen también los orígenes más frecuentes de dolor crónico en los pacientes españoles, siendo de nuevo el dolor lumbar (58,1% de pacientes afectados) el más frecuente.

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

## LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL DOLOR CRÓNICO

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

La **espalda** es la región corporal en la que mayoritariamente se encuentra el dolor crónico en los pacientes de Canarias, siendo la localización anatómica del dolor en el **29,8%** de los casos. Las extremidades y/o articulaciones (23,8%) y el cuello (17,9%) constituyen también localizaciones habituales.

Estas localizaciones frecuentes son comunes con los pacientes españoles de dolor crónico, si bien varía la proporción de pacientes afectados. A nivel nacional las extremidades y/o articulaciones conforman la localización más frecuente, con un 33,1% de pacientes afectados.

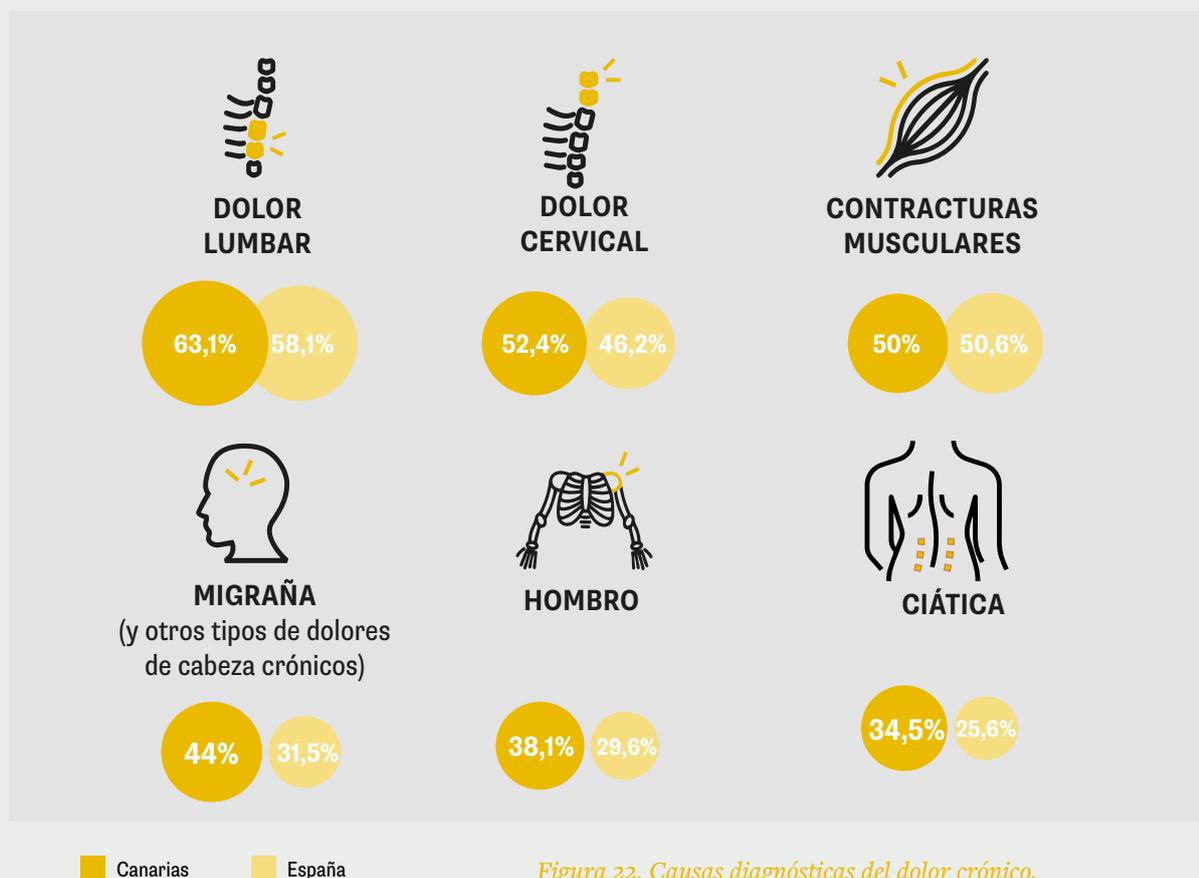
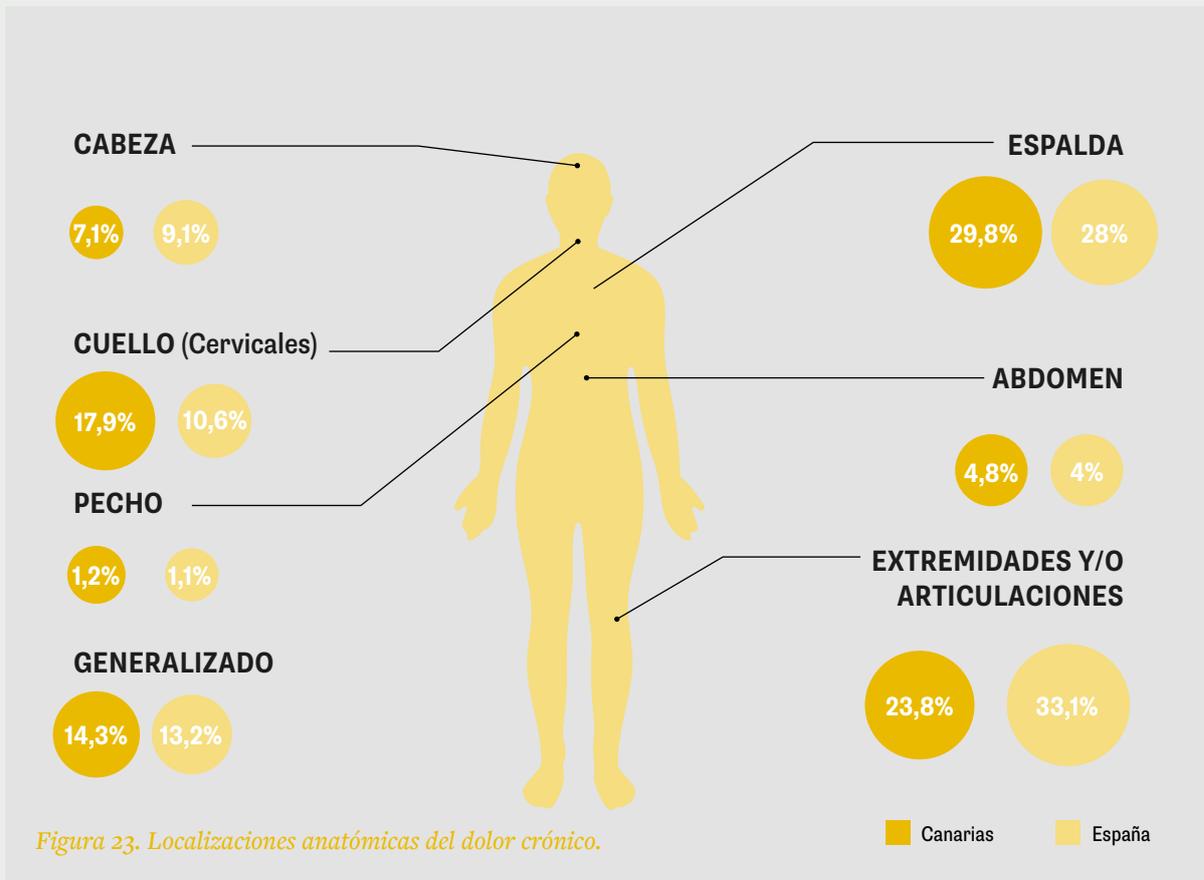


Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.



## 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 de Canarias es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades para el **69%** de los pacientes. Acostarse (65,5%) y vestirse y desvestirse (61,9%) se ven también frecuentemente limitadas.

Estas tres actividades se encuentran también entre las más limitadas a nivel nacional, siendo también levantarse de una silla o de la cama la actividad que genera más dificultad en los pacientes españoles (el 62% presentan limitaciones).

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

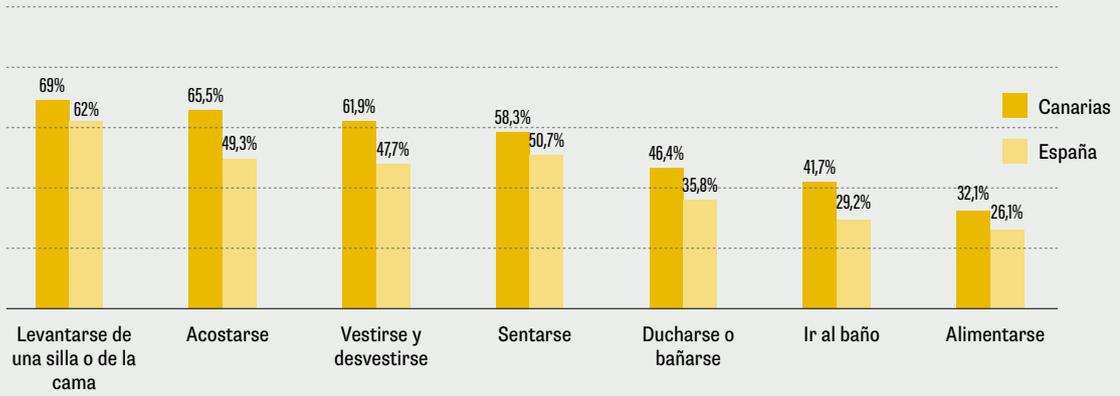


Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.

