

Barómetro del dolor crónico en Cataluña

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO A NIVEL REGIONAL



Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	12
Introducción	15
Antecedentes de la enfermedad del dolor crónico	17
1. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO	18
2. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN CATALUÑA	19
3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CATALUÑA	23
Barómetro del dolor crónico en Cataluña	30
1. OBJETIVOS	31
2. METODOLOGÍA	31
3. RESULTADOS	33
4. CONCLUSIONES	60
Bibliografía	65
ANEXO 1 - <i>Metodología</i>	70
ANEXO 2 - <i>Resultados</i>	79

Índice

DE FIGURAS

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

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

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

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

Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

Figura 6. Distribución muestral por sexo.

Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

Figura 8. Distribución de la población con trabajo remunerado según baja laboral.

Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.

Figura 11. Distribución muestral por servicios sanitarios utilizados.

Figura 12. Estado de salud de los encuestados.

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

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

Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.

Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.

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

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

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

Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.

Figura 23. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.

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.

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

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

Figura 29. Uso de los niveles asistenciales por los pacientes con dolor crónico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Índice

DE TABLAS

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

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

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

Tabla A2 - 1. Características de la muestra encuestada en Cataluña.

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

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

Tabla A2 - 4. Características relacionadas con dolor continuo, dolor crónico o sin dolor.

Abreviaturas

CATI

Computer-Assisted Telephone Interviewing

CatSalut

Servicio Catalán de Salud

CAWI

Computer-Assisted Web Interviewing

DT

Desviación Típica

ESOMAR

*European Society for Opinion
and Marketing Research*

HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale

I3PT

Instituto de Investigación e
Innovación Parc Taulí

ICO

Instituto Catalán de Oncología

IDIBAPS

Instituto de Investigaciones Biomédicas
August Pi i Sunyer

IDIBELL

Instituto de Investigación Biomédica
de Bellvitge

IGTP

Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol

IIB Sant Pau

Instituto de Investigación Sant Pau

IMIM

Instituto Hospital del Mar de
Investigaciones Médicas

IRB Lleida

Instituto de Investigación Biomédica de Lleida

ISO

International Organization for Standardization

MCS

Mental Component Score

PCS

Physical Component Score

RI

Rango Intercuartílico

SISCAT

Sistema Sanitario Integral de Utilización
Pública de Cataluña

UAM

Universidad Autónoma de Barcelona

UB

Universidad de Barcelona

UdL

Universidad de Lleida

UPF

Universidad Pompeu Fabra

UTD

Unidad de Tratamiento del Dolor

VHIR

Instituto de Investigación Vall d'Hebron

ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

AND

Andalucía

ARA

Aragón

AST

Principado de Asturias

BAL

Islas Baleares

CAN

Canarias

CAT

Cataluña

CLM

Castilla-La Mancha

CTA

Cantabria

CYL

Castilla y León

EXT

Extremadura

GAL

Galicia

MAD

Comunidad de Madrid

MUR

Región de Murcia

NAV

Comunidad Foral de Navarra

PVA

País Vasco

RIO

La Rioja

VAL

Comunidad Valenciana

Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** constituye uno de los principales problemas de salud pública en España, presentando un destacado impacto en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes y repercutiendo en el ámbito laboral, social, familiar y personal.

En la última década, el desarrollo de iniciativas relacionadas con el abordaje y el conocimiento del dolor crónico, tales como la **“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”** (2012) o el **“Documento Marco para la mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud”** (2014), permitieron el reconocimiento del dolor crónico como una enfermedad prioritaria y el impulso de buenas prácticas en su abordaje. No obstante, la limitación de la información disponible ha dificultado la visibilidad de la enfermedad y la adecuada respuesta a las necesidades no cubiertas en los pacientes.

Es por ello que, con el objetivo de **actualizar el conocimiento** acerca de la enfermedad y de su impacto en España, se desarrolló el documento **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor**

crónico en España”, publicado en el mes de abril de 2023. Este trabajo permitió conocer la situación del dolor crónico a nivel estatal y sus consecuencias sobre los pacientes y la sociedad, ampliando la información disponible hasta esa fecha en este ámbito.

Este nuevo trabajo pretende dar continuidad al mencionado documento, por medio de un análisis de la situación del dolor crónico en la **Comunidad Autónoma de Cataluña**, que permita cuantificar el alcance de la enfermedad en la sociedad y los sistemas sanitarios e impulsar 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 apoyo de **More than Research** y **Biolnova Consulting**, en un marcado compromiso con las personas con dolor crónico, han desarrollado este documento, **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en Cataluña”**, que presenta los siguientes objetivos:

*Siguen existiendo **necesidades no cubiertas en el manejo y abordaje asistencial de la patología, así como limitaciones en la información y conocimientos disponibles sobre la enfermedad.***



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



Mostrar la información más relevante que permita conocer **qué es** y **qué representa** el dolor crónico a nivel social, económico y sanitario.



Actualizar los **indicadores** existentes y generar nuevos indicadores que permitan analizar el impacto del dolor crónico y favorecer una mejora en su abordaje.

A continuación, se sintetizan las principales aportaciones de este trabajo, estructurado en dos partes: **antecedentes de la enfermedad de dolor crónico y Barómetro del dolor crónico en Cataluña.**

En la primera parte se presenta una **visión general de la información disponible** en el ámbito del dolor crónico en Cataluña, destacando la importancia de disponer de datos actualizados y las perspectivas futuras del dolor en la Comunidad Autónoma.

Este análisis inicial se hace eco de los principales datos obtenidos en el análisis a nivel estatal, poniendo el foco en las principales cifras que permiten conocer el **alcance sociosanitario y económico** de la enfermedad en España y contextualizando la información que se pretende analizar a nivel regional, lo que permitirá detallar una imagen de situación a lo largo del documento.

A continuación, se destacan las principales iniciativas en **materia de dolor crónico** que se han impulsado en Cataluña, definiéndose los diferentes niveles de actuación y resaltando los avances logrados en la mejora del conocimiento y abordaje de la enfermedad, destacando los principales agentes y estrategias que han contribuido a la **consecución de hitos.**

Esta primera parte concluye con una **revisión de los recursos asistenciales** específicos para el tratamiento de pacientes con dolor en la Comuni-

dad Autónoma, poniendo en valor el papel de las **Unidades de Dolor** y analizando su distribución geográfica.

En la segunda parte, eje central del trabajo, se presenta un **estudio del dolor crónico en Cataluña**, desarrollado a partir de encuestas a población residente en la Comunidad, con la finalidad de obtener datos actualizados sobre la enfermedad. Este estudio permite conocer la situación actual del dolor crónico a nivel regional, presentando su impacto sobre los pacientes y la sociedad y sus repercusiones sobre el sistema sanitario.

En esta parte del trabajo se introducen los **objetivos** del estudio y la **metodología** empleada para su desarrollo y se presentan los principales **resultados** obtenidos, que cuantifican la **prevalencia del dolor crónico** en la población catalana (atendiendo a las particularidades de los diferentes grupos sociodemográficos) y reflejan las **características asociadas** a la **enfermedad** más relevantes, que afectan a la vida del paciente a nivel laboral, familiar y profesional.

Como conclusión del Barómetro se presenta un resumen del análisis de situación llevado a cabo y se plantea una **reflexión final**, encaminada a dar respuesta a las limitaciones y necesidades identificadas y situar a la enfermedad como una **prioridad sanitaria** en Cataluña.

Introducción

Para dar continuidad al trabajo iniciado con el desarrollo del documento “Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”, publicado en el mes de abril del año 2023, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** han puesto en marcha una nueva línea de trabajo, centrada en el estudio de la situación del dolor crónico en las diferentes Comunidades Autónomas y su impacto a nivel sociosanitario.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro creada en el año 2000, que tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con dolor a través de una perspectiva biopsicosocial. La Fundación tiene en el dolor su ámbito de actuación fundamental y está enfocada en mejorar la concienciación y conocimiento en este ámbito y la formación de los profesionales, pacientes y cuidadores, con la meta de potenciar el desarrollo de iniciativas sanitarias de impacto.^{1,2}

El **Observatorio del Dolor**, constituido en el año 2010 por la Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, está centrado en la investigación en dolor crónico y la divulgación científica. El Observatorio es un órgano

multidisciplinar de análisis de datos por medio de estudios, que tiene el objetivo de dar a conocer **la situación de los pacientes con dolor en España**^{3,4,5}.

Desde la creación del Observatorio, se han puesto en marcha diversas iniciativas en el ámbito del dolor en colaboración con la Fundación Grünenthal, a través del desarrollo de proyectos de investigación, actividades formativas y educativas a profesionales sanitarios y pacientes, publicaciones de impacto y participaciones en congresos y eventos en el campo del dolor.

Este proyecto ha contado, adicionalmente, con la participación de **More than Research**⁶ y **Biolnova Consulting**⁷, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro y en la elaboración de este documento.

Este trabajo se nutre de la información presentada en el Barómetro del Dolor a nivel estatal, a fin de presentar la **situación de los pacientes adultos con dolor crónico en Cataluña** y comparar la imagen obtenida con la analizada en España, con el objetivo de mejorar el conocimiento y visibilidad de la enfermedad e impulsar iniciativas sanitarias en la Comunidad Autónoma que favorezcan su adecuado 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. Biolnova Consulting. Inicio.

Antecedentes

DE LA ENFERMEDAD DE DOLOR CRÓNICO

I. IMPACTO SOCIO SANITARIO Y ECONÓMICO

La enfermedad de dolor crónico constituye uno de los **más destacados problemas de salud** a nivel mundial⁸, afectando notablemente a la calidad de vida de los individuos que la padecen y generando elevados costes para los sistemas sanitarios.

En el año 2014 se estimó una prevalencia de dolor crónico cercana al 20% a nivel mundial, si bien el impacto de la enfermedad se encuentra en continua progresión, lo que guarda una posible relación con el **envejecimiento poblacional**, derivado del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad.

Esta tendencia al envejecimiento resulta especialmente notoria en los países desarrollados y supone un importante **reto demográfico** en España, ya que se estima que nuestro país será el más envejecido del mundo en el año 2050, con un 31,4% de la población mayor de 65 años (frente al 19,6% en la actualidad) y un 11,6% mayor de 80 años (prácticamente duplicando el 6% actual)⁹.