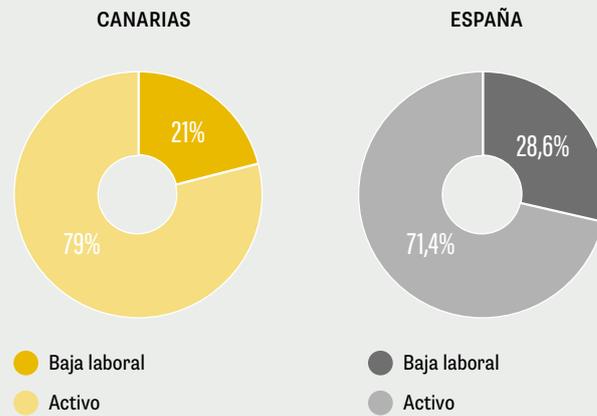


Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.

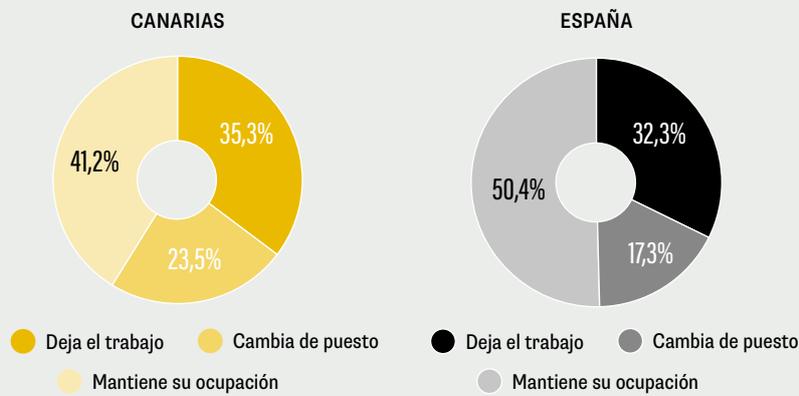


Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

En el último año un **21%** de los pacientes canarios con dolor crónico 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 de Canarias ha sido de **3,2 meses** en el último año (DT=3,6), con una duración mediana de 2 meses (RI=2,5), y ha supuesto que un 35,3% de los afectados hayan abandonado su ocupación y otro 23,5% se hayan visto forzados a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor crónico.

## USO DEL SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DOLOR CRÓNICO

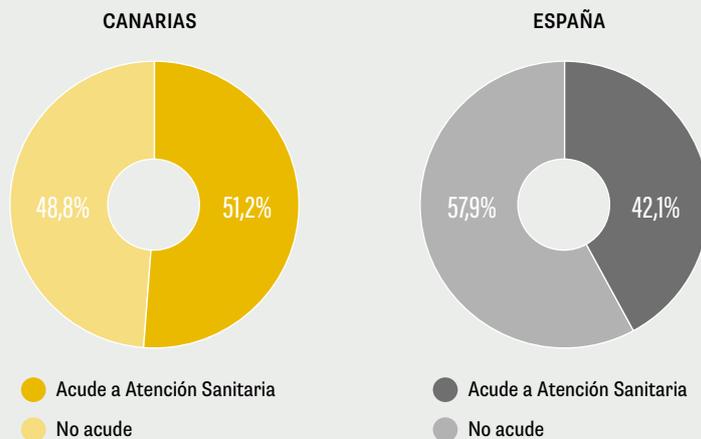
Como se ha evidenciado a lo largo de este análisis de resultados, el dolor crónico tiene un impacto significativo en los pacientes, condicionando su vida

A nivel nacional el impacto es similar, con 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). Además, el 32,3% de 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 **70,2%** de los pacientes con dolor crónico en Canarias presenten **trastornos del sueño**, cuantía superior al 64,8% a nivel nacional.

cotidiana y afectando negativamente su bienestar. Por esta razón, los pacientes con dolor crónico suelen hacer un uso frecuente de los **servicios sanitarios** (Figura 27).

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



Un **51,2%** de los pacientes con dolor crónico de Canarias han acudido a los **servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el nivel asistencial más habitual, visitado por el **93%** de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios.

En el cómputo nacional, 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).

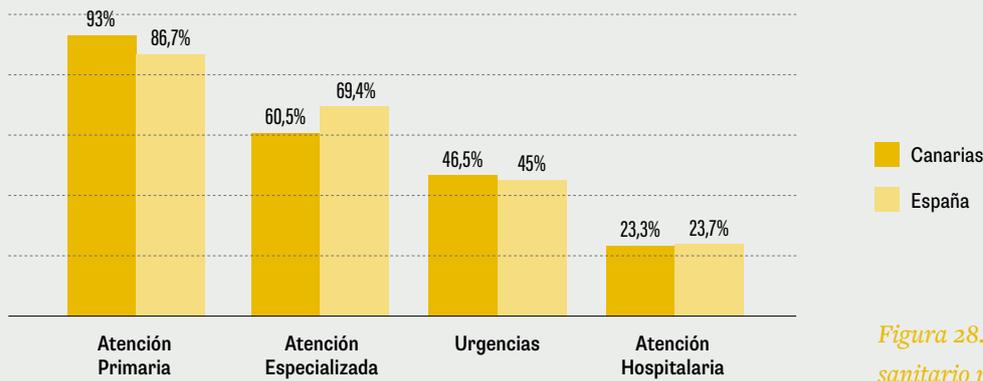


Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Cabe destacar que, si bien los pacientes con dolor crónico en Canarias acuden al sistema sanitario con una mayor frecuencia que los pacientes nacionales, la tendencia se invierte en la Atención Especializada, donde acude el 60,5% de los pacientes regionales y el 69,4% de los individuos con dolor crónico a nivel nacional.

Las visitas a **Atención Especializada** se distribuyen entre los diferentes servicios que forman parte de este nivel asistencial (Figura 29).

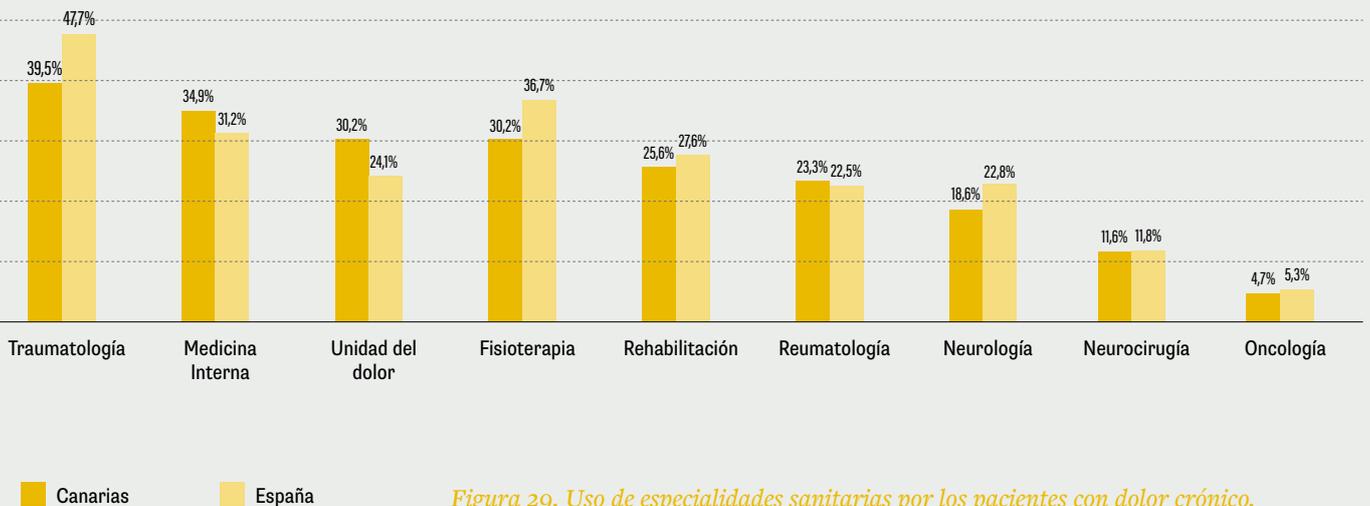


Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

**Traumatología** constituye la especialidad más visitada a nivel regional, con un 39,5% 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 nacional 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 crónico, siendo utilizada por un **30,2%** de los pacientes de Canarias y un 24,1% de los pacientes a nivel nacional.

Los pacientes que hacen uso de estas unidades en la región tienen un **tiempo medio de espera de 8,2 meses** (DT=5) y una espera mediana de 12 meses (DT=9,2). Si bien uno de los puntos de mejora en la asistencia a los pacientes es la reducción en los tiempos de espera para el acceso a Unidades del Dolor, la situación en Canarias es más favorable que la media nacional, donde los tiempos de espera promedio ascienden a los 10,5 meses (DT=9,7).

# Conclusiones

En los últimos años, Canarias ha dirigido sus esfuerzos hacia el abordaje del dolor crónico, desafío de salud pública con gran impacto en la región. Por ello la mejora en su conocimiento y abordaje ha sido reconocida como uno de los principales compromisos en materia sanitaria en la actualidad.