A pesar de que Cataluña es la sexta Comunidad Autónoma menos envejecida de España en la actualidad, la **tasa de envejecimiento ha aumentado de forma sustancial en la última década**,¹⁰ lo que indica la necesidad de lograr un adecuado conocimiento y abordaje del dolor crónico para dar respuesta a los retos futuros de la enfermedad. Adicionalmente, no se han desarrollado en Cataluña estudios específicos que analicen el alcance de la enfermedad sobre los pacientes y los sistemas sanitarios, lo que supone una de las principales motivaciones para este trabajo, que pretende mostrar una imagen actualizada de la situación del dolor crónico en Cataluña.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Barómetro estatal, la enfermedad de dolor crónico afecta al **25,9% de la población adulta residente en España**, lo que supone que más de 9 millones de personas se ven afectadas por la enfermedad en nuestro país.

Los grupos más vulnerables, en los que la prevalencia de la enfermedad es mayor, se han identificado en **mujeres** (30,5% de afectadas) e **individuos entre 55 y 75 años** (30,6% de afectados), por lo que la protección de los colectivos de riesgo se antoja decisiva en la lucha contra la enfermedad.

El dolor crónico genera un gran impacto e incapacidad en los individuos que lo padecen, dificultando el desarrollo de sus **actividades cotidianas**, afectando negativamente a su desempeño y **ocupación profesional** y mermando su **estado de salud a nivel físico y mental**, como se manifiesta en el hecho de que un 42,1% de los pacientes en España han hecho uso de los servicios sanitarios en el último mes y un 28,6% han necesitado de baja laboral en el último año a causa de su dolor (cifra que aumenta hasta el 46,5% entre los trabajadores remunerados).

De forma adicional al mencionado impacto sobre los individuos que sufren de dolor crónico, la enfermedad presenta un elevado impacto económico sobre los sistemas sanitarios en nuestro país, estimándose en el año 2014 unos gastos sanitarios derivados de la patología del **2,5% del Producto Interior Bruto**, lo que supondría un gasto de más de 33.600 millones de euros en 2022^{11,12}.

Los costes directos, que rondan el 85% del gasto total, se originan en las consultas con profesionales sanitarios y la utilización de los recursos y

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

12. Expansión, 2023. Evolución: PIB anual España.

herramientas de los sistemas de salud por parte del paciente. Los costes indirectos, que suponen cerca de un 15% de los gastos calculados, son consecuencia del impacto de la patología en el mercado laboral.

Este documento pretende analizar la situación del dolor crónico en Cataluña, presentando los princi-

pales datos y cifras relativos al impacto de la enfermedad en la Comunidad Autónoma, trazando una comparativa con los datos estatales comentados, con el fin de **favorecer el conocimiento del dolor crónico** e impulsar el desarrollo de iniciativas que permitan mejorar su abordaje en Cataluña.

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

Estrategias sanitarias a nivel institucional

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y el Servicio Catalán de la Salud se han erigido en los principales impulsores de planes estratégicos relacionados con el dolor crónico en la región, contribuyendo al conocimiento de la enfermedad y a la mejora en su abordaje a diferentes niveles.

En el año 2010 la publicación del **“Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor”** estableció como meta del sistema sanitario optimizar la calidad de vida de las personas con dolor crónico, sentando las bases para la mejora en el conocimiento de la enfermedad y la capacitación del personal sanitario.¹³

A partir de este modelo se han desarrollado en los años posteriores iniciativas adicionales como el documento para el “Abordaje del dolor crónico no oncológico” (2016)¹⁴, el “Consenso catalán de dolor crónico no oncológico” (2018)¹⁵ o la “Guía

de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides” (2018)¹⁶, orientadas al manejo terapéutico del dolor crónico.

La publicación, en el año 2021, del documento **“Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña”** constituyó un evento decisivo, posicionando a la Comunidad Autónoma como puntera en España en el cuidado crónico de larga duración, línea de actuación en materia de salud considerada como prioridad estratégica en la Unión Europea^{17,18}.

Las medidas planteadas, centradas en dar respuesta a las necesidades físicas y mentales de la población con enfermedades crónicas y favorecer la autonomía y el empoderamiento de los pacientes, tienen un especial impacto en el ámbito del dolor crónico, ante la creciente prevalencia de la enfermedad en la sociedad española.

Como culminación del compromiso de Cataluña con el abordaje del dolor crónico, a comienzos de

13. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2010. Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor.

14. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2016. Abordaje del dolor crónico no oncológico.

15. Sociedad Catalana del Dolor & Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2017. Consenso catalán de dolor crónico no oncológico.

16. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Agencia de Calidad

y Evaluación Sanitaria de Cataluña, 2018. Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides.

17. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña, 2021. Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña.

18. Consejo Europeo, 2022. Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles. Diario Oficial de la Unión Europea.

2023 fue publicado el documento “**Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad**”. Este documento constituye una iniciativa pionera en España, siendo el primer documento oficial de un servicio autonómico de salud en el que se publica la cartera de servicios de las Unidades de Dolor y su clasificación por niveles. En este documento se establecen también los criterios de coordinación entre Atención Primaria y las Unidades de Dolor, servicios de referencia en la asistencia a pacientes con dolor crónico¹⁹.

Con el fin de continuar el trabajo positivo en el ámbito de la enfermedad, sería interesante desarrollar una evaluación de los hitos conseguidos por las estrategias publicadas hasta la fecha, lo que permitiría conocer la situación de la enfermedad desde la perspectiva del sistema sanitario y plantear líneas de trabajo que den lugar a una futura Estrategia de Atención al Dolor en Cataluña.

De forma complementaria a estas estrategias e iniciativas de trabajo impulsadas desde las instituciones sanitarias catalanas, caben destacar acciones de impacto en el marco de la investigación.

Iniciativas de investigación

Cataluña presenta ocho Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Ministerio de Ciencia e Innovación, que forman parte de la red de 35 centros a nivel estatal²⁰:

- Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM).
- Instituto de Investigación Sant Pau (IIB Sant Pau).
- Instituto de Investigación Vall d’Hebron (VHIR).

- Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP).
- Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS).
- Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL).
- Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRB Lleida).
- Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT).

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

El **Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM)** fue inaugurado en el año 1948, lo que lo posiciona como el centro de investigación sanitaria pionero en Cataluña, en el que se asocian el Hospital del Mar, la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y la Universidad Pompeu Fabra (UPF). El instituto desarrolla una investigación biomédica y sanitaria de excelencia con el reto de alargar la esperanza de vida humana saludable²¹. El centro presenta cinco grandes áreas de trabajo, que engloban a 68 grupos de investigación.

Una de las iniciativas con mayor impacto en el ámbito del dolor crónico puestas en marcha desde el instituto es la creación del **Laboratorio de Artrosis**, centrado la investigación de las bases celulares de la inflamación propia de esta patología crónica, que constituye una de las causas más frecuentes de dolor crónico en España.²²

19. Servicio Catalán de la Salud, 2023. Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad.

20. Instituto de Salud Carlos III. Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados.

21. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Hospital del Mar Re-

search Institute.

22. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. El Hospital del Mar pone en marcha un Laboratorio de la Artrosis, una experiencia única en nuestro país.

Adicionalmente, desde el instituto se ha impulsado la creación de un **“Master en Fisiopatología y tratamiento del dolor”** en la Universidad Autónoma de Barcelona, orientado a formar médicos expertos en el manejo del dolor y potenciar la investigación clínica y básica en este campo²³.

El **Instituto de Investigación Sant Pau (IIB Sant Pau)** fue constituido en el año 1992, adscrito al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y a la Universidad Autónoma de Barcelona. El centro desarrolla investigación básica, clínica, epidemiológica y de servicios sanitarios en el campo de las ciencias de la salud y la biomedicina, siendo una institución puntera en investigación traslacional e innovación sanitaria.²⁴ El instituto presenta cinco áreas de investigación, de las que forman parte un total de 48 grupos de trabajo, destacando como referentes en la investigación del dolor crónico el **“Grupo de Neurofarmacología Molecular”**²⁵ y el **“Grupo de Neurocirugía”**.²⁶

Estos grupos han estudiado el abordaje del dolor crónico, por medio de tratamientos farmacológicos²⁷ y terapias no farmacológicas, como la neuroestimulación en el dolor neuropático o el uso de biomateriales en dolor óseo²⁸.

El **Instituto de Investigación Vall d’Hebron (VHIR)** tiene su origen en el año 1994, como centro responsable de investigación, innovación y docencia en materia biosanitaria del Hospital Universitario Vall d’Hebron, desarrollando investigación biomédica clínica y traslacional de excelencia²⁹. El centro consta de siete áreas de investigación, en las que participan 71 grupos.

Entre estos grupos de investigación cabe destacar el grupo de **“Cefalea y dolor neurológico”**, perteneciente al área de Enfermedades Crónicas y Prevalentes y Envejecimiento, con una destacada actividad investigadora en el ámbito de la migraña, que supone una de las dolencias asociadas al dolor crónico con mayor prevalencia en España³⁰. El equipo ha impulsado proyectos relacionados con el estudio de los biomarcadores de la migraña y la prevención de su cronificación^{31,32}.

El **Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP)** inició su actividad en el año 1995, siendo un centro de excelencia dependiente del Hospital Germans Trias i Pujol orientado a la investigación traslacional e innovación de frontera en el ámbito de la salud en un entorno multidisciplinar y multinstitucional.³³ El instituto desarrolla su actividad en nueve áreas, que aglutinan a 44 grupos de investigación.

Si bien los proyectos relacionados con el dolor desarrollados desde el centro han estado orientados hacia el dolor agudo, los conocimientos generados en los mismos han favorecido el entendimiento de los mecanismos del dolor y su tratamiento mediante nuevas tecnologías médicas,³⁴ lo que abre un horizonte futuro para la investigación en dolor crónico por parte del instituto.

El **Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)** fue constituido en el año 1996, fruto de la cooperación entre el Hospital Clínic de Barcelona y la Universidad de Barcelona (UB), y es un centro de referencia biomédica a nivel estatal en investigación básica, traslacional y clínica y difusión de conocimiento.³⁵ El instituto presenta

23. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Master en Fisiopatología y tratamiento del dolor.

24. Instituto de Investigación Sant Pau. Presentación.

25. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurofarmacología Molecular.

26. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurocirugía.

27. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurofarmacología Molecular - Principales líneas de investigación.

28. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurocirugía - Principales líneas de investigación.