Este compromiso con el dolor crónico en Canarias se ha traducido en la publicación de planes sanitarios de impacto, como la “**Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias**”, la “**Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias**” y la “**Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias**”, planes que han facilitado la optimización de las prácticas y recursos sanitarios y el reconocimiento del paciente a todos los niveles.

De manera paralela, el dolor crónico ha sido uno de los principales focos de investigación en el ámbito de la salud, siendo los centros de investigación biomédica de la región los principales impulsores de iniciativas de impacto. Entidades como el **Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias (ITB)**, el **Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias (IUNE)** y el **Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias (IUIBS)** han favorecido el avance científico en dolor.

Si bien este mencionado trabajo ha sido positivo, la creciente tendencia al **envejecimiento poblacional** en la región pone de manifiesto la importancia de optimizar la respuesta ante el dolor crónico, siendo los ciudadanos de edad avanzada uno de los principales colectivos de riesgo.

Con este propósito, resulta clave fortalecer el papel de las **Unidades de Dolor** en el proceso asistencial, que dan servicio en la actualidad al **30,2%** de los pacientes canarios con dolor crónico que hacen uso de la Atención Especializada. Canarias cuenta con 24 UTD en su territorio (9 ubicadas en hospitales del SNS y 15 en centros privados) y el

**periodo medio de espera** de los pacientes para acceder a las mismas es de **8,2 meses**.

Esta disponibilidad de unidades, **próxima a 1,1 UTD por cada 100.000 habitantes**, supera la media española y sitúa a Canarias como la tercera Comunidad Autónoma con mejor dotación por habitante. No obstante, el destacado alcance de la enfermedad plantea la necesidad de reforzar estos centros y agilizar el acceso de los pacientes.

Para obtener una comprensión más profunda del impacto actual del dolor crónico y orientar las futuras acciones, es fundamental hacerse eco de los principales resultados de las encuestas que sustentan este trabajo.

La enfermedad de dolor crónico tiene una prevalencia del **27,1% en la población adulta** residente en Canarias, lo que significa que cerca de medio millón de personas se vean afectadas por esta enfermedad en la región.

El grupo de **edad entre 55 y 75 años** es el más afectado por la enfermedad, con una prevalencia del **30,1%**, siendo los individuos entre 76 y 85 años los que presentan una prevalencia más baja, 12,5%.

Adicionalmente, las **mujeres** se ven más afectadas que los hombres por el dolor crónico, con una prevalencia del **29,4%**, que se reduce al 24,7% en la población masculina.

Tal y como se ha justificado a lo largo de este análisis, el dolor crónico genera un gran impacto en los individuos que lo sufren, los cuales se ven afectados por la enfermedad durante un **periodo medio de 8,3 años**. En este tiempo experimentan una **intensidad de dolor media de 7,1 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable), presentando un **65,5%** de los pacientes “**mucho**” dolor (valores de 7 a 9).

La **causa diagnóstica** más frecuente de dolor crónico en la región es el **dolor lumbar**, manifestado

por un **63,1%** de los pacientes, si bien hasta un 31% no conocen el origen de su dolencia, lo que dificulta el abordaje asistencial. A su vez, la **localización anatómica** más frecuente se encuentra en la **espalda**, con un **29,8%** de pacientes afectados.

El mencionado alcance que presenta el dolor crónico en los pacientes se extiende a la vertiente laboral, familiar y personal, mermando su capacidad de desarrollar actividades cotidianas y profesionales y afectando al estado de salud a nivel físico, mental y social.

Los pacientes con dolor crónico tienen problemas de autonomía para llevar a cabo sus actividades rutinarias, siendo la actividad más limitada **levantarse de una silla o de la cama**, que genera dificultades a un **69%**.

Resulta interesante señalar también que un **70,2%** de los pacientes con dolor crónico en Canarias presentan **trastornos del sueño** consecuencia de la enfermedad, lo que resalta la importancia de la prevención y el cuidado en salud mental.

### *Reflexión final: retos futuros en el abordaje del dolor crónico en Canarias*

El alto impacto del dolor crónico en la Comunidad Autónoma de Canarias, cuarta región con mayor prevalencia a nivel nacional, destaca la necesidad de abordar la enfermedad como uno de los principales desafíos para los sistemas de atención médica, tratando de **optimizar los recursos** destinados al manejo y comprensión de esta enfermedad.

Además, las características demográficas de la región, marcadas por el proceso de **envejecimiento poblacional** continuado, resaltan la

En lo que respecta a las actividades profesionales, un **21%** del total de pacientes en la región ha tenido situaciones de **baja laboral** en el último año, prolongándose estas durante un tiempo promedio de **3,2 meses**. Esta necesidad de baja laboral ha forzado a un 35,3% de los pacientes a abandonar su ocupación previa y a un 23,5% adicional a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor.

Todos estos datos, que destacan el alcance de la enfermedad a todos los niveles, se resumen en el hecho de que hasta un **51,2%** de los pacientes con dolor crónico en la región han hecho **uso del sistema sanitario** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el nivel asistencial de referencia, visitado por el **93%** de los pacientes. Los servicios especializados, utilizados por un 60,5% de los pacientes, presentan también un gran peso en la asistencia, destacándose **Traumatología** como la especialidad más habitual, visitada por el **39,5%** de los pacientes de Atención Especializada.

importancia de actuar ante el alcance futuro del dolor crónico, enfermedad en la que la población de mayor edad representa uno de los principales grupos de riesgo.

Teniendo en cuenta estos aspectos clave, se plantean cinco retos futuros en el abordaje del dolor crónico en Canarias, con el objetivo de diseñar una respuesta efectiva a la enfermedad y promover **acciones con impacto** a largo plazo.

## RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

- 1. Fortalecer la red de Unidades de Tratamiento del Dolor**, garantizando el ágil acceso de los pacientes y la adecuada movilidad geográfica entre islas, reforzando la oferta asistencial y manteniendo la posición destacada a nivel nacional.
- 2. Implementar iniciativas de prevención y diagnóstico precoz** del dolor crónico, con el fin de controlar la intensidad y duración de la enfermedad sobre los pacientes por medio de una atención temprana, continuada y personalizada.
- 3. Actuar ante el alcance del dolor crónico sobre los adultos jóvenes**, colectivo con elevada prevalencia respecto al resto de España, y mitigar los efectos negativos de la enfermedad sobre sus actividades personales, familiares y profesionales.
- 4. Analizar la consecución de hitos de las estrategias sanitarias vigentes** con impacto en el dolor crónico, poniendo el foco en optimizar los recursos y las capacidades de la Atención Primaria, nivel asistencial más utilizado por los pacientes.
- 5. Impulsar la investigación en el ámbito del dolor crónico**, promoviendo la divulgación y transferencia de conocimientos y posicionando a las universidades canarias y sus centros adscritos como referentes en la formación de profesionales sanitarios.

# 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, 2020. Proyecciones de población 2020-2070. [Enlace](#).
10. Instituto Nacional de Estadística, 2023. Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma. [Enlace](#).
11. Servicio Canario de la Salud, 2022. Estrategia del dolor crónico no oncológico en Canarias 2022-2026. [Enlace](#).
12. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico. [Enlace](#).
13. Expansión, 2023. Evolución: PIB anual España. [Enlace](#).
14. Gobierno de Canarias, 2022. Sanidad pone en marcha una estrategia para abordar el dolor crónico no oncológico en Canarias. [Enlace](#).
15. Servicio Canario de la Salud, 2015. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. [Enlace](#).
16. Servicio Canario de la Salud, 2023. Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias (actualización 2023). [Enlace](#).
17. Gobierno de Canarias. Centros de investigación en Canarias. [Enlace](#).
18. Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias. Visión y misión. [Enlace](#).
19. Instituto de Tecnologías Biomédicas de Canarias. Programas, grupos y líneas de investigación. [Enlace](#).

20. Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias. ¿Quiénes somos? [Enlace](#).
21. Instituto Universitario de Neurociencia de Canarias. Áreas de investigación. [Enlace](#).
22. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias. ¿Qué es el iUIBS? [Enlace](#).
23. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias. Seminario “Estrategias Eficientes en La Búsqueda de Nuevos Fármacos”. [Enlace](#).
24. Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias de Canarias. Incorporación del Laboratorio de Cribado Farmacológico del UIBS en el nodo ES-OPENSREEN. [Enlace](#).
25. ES-OPENSREEN. ¿En qué consiste ES-OPENSREEN? [Enlace](#).
26. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. [Enlace](#).
27. Ministerio de Sanidad. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS). [Enlace](#).
28. Cint. Market Research and Insights. [Enlace](#).
29. 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](#).
30. 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](#).
31. Zigmond A. & Snaith R., 1983. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. [Enlace](#).
32. Selvarajah D. et al., 2014. The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. [Enlace](#).
33. 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](#).
34. 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](#).