29. Instituto de Investigación Vall d’Hebron. ¿Quiénes somos?

30. Instituto de Investigación Vall d’Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico.

31. Instituto de Investigación Vall d’Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico -

co - Biomarcadores Moleculares y clínicos de respuesta al tratamiento en los Ataques de Migraña (Estudio MAMBO).

32. Instituto de Investigación Vall d’Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico - (PREDIMIGRAINE) Medicina de precisión para prevenir la cronificación de la migraña a través de la predicción de las crisis de dolor y de la respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-CGRP utilizando estrategias multiómicas.

33. Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol. Quiénes somos.

34. Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol. Llega al mercado un cinturón con termoterapia para aliviar la sensación de dolor durante el parto diseñado en Germans Trias.

35. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Conócenos.

seis áreas de investigación, que se organizan en 99 grupos de trabajo, entre los que destacan los equipos de **“Neuropsicología”**³⁶ y **“Neurofisiología”**³⁷ en el ámbito del dolor crónico neuropático.

Estos grupos, pertenecientes al área de Neurociencias clínicas y experimentales, han desarrollado proyectos de investigación relacionados con las bases neurológicas y fisiológicas del dolor crónico y los marcadores moleculares de la enfermedad^{38,39,40}.

El **Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL)** fue fundado en el año 2004 y cuenta con la participación del Hospital Universitario de Bellvitge, el Hospital de Viladecans, el Instituto Catalán de Oncología (ICO) y la Universidad de Barcelona, siendo un centro focalizado en la investigación básica y clínica de alto nivel para la mejora en los problemas de salud de las personas⁴¹. La actividad del centro se divide en cuatro áreas temáticas, que reúnen a 73 grupos de investigación.

La actividad del instituto en la investigación del dolor crónico ha estado liderada por los grupos de **“Enfermedades Neurológicas y Neurogenética”**⁴² y **“Neurofarmacología y Dolor”**⁴³, en el área de Neurociencias, que han impulsado el estudio de nuevas terapias para el tratamiento de dolencias como la migraña⁴⁴ y la neuralgia del trigémino⁴⁵.

El **Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRB Lleida)** surgió en el año 2004 como resultado de la colaboración entre la Universidad de Lleida (UdL) y el sistema sanitario catalán, presentando

una vocación orientada a mejorar la práctica clínica y el conocimiento de las enfermedades por medio de la creación sinergias entre la investigación básica, clínica y epidemiológica.⁴⁶ El instituto desarrolla su actividad en cinco áreas de investigación, en las que se enmarcan 37 grupos.

Uno de los grupos más destacados en la investigación del dolor es el **“Grupo multidisciplinar de investigación clínica de patología musculoesquelética, fragilidad y tratamiento del dolor”**,⁴⁷ perteneciente al área de Epidemiología, Enfermedades infecciosas y Salud pública. Este grupo ha desarrollado un proyecto para el estudio de tratamientos frente al dolor en pacientes con fracturas de cadera, favoreciendo la mejora en el conocimiento del dolor crónico musculoesquelético y su abordaje⁴⁸.

El **Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT)** comenzó su actividad en el año 2015, integrando a la Corporación Sanitaria Parc Taulí y sus organismos dependientes y a la Universidad Autónoma de Barcelona y estando enfocado en integración de la excelencia en el conocimiento y la capacidad innovadora y de mejora de la investigación científica de excelencia⁴⁹. La investigación del instituto se aglutina en nueve áreas, en las que participan un total de 28 grupos.

Una de las áreas terapéuticas del instituto está enfocada en **“Epidemiología, Mejora Asistencial y Cronicidad”**⁵⁰, para la que se plantean líneas de trabajo orientadas a mejorar los procesos asisten-

36. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neuropsicología.

37. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología.

38. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neuropsicología - Marcadores neurocognitivos de dolor crónico y depresión: una aproximación transdiagnóstica a la medicina de precisión.

39. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología - Bases neurofisiológicas del dolor i picor crónico: canales iónicos en neuronas sensoriales implicados en enfermedades inflamatorias y oculares.

40. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología - Bases fisiopatológicas del dolor crónico: foco en enfermedades inflamatorias crónicas de la superficie ocular.

41. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. El Instituto.

42. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Enfermedades Neurológicas y Neurogenética.

43. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Neurofarma-

cología y Dolor.

44. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Enfermedades Neurológicas y Neurogenética - Diez días menos de migraña al mes en pacientes mayores de 65 años gracias a los nuevos anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

45. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Neurofarmacología y Dolor - Nuevo estudio sobre la efectividad de dos tratamientos intravenosos por la neuralgia del trigémino.

46. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Presentación.

47. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Grupo multidisciplinar de investigación clínica de patología musculoesquelética, fragilidad y tratamiento del dolor.

48. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Grupo multidisciplinar de investigación clínica de patología musculoesquelética, fragilidad y tratamiento del dolor - Estudio comparativo fracturas osteoporóticas de cadera de pacientes tratados con antiagregantes plaquetarios respecto al tiempo de demora quirúrgico.

49. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Introducción.

50. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Área de Epidemiología, Mejora Asistencial y Cronicidad.

ciales del enfermo crónico y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen problemas de salud de gran impacto.

En este sentido, los grupos del área han impulsado proyectos de relevancia en dolor crónico, enfermedad con gran alcance en la población, favoreciendo el conocimiento de la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar que incorpora a servicios como la Farmacia y la Enfermería^{51,52}.

Todas estas iniciativas han contribuido a la visibilidad de la enfermedad de dolor crónico en Cataluña, 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 CATALUÑA

Desde la publicación, en el año 2011, del documento “**Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad**”⁵³, que estableció los recursos y requisitos de estas unidades especializadas en España, la inauguración y acreditación de Unidades de Dolor ha sido una constante, extendiéndose estas unidades por toda la geografía estatal y permitiendo maximizar las herramientas disponibles para el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico.

En la actualidad, existen **425 hospitales que cuentan con Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD)** en España, ocho centros más que en el mes de abril de 2023, cuando fue presentado el Barómetro del Dolor estatal. Esta red de hospitales, que están presentes en **48 provincias** y las dos Ciudades Autónomas, engloba 202 centros (47% del total) de carácter público, parte del Sistema Nacional de Salud, y 223 centros (53% del total) de carácter privado (Figura 1).

En **Cataluña** se localizan **54 hospitales** con Unidades de Dolor, 22 públicos (41%) y 32 privados (59%), presentes en las cuatro provincias de la Comunidad Autónoma.

Barcelona es la provincia con mayor oferta asistencial, con 39 Unidades de Dolor, lo que la posiciona como la segunda provincia de España con más centros, sólo por detrás de Madrid. **Tarragona** presenta siete unidades, seguida por **Gerona** (cinco unidades) y **Lérida** (tres unidades).

Es interesante destacar que todas las provincias catalanas cuentan con hospitales públicos y privados con Unidades de Tratamiento del Dolor, siendo Barcelona el territorio con mayor peso porcentual de las unidades en centros públicos (44% del total en la provincia) y Gerona aquel donde las unidades en centros privados son más frecuentes (80% del total en la provincia) (Figura 2).

51. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Grupo de investigación en Farmacia Clínica.
52. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Grupo de investigación enfermera.

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

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

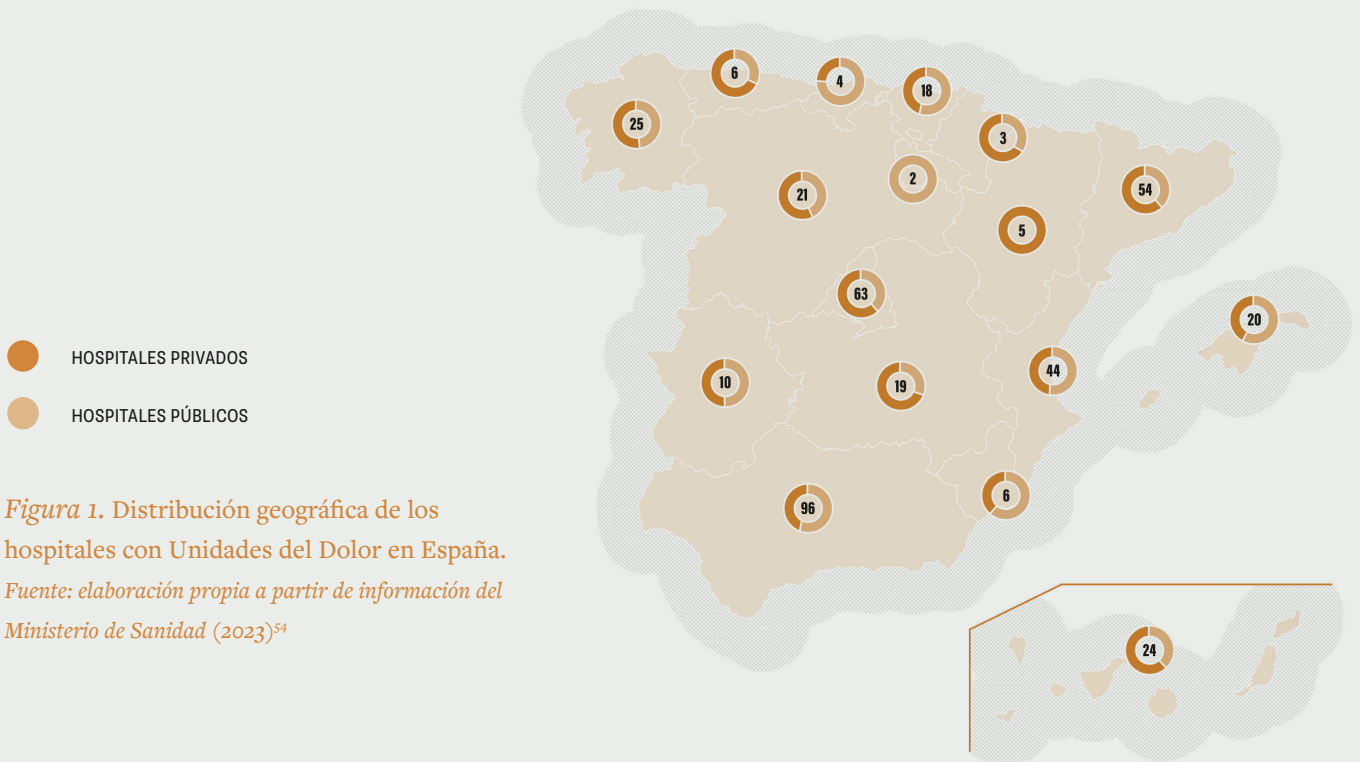


Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España. Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁵⁴



Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Cataluña. Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁵⁴

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

Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades de Dolor en Cataluña.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁵⁴

<i>Municipio</i>	<i>Centro</i>	<i>Tipología</i>	<i>Carácter</i>
BARCELONA			
Badalona	Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Hospitales Generales	Público
Barcelona	Hospital Clínic de Barcelona	Hospitales Generales	Público
Barcelona	Hospital Clínic de Barcelona (sede Plató)	Hospitales Generales	Público
Barcelona	Hospital de l'Esperança	Hospitales Generales	Público
Barcelona	Hospital Universitario Vall d'Hebron	Hospitales Generales	Público
Berga	Hospital Comarcal de Sant Bernabé	Hospitales Generales	Público
L'Hospitalet de Llobregat	Hospital General de L'Hospitalet	Hospitales Generales	Público
L'Hospitalet de Llobregat	Hospital Universitario de Bellvitge	Hospitales Generales	Público
Igualada	Hospital de Igualada	Hospitales Generales	Público
Mataró	Hospital de Mataró	Hospitales Generales	Público
Sabadell	Hospital de Sabadell	Hospitales Generales	Público
Sant Joan Despí	Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi	Hospitales Generales	Público
Sant Pere de Ribes	Hospital Residencia Sant Camil	Hospitales Generales	Público
Terrassa	Hospital Sant Llàtzer	Hospitales de media y larga estancia	Público
Vic	Hospital General de Vic	Hospitales Generales	Público
Viladecans	Hospital de Viladecans	Hospitales Generales	Público
Vilafranca del Penedès	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	Hospitales Generales	Público

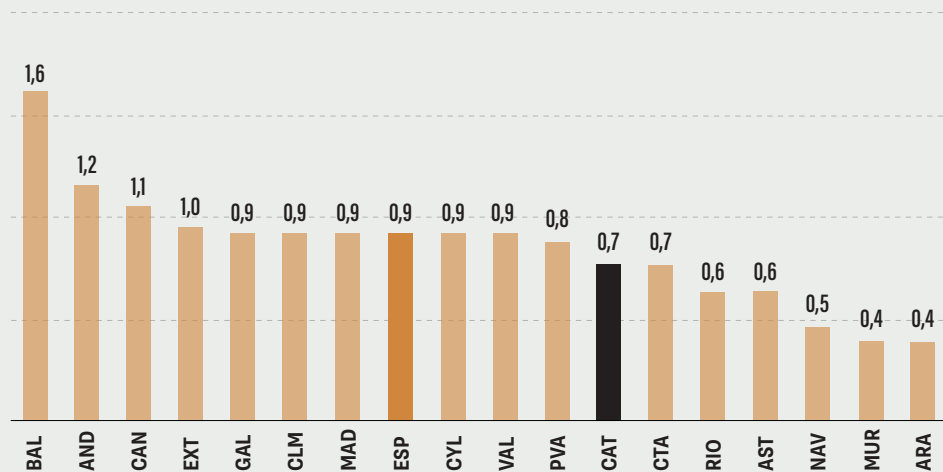
Badalona	Instituto Guttmann	Hospitales especializados	Privado
Barcelona	Centro Médico Sant Jordi de Sant Andreu	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Clínica Corachan	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Clínica MC Londres	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Clínica Tres Torres	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Fundación Puigvert	Hospitales especializados	Privado
Barcelona	HM Nou Delfos	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Hospital El Pilar	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Hospital QuirónSalud Barcelona	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Hospital Universitario Quirón Dexeus	Hospitales Generales	Privado
Barcelona	Hospital Universitario Sagrat Cor	Hospitales Generales	Privado
Esplugues de Llobregat	Clínica Diagonal	Hospitales Generales	Privado
Esplugues de Llobregat	Hospital de Sant Joan de Déu	Hospitales especializados	Privado
Granollers	Hospital General de Granollers	Hospitales Generales	Privado
Manresa	Clínica Sant Josep	Hospitales Generales	Privado
Manresa	Hospital de Sant Joan de Déu (Manresa)	Hospitales Generales	Privado
Mollet del Vallès	Hospital de Mollet	Hospitales Generales	Privado
Sant Cugat del Vallès	Centro de Prevención y Rehabilitación Asepeyo	Hospitales Generales	Privado

Terrassa	Àptima Centre Clínic	Hospitales Generales	Privado
Terrassa	Hospital Universitario Mutua Terrassa	Hospitales Generales	Privado
GERONA			
Gerona	Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta	Hospitales Generales	Público
Gerona	Clínica Girona	Hospitales Generales	Privado
Gerona	Clínica Quirúrgica Onyar	Hospitales Generales	Privado
Palamós	Hospital de Palamós	Hospitales Generales	Privado
Olot	Hospital de Olot y Comarcal de la Garrotxa	Hospitales Generales	Privado
LÉRIDA			
Lérida	Hospital Universitario Arnau de Vilanova	Hospitales Generales	Público
Lérida	Clínica Perpetuo Socorro	Hospitales Generales	Privado
Seo de Urgel	Fundación Sant Hospital	Hospitales Generales	Privado
TARRAGONA			
Reus	Hospital Universitario Sant Joan De Reus	Hospitales Generales	Público
Tarragona	Hospital Universitario Joan XXII	Hospitales Generales	Público
Tortosa	Clínica Terres de L'Ebre	Hospitales Generales	Público
Tarragona	Clínica Activa Mutua 2008	Hospitales especializados	Privado
Tarragona	Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	Hospitales Generales	Privado
Tarragona	Hospital Viamed Monegal	Hospitales Generales	Privado
Valls	Pius Hospital de Valls	Hospitales Generales	Privado

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

tasa de **0,7 UTD por cada 100.000 habitantes** y ocupando la undécima posición en la clasificación de Comunidades Autónomas (Figura 3).

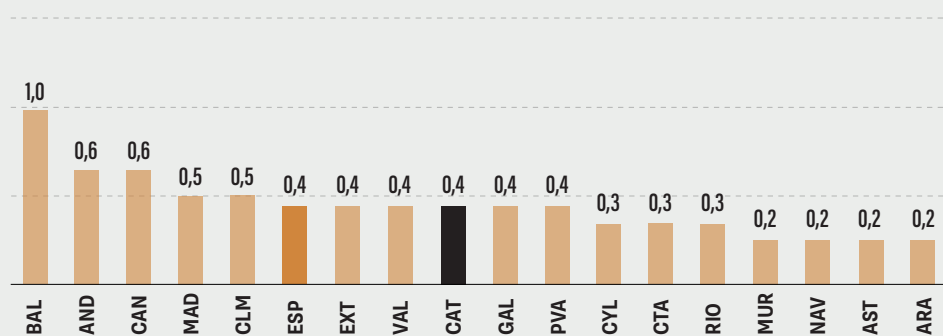
La situación en Cataluña se encuentra, sin embargo, por debajo de la media española, presentando una



*Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.
Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)²⁵*

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. 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. Cataluña presenta en este caso una situación cercana al promedio, con **0,4 UTD por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años**, siendo la octava Comunidad Autónoma a nivel estatal (Figura 4).



*Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.
Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)²⁵*

Estas cifras, que reflejan una oferta asistencial inferior a la media española, ponen de manifiesto la necesidad de **impulsar la red de Unidades de Dolor en Cataluña**, siendo la segunda autonomía con mayor población, pero la tercera en volumen total de unidades.

Como ya se ha mencionado, la marcada **tendencia al envejecimiento poblacional** en Cataluña puede derivar en un incremento del impacto del dolor crónico en el futuro, por lo que resulta de interés favorecer el acceso de los pacientes a las UTD existentes y plantear la ampliación de la red regional, a fin de optimizar el abordaje de la patología.

Barómetro

DEL DOLOR CRÓNICO EN CATALUÑA

I. OBJETIVOS

Ante el destacado impacto del dolor crónico en la sociedad española y los sistemas sanitarios, el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz y la Fundación Grünenthal impulsaron el desarrollo del documento “**Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional**”.

Este trabajo, presentado al público en abril de 2023, tiene su continuidad con el presente documento, que analiza de forma detallada el **impacto de la enfermedad en la Comunidad Autónoma de Cataluña**, con los objetivos de:



Conocer y describir las **características** epidemiológicas y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren dolor en Cataluña.



Identificar **puntos estratégicos de mejora** en el abordaje de la enfermedad, con el fin de impulsar acciones a nivel institucional y sanitario en Cataluña.

II. METODOLOGÍA

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

Ámbito del estudio

Estatal (España).

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el **panel de Cint**, líder mundial en software para la recopilación de información digital.⁵⁵

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).

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 socio-demográfica de la población a nivel agregado**.

Muestra

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

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

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

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

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

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

En lo que respecta a la Comunidad Autónoma de **Cataluña**, se llevaron a cabo **1.153 entrevistas** a ciudadanos residentes: 1.051 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 102 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

Instrumentos y variables

Se utilizó un cuestionario 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.^{56,57}

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

55. Cint. *Market Research and Insights*.

56. 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.

57. 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.

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.^{58,59,60}

- **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.⁶¹

III. RESULTADOS

En este apartado se presentan los principales resultados de las 1.153 encuestas llevadas a cabo en este proyecto en la Comunidad Autónoma de Cataluña: 1.051 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 102 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

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

3.1. Características de la muestra

En este bloque se muestra una fotografía actual del **perfil de los ciudadanos residentes en Cataluña que han participado en la encuesta**, reflejando

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 y mediana y rango intercuartílico**.

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 y grupo de edad.

los principales aspectos sociodemográficos de los encuestados (edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral), el uso que ejercen del sistema sanitario y su estado de salud.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El porcentaje de población residente en Cataluña en la población estatal encuestada fue del 16,3% (1.153 de 7.058 encuestados totales), dato algo inferior a la proporción de la población española que habita en esta Comunidad Autónoma, 22,2% (8,4 millones de los 37,8 millones de habitantes mayores de edad totales).

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

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

60. 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.

61. 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.

Edad

Los encuestados de Cataluña presentaron una **edad media de 49,3 años** (desviación típica, DT=16,3) y una **edad mediana de 49 años** (rango intercuartílico, RI=25), siendo el grupo poblacional más numeroso el de 35 a 54 años (39,5%) (Figura 5).

La población encuestada en Cataluña presenta una edad media muy cercana al promedio de encuestados a nivel estatal (49,5 años; DT=16,5). La distribución por grupos de edad de la población encuestada se asemeja a nivel regional y estatal, siendo las proporciones similares en todos los grupos.

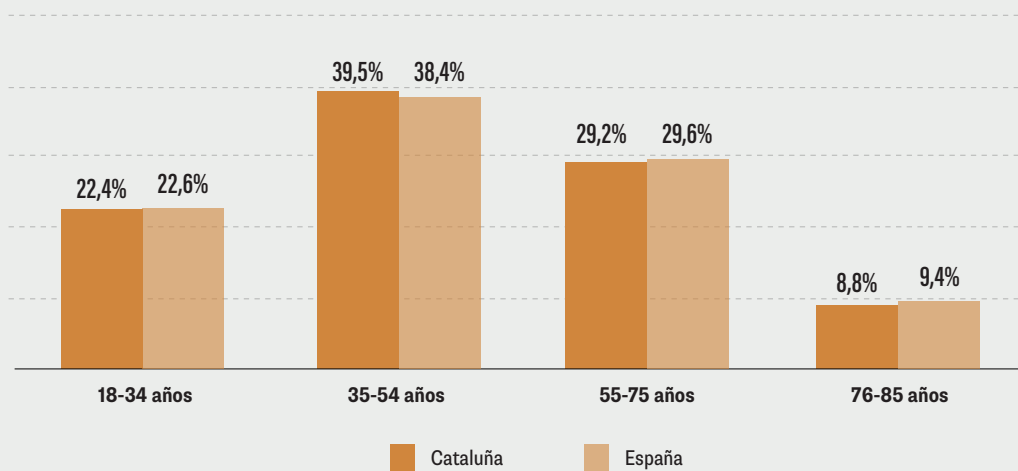


Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

Sexo

La muestra de ciudadanos encuestados en Cataluña presenta una **proporción de mujeres (56%) superior a la de hombres (44%)** (Figura 6).

A nivel estatal, la población encuestada presenta una proporción prácticamente igual de ambos sexos (50,1% de hombres y 49,9% de mujeres).

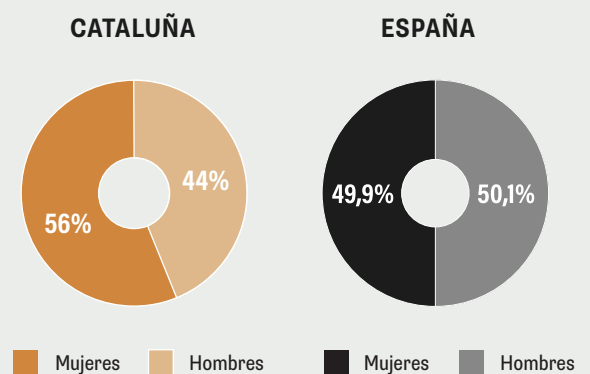


Figura 6. Distribución muestral por sexo.

Nivel de estudios

El 99,5% de los encuestados de Cataluña presentan estudios, siendo el **nivel de estudios universitarios** el más numeroso, sumando un 44,9% de los par-

ticipantes. Formación profesional (27,2%) y estudios secundarios (21%) constituyen los siguientes niveles formativos más frecuentes (Figura 7). La distribución a nivel regional es comparable a la de la población encuestada en España.

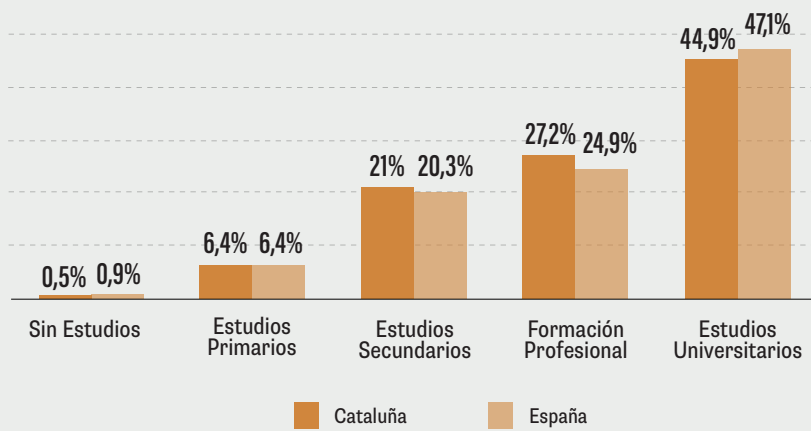


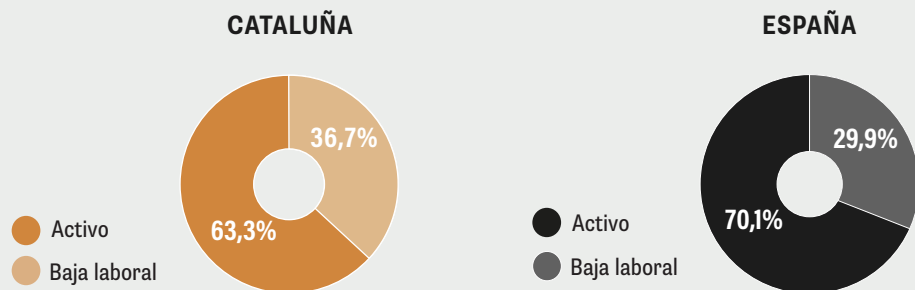
Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

Situación laboral

El 59,5% de los encuestados de Cataluña presentan trabajo remunerado en la actualidad, de los cuales un 36,7% se encuentran en situación de **baja laboral**.

A nivel estatal, el 57,1% de los encuestados desempeñan una ocupación remunerada, estando en situación de baja laboral el 29,9% de los mismos (Figura 8).

Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.



De los encuestados que no desempeñan un trabajo remunerado en Cataluña (40,5% del total), el grupo de **jubilados/retirados** es el más numeroso, con un 21,7%. Este grupo es también el más frecuente en los españoles que no desarrollan un trabajo remunerado, observándose una cifra similar del 21,8% (Figura 9).

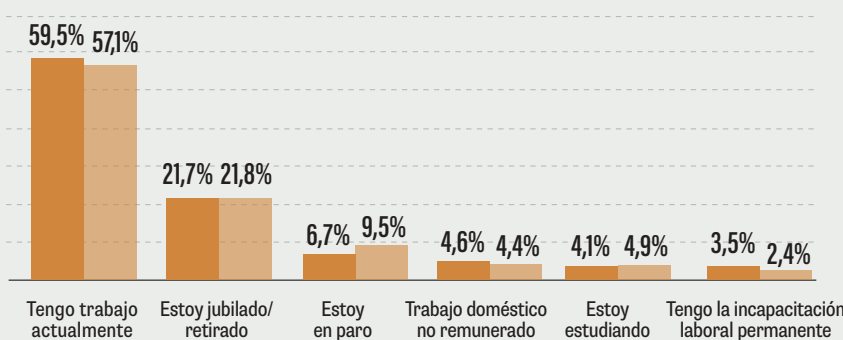


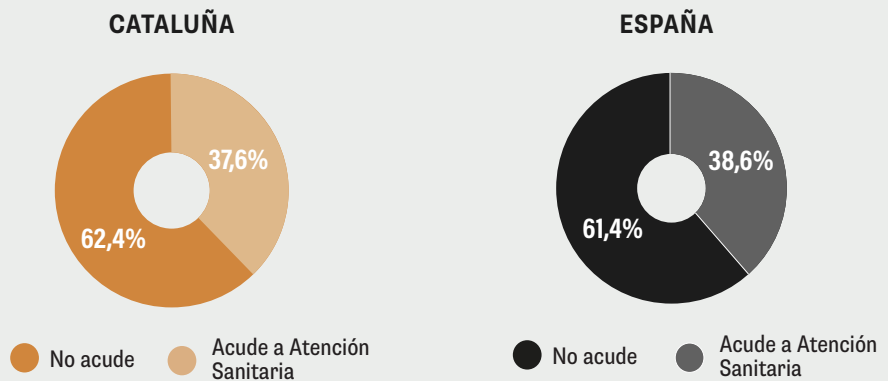
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

Uso del sistema sanitario

El 37,6% de los entrevistados en Cataluña han acudido al **sistema sanitario** en las últimas cuatro semanas.

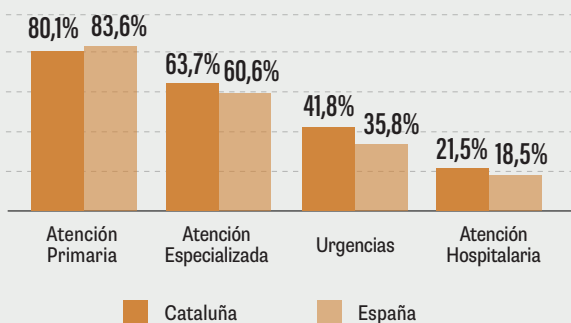
En el total estatal, la cifra es muy similar, ya que un 38,6% de los ciudadanos han acudido a los servicios sanitarios en este mismo periodo (Figura 10).

Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.



Atención Primaria es el nivel asistencial más utilizado por los ciudadanos residentes en Cataluña. El 80,1% de los encuestados que han acudido al sistema sanitario han visitado Atención Primaria en el último mes.

A nivel estatal, Atención Primaria es también el nivel de uso más frecuente, y su demanda es algo mayor que en la Comunidad Autónoma, con un 83,6% de pacientes que lo han visitado en el mencionado periodo.



El resto de niveles asistenciales analizados (Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria) presentan un uso similar en España y en Cataluña, si bien, a diferencia de Atención Primaria, se observa un uso ligeramente superior a nivel autonómico (Figura 11).

Figura 11. Distribución muestral por servicios sanitarios utilizados.

ESTADO DE SALUD

Escalas

Se utilizaron los cuestionarios SF-12v2, HADS y Duke, que permiten cuantificar, respectivamente,

la calidad de vida física y mental, la presencia de indicios de depresión y ansiedad y el apoyo social percibido (Figura 12).