# 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.

### Questionario 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 Canarias.

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
Edad	Media (DT)	52,49(17,6)	
	Mediana (RI)	54,5(31)	
	18-34	73	23,55%
	35-54	82	26,45%
	55-75	123	39,68%
Sexo	76-85	32	10,32%
	Hombre	150	48,39%
Nivel de estudios	Mujer	160	51,61%
	Sin Estudios	4	1,29%
	Estudios Primarios	19	6,13%
	Estudios Secundarios	78	25,16%
	Formación Profesional	69	22,26%
	Estudios universitarios	138	44,52%
Situación laboral	No contesta	2	0,65%
	Tengo trabajo actualmente	131	42,26%
	Estoy en paro	48	31,29%
	Estoy Jubilado/retirado	97	15,48%
	Tengo la incapacidad laboral permanente	13	2,58%
	Estoy estudiando	13	4,19%
Baja Laboral (N=131) (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Trabajo doméstico no remunerado	8	4,19%
	Sí	37	28,24%
	No	94	71,76%
<b>USO SISTEMA SANITARIO</b>			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	124	40,00%
	No	186	60,00%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=124)	Ninguna vez	15	12,10%
	1 vez	66	53,23%
	2 veces	25	20,16%
	3 veces o más	18	14,52%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	50	40,32%
	1 vez	49	39,52%
	2 veces	14	11,29%
	3 veces o más	11	8,87%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	103	83,06%
	1 vez	12	9,68%
	2 veces	2	1,61%
	3 veces o más	7	5,65%

Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	78	62,90%
	1 vez	33	26,61%
	2 veces	6	4,84%
	3 veces o más	7	5,65%
<b>CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud</b>			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	46,61(9,8)	
	Mediana (RI)	49(13,25)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	46,26(11,4)	
	Mediana (RI)	47,6(16,71)	
HADS- Depresión (N=1.153)	Media (DT)	5,34(4,4)	
	Mediana (RI)	4(6)	
	No Caso	220	70,97%
	Caso dudoso	43	13,87%
	Caso	47	15,16%
HADS- Ansiedad (N=1.153)	Media (DT)	6,16(4,5)	
	Mediana (RI)	5,5(7)	
	No Caso	192	61,94%
	Caso dudoso	69	22,26%
	Caso	49	15,81%
Limitaciones vida diaria: <b>Alimentarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,87%
	Sí, mucha dificultad	15	4,84%
	Sí alguna dificultad	27	8,71%
	No, ninguna dificultad	256	82,58%
Limitaciones vida diaria: <b>Sentarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	9	2,90%
	Sí, mucha dificultad	10	3,23%
	Sí alguna dificultad	49	15,81%
	No, ninguna dificultad	242	78,06%
Limitaciones vida diaria: <b>Levantarse de una silla o de la cama</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	15	4,84%
	Sí, mucha dificultad	13	4,19%
	Sí alguna dificultad	77	24,84%
	No, ninguna dificultad	205	66,13%
Limitaciones vida diaria: <b>Acostarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	9	2,90%
	Sí, mucha dificultad	12	3,87%
	Sí alguna dificultad	50	16,13%
	No, ninguna dificultad	239	77,10%
Limitaciones vida diaria: <b>Vestirse y desvestirse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,87%
	Sí, mucha dificultad	8	2,58%
	Sí alguna dificultad	50	16,13%
	No, ninguna dificultad	240	77,42%

Limitaciones vida diaria: <b>Ir al baño</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,87%
	Sí, mucha dificultad	11	3,55%
	Sí alguna dificultad	39	12,58%
	No, ninguna dificultad	248	80,00%
Limitaciones vida diaria: <b>Ducharse o bañarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	12	3,87%
	Sí, mucha dificultad	9	2,90%
	Sí alguna dificultad	34	10,97%
	No, ninguna dificultad	255	82,26%
Limitaciones vida diaria: <b>Otra</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	15	4,84%
	Sí, mucha dificultad	10	3,23%
	Sí alguna dificultad	35	11,29%
	No, ninguna dificultad	250	80,65%
Recibe ayuda familiar, social de entidades para: (puede haber más de una)	Alimentarse	18	5,81%
	Sentarse	22	7,10%
	Levantarse de una silla o de la cama	21	6,77%
	Acostarse	22	7,10%
	Vestirse y desvestirse	19	6,13%
	Ir al baño	19	6,13%
	Ducharse o bañarse	20	6,45%
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	38,75(11,6)	
	Mediana (RI)	39(17)	
	Apoyo social percibido bajo	77	24,84%
	Apoyo normal	233	75,16%
<b>DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.</b>			

## PREVALENCIA DE DOLOR

Tabla A2 - 2. Prevalencia de dolor continuo y crónico en Canarias.

Grupo	Dolor continuo			Dolor crónico		
	N	Prevalencia (%)	IC95%	N	Prevalencia (%)	IC95%
<b>GLOBAL</b>						
Global	19	6,1%	(3,3-8,9)	84	27,1%	(21,9-32,2)
<b>POR SEXO</b>						
Hombres	7	4,7%	(0,9-8,4)	37	24,7%	(17,4-31,9)
Mujeres	12	7,5%	(3,1-11,9)	47	29,4%	(22-36,7)
<b>POR GRUPOS DE EDAD</b>						
Entre 18 y 34	8	11%	(3,1-18,8)	21	28,8%	(17,7-39,8)
Entre 35 y 54	4	4,9%	(1,3-12)	22	26,8%	(16,6-37)
Entre 55 y 75	7	5,7%	(1,2-10,2)	37	30,1%	(21,6-38,6)
Entre 76 y 85	0	0%	(0-10,9)	4	12,5%	(3,5-28,9)

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 - 3. Características de las personas con dolor crónico en Canarias.