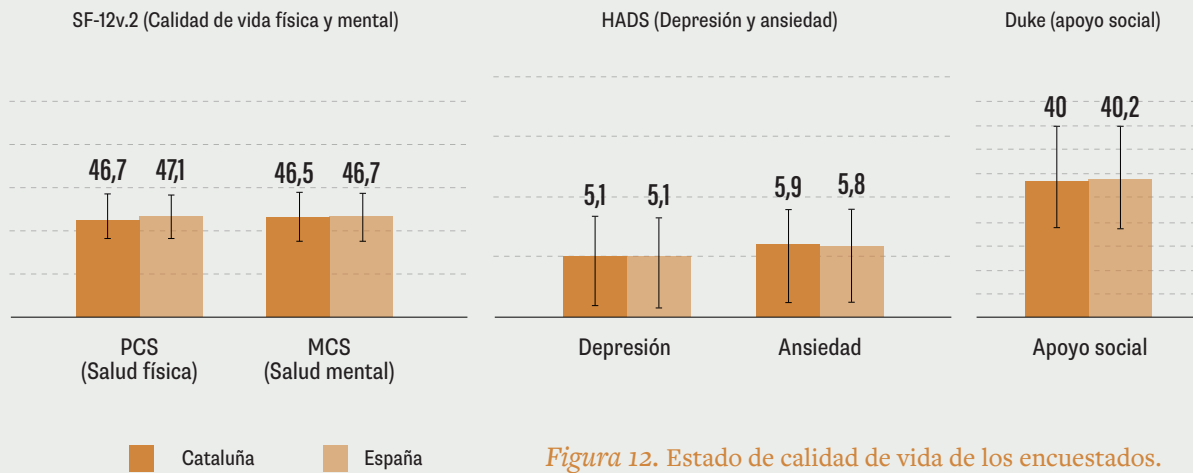


Figura 12. Estado de calidad de vida de los encuestados.

Salud física y mental

Los encuestados en Cataluña presentaron una **calidad de vida física** media de 46,7 puntos (DT=10,1), analizada por medio de la escala PCS (*Physical Component Score*), y una calidad de vida física mediana de 49,5 puntos (RI=14).

La **calidad de vida mental** media de los encuestados en la Comunidad Autónoma fue de 46,5 puntos (DT=11,1), analizada por medio de la escala MCS (*Mental Component Score*), y el valor mediano se situó en 47,6 puntos (RI=16,4).

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 estatal, los valores observados son muy próximos, si bien se encuentran ligeramente por encima, cuantificándose una calidad de vida física media de 47,1 puntos (DT=10,1) y una calidad de vida mental media de 46,7 puntos (DT=11,1).

Depresión y ansiedad

Los participantes de Cataluña obtuvieron una puntuación media de 5,1 puntos (DT=4,2) de **nivel de**

depresión, con una mediana de 4 puntos (RI=6), y una puntuación media de 5,9 puntos (DT=4,4) de **nivel de ansiedad**, con una mediana de 5 puntos (RI=7), valores inferiores a los 8 puntos que indican la existencia de indicios de estas enfermedades.

Pese a ello, una **proporción destacada** de la población encuestada residente en Cataluña **presenta depresión o ansiedad**.

Un 11,2% de los encuestados catalanes mostraron una puntuación superior a los 10 puntos en la escala de **depresión**, indicativo de caso de la enfermedad. A su vez, el 15,7% de los encuestados presentaron indicios de depresión.

De forma paralela, el 15,2% de los participantes presentaron casos de **ansiedad** y un 17,7% de la población catalana encuestada presentó indicios de esta enfermedad.

A nivel estatal, los datos arrojan 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 y un 11,4% y un 14,3% de pacientes que padecen de depresión y ansiedad respectivamente.

Apoyo social

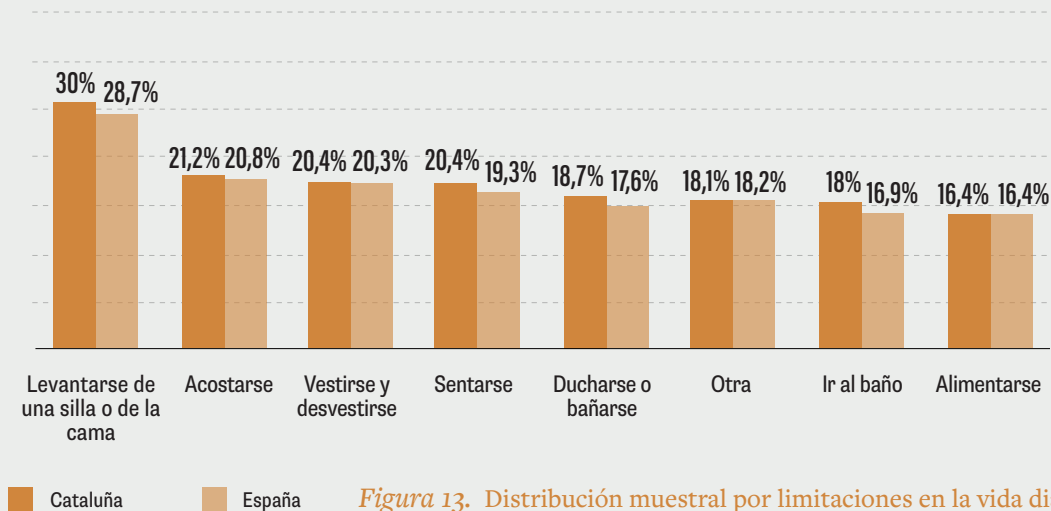
Finalmente, la puntuación media de **apoyo social percibido** en los pacientes de Cataluña se sitúa en los 40 puntos (DT=10,7) y la puntuación mediana es de 42 puntos (RI=16), indicativos de un **adecuado apoyo percibido**. El 80,1% de los encuestados manifiestan un apoyo “normal”, mientras que 19,9% restante perciben un apoyo “bajo”.

El apoyo social percibido entre los encuestados a nivel estatal presenta un valor similar, 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 residentes en Cataluña encuestados 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).



La actividad que se ve más comprometida en la población de Cataluña es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades (alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos) para el 30% de los encuestados. Por el contrario, la actividad para la que la muestra encuestada presenta una mayor autonomía es alimentarse, generando dificultades tan sólo en un 16,4% de los casos.

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

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

En este sentido, **levantarse de una silla o de la cama** vuelve a ocupar la primera posición entre las actividades que cuentan con un mayor apoyo en Cataluña, recibiendo ayuda un 5,6% de los

encuestados. Cabe destacar que también un 5,6% de los encuestados reciben ayuda para ducharse o bañarse, pese a no ser una de las actividades con mayores limitaciones.

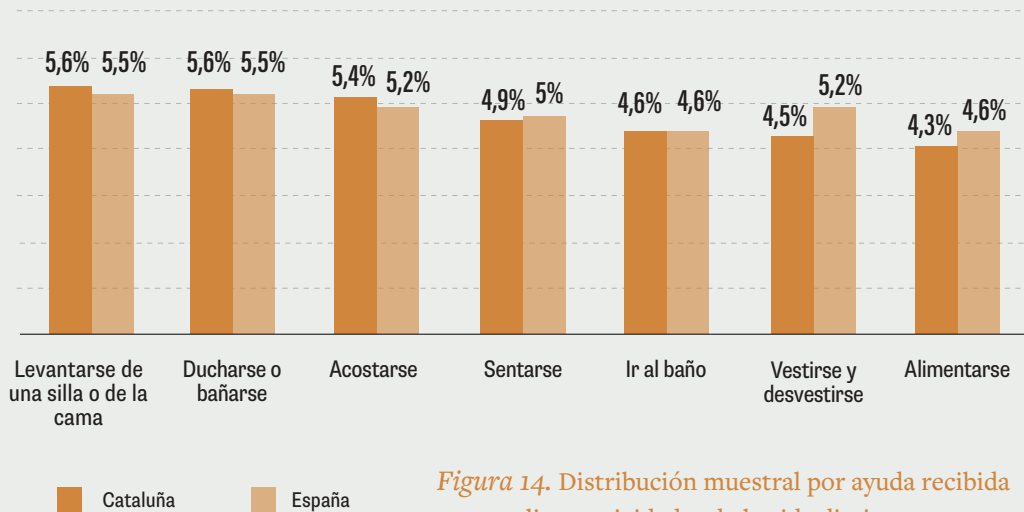


Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

PREVALENCIA GENERAL

En este bloque se presenta la **prevalencia de dolor crónico y dolor continuo** en la población de Cataluña, cuantificadas a través de las encuestas, poniendo el foco en el impacto de estas dolencias en la sociedad.

Un **27,4%** de la población encuestada de Cataluña padece **dolor crónico** (IC95%: 24,8-30%) y un 7,5% de los encuestados presentan **dolor continuo no crónico** (IC95%: 5,9-9%) (Figura 15).

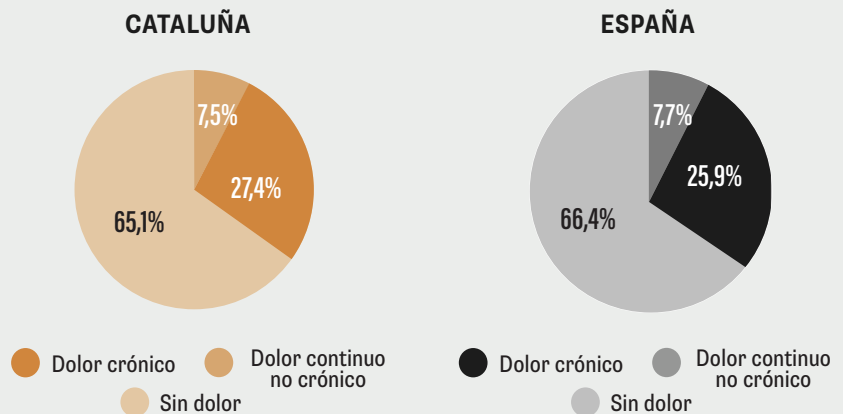


Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.

Estos datos posicionan a Cataluña como la **tercera** Comunidad Autónoma con **mayor prevalencia de dolor crónico**, con una prevalencia que supera a la

observada en la población española, situada en el 25,9% (IC95%: 24,8-26,9%) (Figura 16).

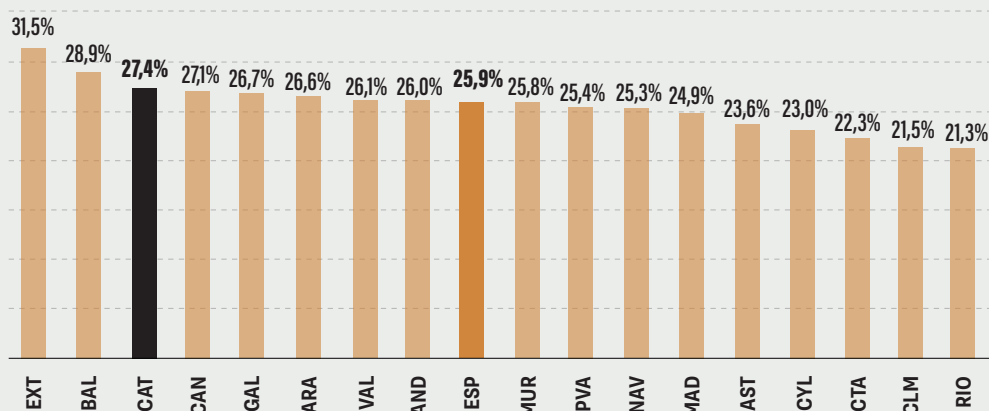


Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

La prevalencia de dolor continuo en Cataluña es ligeramente inferior a la prevalencia estatal, que se sitúa en el 7,7% (IC95%: 7,1-8,3%), siendo la novena

Comunidad Autónoma más afectada por esta dolencia (Figura 17).

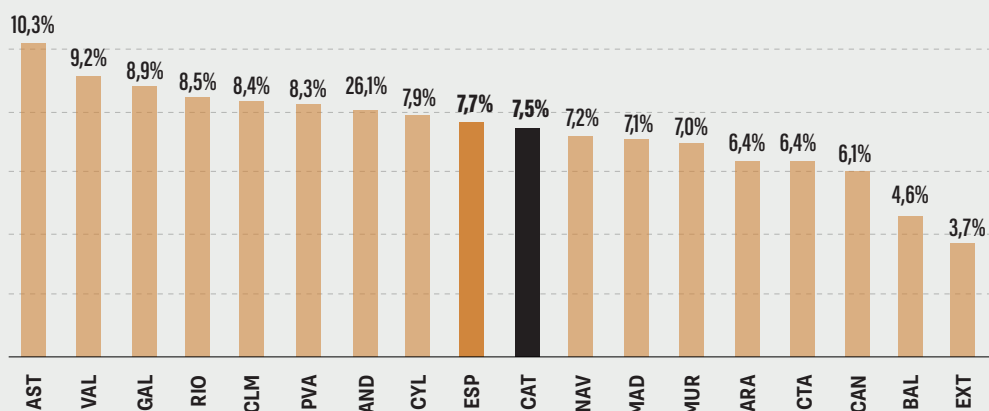


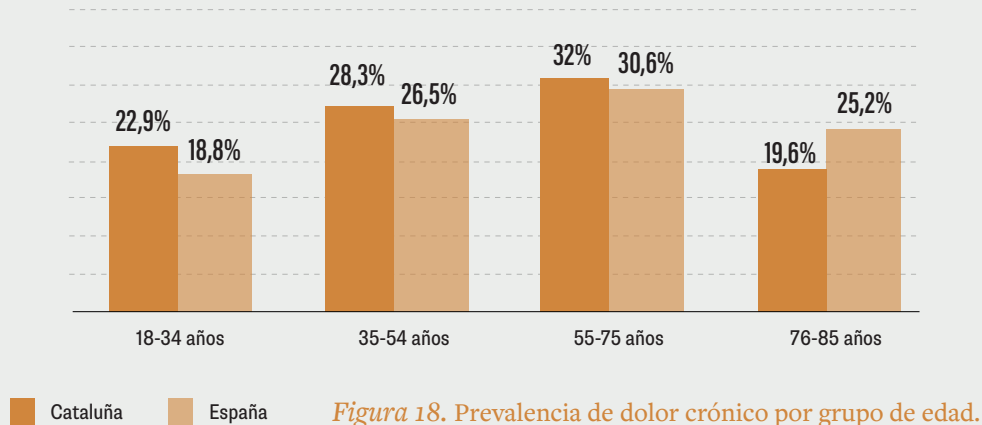
Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.

Si bien la prevalencia global de dolor crónico y continuo se ha cuantificado en el 27,4% y el 7,5%, respectivamente, en la población catalana, el alcance de la enfermedad varía en los diferentes grupos poblacionales, observándose **diferencias en función de la edad y el sexo.**

La prevalencia de dolor crónico en Cataluña es superior a la prevalencia a nivel estatal en los grupos entre 18 y 34, entre 35 y 54 y entre 55 y 75

años, siendo el grupo de población entre 55 y 75 años el que presenta una prevalencia más alta: 32% a nivel regional (IC95%: 26,9-37,2%) y 30,6% en el total estatal (IC95%: 28,6-32,6%).

Por el contrario, la población entre 76 y 85 años es la menos afectada por el dolor en la Comunidad Autónoma, con una prevalencia del 19,6% (IC95%: 11,4-27,8%), inferior al 25,2% cuantificado en este grupo de edad en España (IC95%: 21,8-28,5%) (Figura 18).

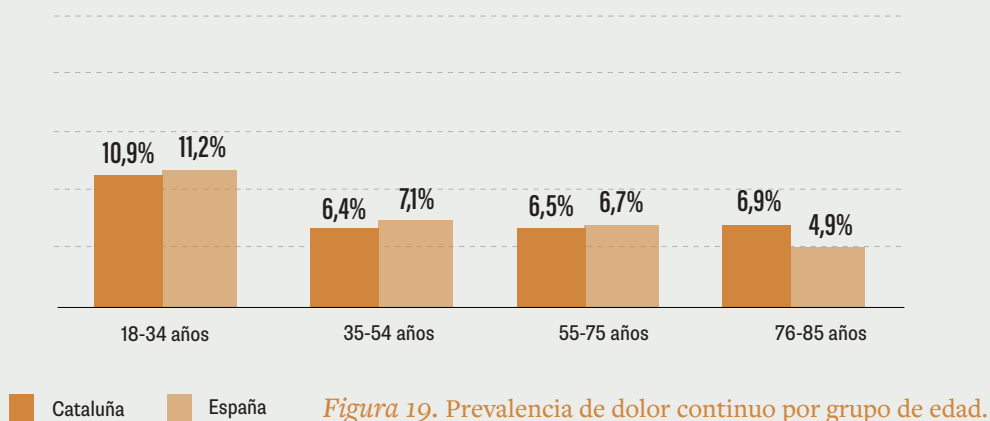


En lo que respecta al dolor continuo la imagen es opuesta, ya que la prevalencia en Cataluña es inferior a la observada en España en los grupos de 18 a 34 años, de 35 a 54 años y de 55 a 75 años, siendo el grupo de 76 a 85 años el único en el que la prevalencia regional se sitúa por encima de la estatal.

La prevalencia de dolor continuo alcanza su valor máximo en la población entre 18 y 34 años, en el

que se cuantifican unas prevalencias del 10,9% en Cataluña (IC95%: 6,7-14,8%) y del 11,2% en España (IC95%: 9,6-12,7%).

El grupo de edad en el que la diferencia en la prevalencia es más notoria es el de 76-85 años, donde la prevalencia en Cataluña, 6,9% (IC95%: 1,5-12,3%) supera a la prevalencia en España, 4,9% (IC95%: 3,2-6,7%) (Figura 19).



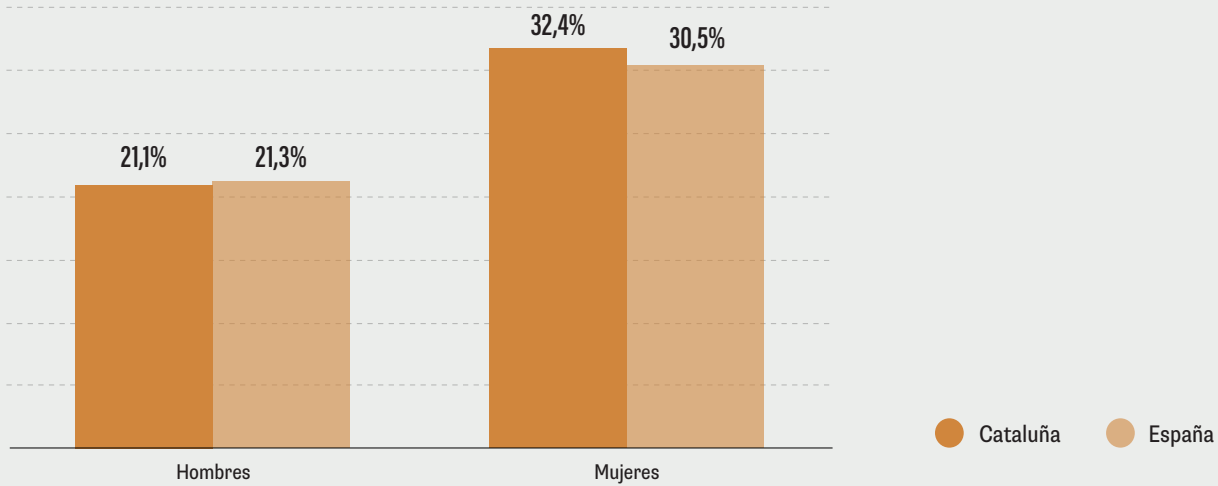
En el análisis de prevalencia en función del sexo, se observa una prevalencia similar de dolor crónico en Cataluña y en el total de España, tanto en hombres como en mujeres.

La enfermedad afecta al 21,1% de los hombres (IC95%: 17,5-24,8%) y el 32,4% de las mujeres (IC95%: 28,7-36%) en la Comunidad, por un 21,3% de

hombres (IC95%: 19,9-22,6%) y un 30,5% de mujeres (IC95%: 28,9-32%) a nivel estatal.

El dolor continuo afecta a un 7,3% de hombres (IC95%: 4,9-9,7%) y un 7,6% de mujeres (IC95%: 5,5-9,7%) en la Comunidad Autónoma y a un 6,6% de hombres (IC95%: 5,8-7,4%) y un 8,8% de mujeres (IC95%: 7,8-9,7%) en el conjunto de España (Figura 20).