Variables	Categorías	N	%
<b>DOLOR</b>			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT)	8,31(9,84)	
	Mediana (RI)	4(10)	
Causa diagnóstica del DC (puede haber más de una)	Dolor lumbar	53	63,10%
	Dolor cervical	44	52,40%
	Contracturas musculares	42	50,00%
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	37	44,00%
	Hombro	32	38,10%
	Ciática	29	34,50%
	Artrosis	27	32,10%
	Osteoporosis	27	32,10%
	Desconoce la causa patológica	26	31,00%
	Síndrome del túnel carpiano	15	17,90%
	Fibromialgia	13	15,50%
	Traumatismo	11	13,10%
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	11	13,10%
	Artritis	11	13,10%
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	10	11,90%
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	6	7,10%
	Cáncer	4	4,80%
	Hernias discales	2	2,40%
Dismenorrea / Endometriosis	2	2,40%	
Donde se localiza el dolor que más afecta	Es un dolor generalizado	12	14,30%
	Cabeza	6	7,10%
	Cuello (cervicales)	15	17,90%
	Espalda	25	29,80%
	Extremidades y/o articulaciones	20	23,80%
	Pecho	1	1,20%
	Abdomen	4	4,80%
	Otro	1	1,20%
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	59	70,24%
	No	25	29,76%
Intensidad del Dolor	Media (DT)	7,13(1,7)	
	Mediana (RI)	7(2)	
	Muy poco o poco (0-3)	5	5,95%
	Moderado (4-6)	18	21,43%
	Mucho (7-9)	55	65,48%
Insuportable (10)	6	7,14%	

CONSECUENCIAS DC			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC:			
Alimentarse	Sí, mucho	5	5,95%
	Sí, algo	22	26,19%
	No, no las he limitado	57	67,86%
Sentarse	Sí, mucho	8	9,52%
	Sí, algo	41	48,81%
	No, no las he limitado	35	41,67%
Levantarse de una silla o de la cama	Sí, mucho	20	23,81%
	Sí, algo	38	45,24%
	No, no las he limitado	26	30,95%
Acostarse	Sí, mucho	15	17,86%
	Sí, algo	40	47,62%
	No, no las he limitado	29	34,52%
Vestirse y desvestirse	Sí, mucho	12	14,29%
	Sí, algo	40	47,62%
	No, no las he limitado	32	38,10%
Ir al baño	Sí, mucho	11	13,10%
	Sí, algo	24	28,57%
	No, no las he limitado	49	58,33%
Ducharse o bañarse	Sí, mucho	14	16,67%
	Sí, algo	25	29,76%
	No, no las he limitado	45	53,57%
Otras (N=57)	Sí, mucho	4	7,02%
	Sí, algo	6	10,53%
	No, no las he limitad	47	82,46%
Baja laboral a causa del dolor (N=296)	Sí	92	31,08%
	No	204	68,92%
Tiempo Baja laboral (Meses) (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Media (DT)	3,21(3,55)	
	Mediana (RI)	2(2,5)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Sí, lo tuve que dejar	6	35,29%
	Sí, cambié de puesto	4	23,53%
	No	7	41,18%

USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	43	51,19%
	No	41	48,81%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	3	6,98%
	1 vez	25	58,14%
	2 veces	10	23,26%
	3 veces o más	5	11,63%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	17	39,53%
	1 vez	17	39,53%
	2 veces	5	11,63%
	3 veces o más	4	9,30%
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior) (puede haber más de una)	Traumatología	17	39,53%
	Medicina Interna	15	34,88%
	Unidad del dolor	13	30,23%
	Fisioterapia	13	30,23%
	Rehabilitación	11	25,58%
	Reumatología	10	23,26%
	Neurología	8	18,60%
	Neurocirugía	5	11,63%
Oncología	2	4,65%	
<b>Tiempo</b> de espera primera consulta <b>Unidad de Dolor</b> (Meses) (N=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta Unidad. De dolor)	Media (DT)	8,22(4,97)	
	Mediana (RI)	12(9,17)	
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	33	76,74%
	1 vez	6	13,95%
	2 veces	2	4,65%
	3 veces o más	2	4,65%
Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	23	53,49%
	1 vez	15	34,88%
	2 veces	1	2,33%
	3 veces o más	4	9,30%
<b>DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.</b>			