DOLOR CRÓNICO



DOLOR CONTINUO

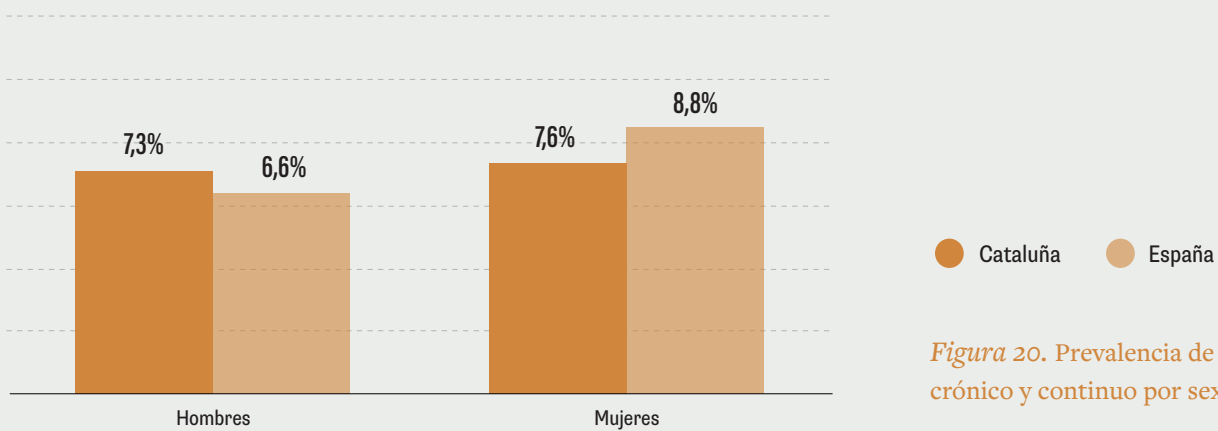


Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.

3.3. Características asociadas con el dolor crónico

En este bloque se analizan las principales **características asociadas** al dolor crónico que se observan en los pacientes (duración e intensidad, causa diagnóstica y localización en el organismo), las **consecuencias del dolor crónico** en la vida del paciente y la **utilización de los servicios sanitarios**, a fin de poder conocer de forma detallada las implicaciones de la enfermedad y su impacto en la vida del paciente individual.

DURACIÓN E INTENSIDAD DEL DOLOR CRÓNICO

Tal y como reflejan los resultados de las encuestas, mostrados anteriormente, la enfermedad de dolor crónico presenta un destacado impacto sobre la población de Cataluña, que constituye la tercera Comunidad Autónoma de España más afectada por esta enfermedad, que se extiende al 27,4% de ciudadanos.

Si bien esta prevalencia es superior a la prevalencia de dolor crónico a nivel estatal (25,9%), los pacientes afectados por el dolor crónico en Cataluña conviven con este un **tiempo medio de 6,6 años** (DT=7,8), periodo similar a la duración media de la enfermedad en los pacientes españoles, 6,8 años (DT=8,4).

Adicionalmente, el periodo mediano de duración de la enfermedad en Cataluña alcanza los 3 años (RI=8).

En las últimas cuatro semanas, la **intensidad media del dolor crónico** padecido por los pacientes residentes en Cataluña se sitúa en **6,7 puntos** (DT=1,8) y la intensidad mediana asciende a los 7 puntos (RI=2), ambos valores en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable). A nivel estatal, la **intensidad media** del dolor crónico alcanza el mismo valor de **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 catalanes y del conjunto de España.

La mayor parte de los pacientes con dolor crónico de Cataluña (**56%**) presentan **“mucho” dolor** (puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad) y el 33,5% manifiestan un dolor “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6). Los datos a nivel estatal son similares, siendo de nuevo “mucho” dolor el más frecuente (57,6%).

Cabe destacar que el 5,1% de los pacientes catalanes con dolor crónico experimentan un dolor “insoportable”, dato que supera al 4,4% manifestado por la población española (Figura 21).

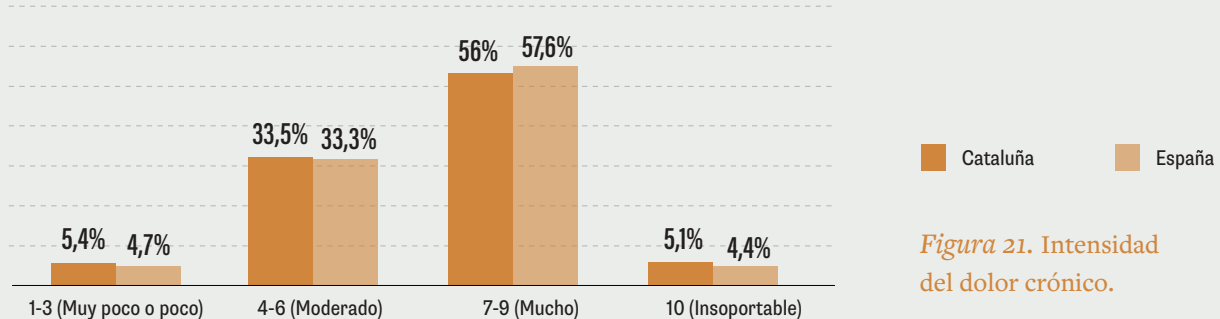


Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

CAUSA DIAGNÓSTICA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico que afecta a los pacientes tiene habitualmente un **origen diagnosticado**. Si bien un 28,2% de los pacientes de Cataluña desconocen la causa de su enfermedad, lo que dificulta su abordaje terapéutico, la mayoría de los casos identificados están relacionados con **una o varias causas diagnósticas** (Figura 22).

El **dolor lumbar**, que afecta al 60,8% de pacientes de la Comunidad Autónoma, constituye la **causa diag-**

nóstica más frecuente de dolor crónico. Las contracturas musculares (56,6%), el dolor cervical (49,7%) y la migraña y otros dolores de cabeza crónicos (38%) son también causas habituales de la enfermedad. Estas mismas patologías suponen también las principales causas diagnósticas del dolor crónico a nivel estatal, siendo el dolor lumbar causa de la dolencia en el 58,1% de pacientes en España. Como dato de interés, cabe destacar que la migraña es más frecuente en Cataluña que en el conjunto de España.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL DOLOR CRÓNICO

De igual manera que ocurre con las causas diagnósticas, la localización anatómica del dolor crónico suele concentrarse en ciertas regiones corporales, que afectan comúnmente a una proporción grande de los pacientes (Figura 23).

Las **extremidades y/o articulaciones** constituyen la región corporal en la que mayoritariamente se localiza el dolor crónico en los pacientes de Cataluña, siendo la localización anatómica del dolor en el **36,2%** de los casos. El dolor de espalda (21,6%) y

el dolor generalizado (16,2%) son también localizaciones frecuentes.

Estas localizaciones frecuentes son comunes con los pacientes españoles de dolor crónico, siendo también las extremidades y/o articulaciones la localización más frecuente a nivel estatal, con un 33,1% de pacientes afectados. El dolor generalizado, el dolor de extremidades y/o articulaciones y el dolor de cuello es más habitual en Cataluña que a nivel estatal, siendo el resto más habituales en España.

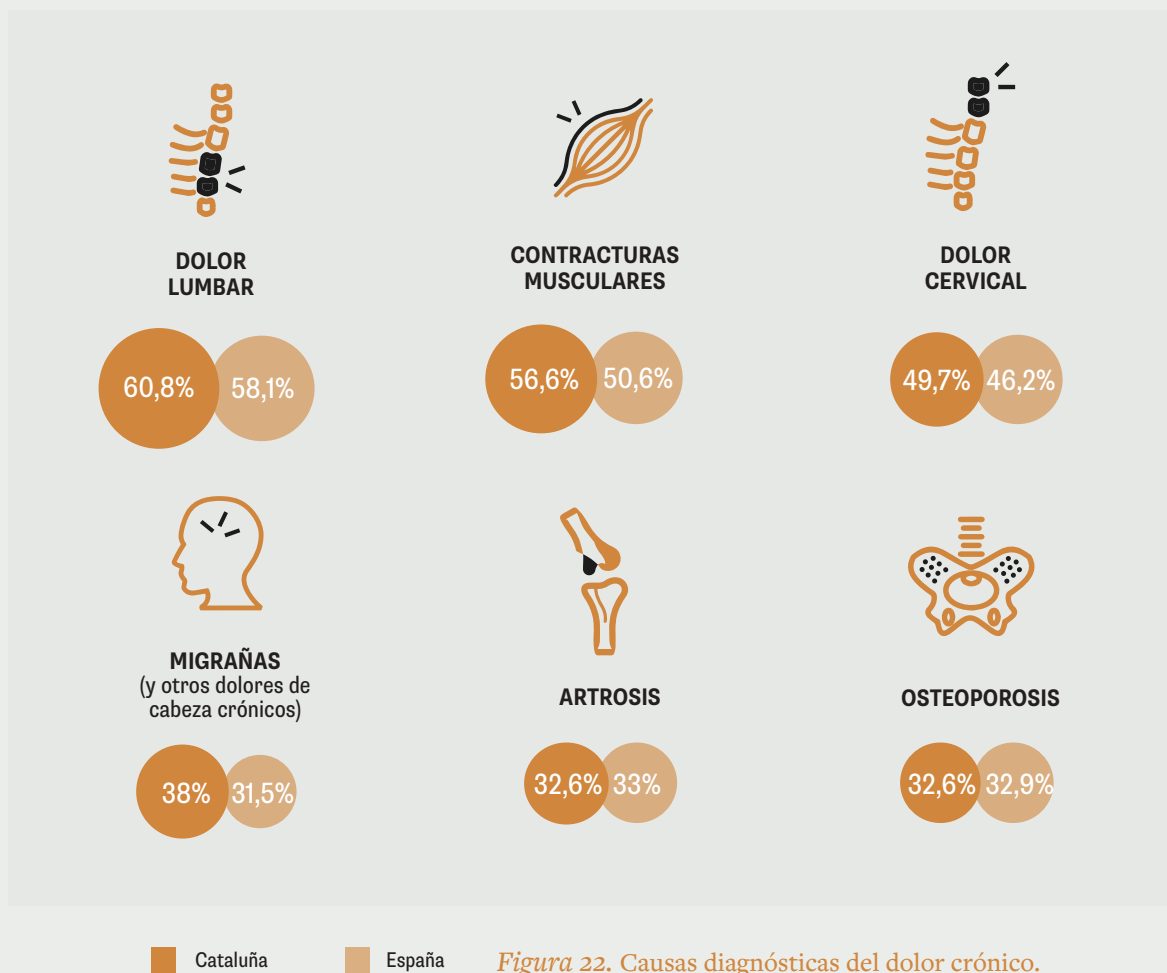
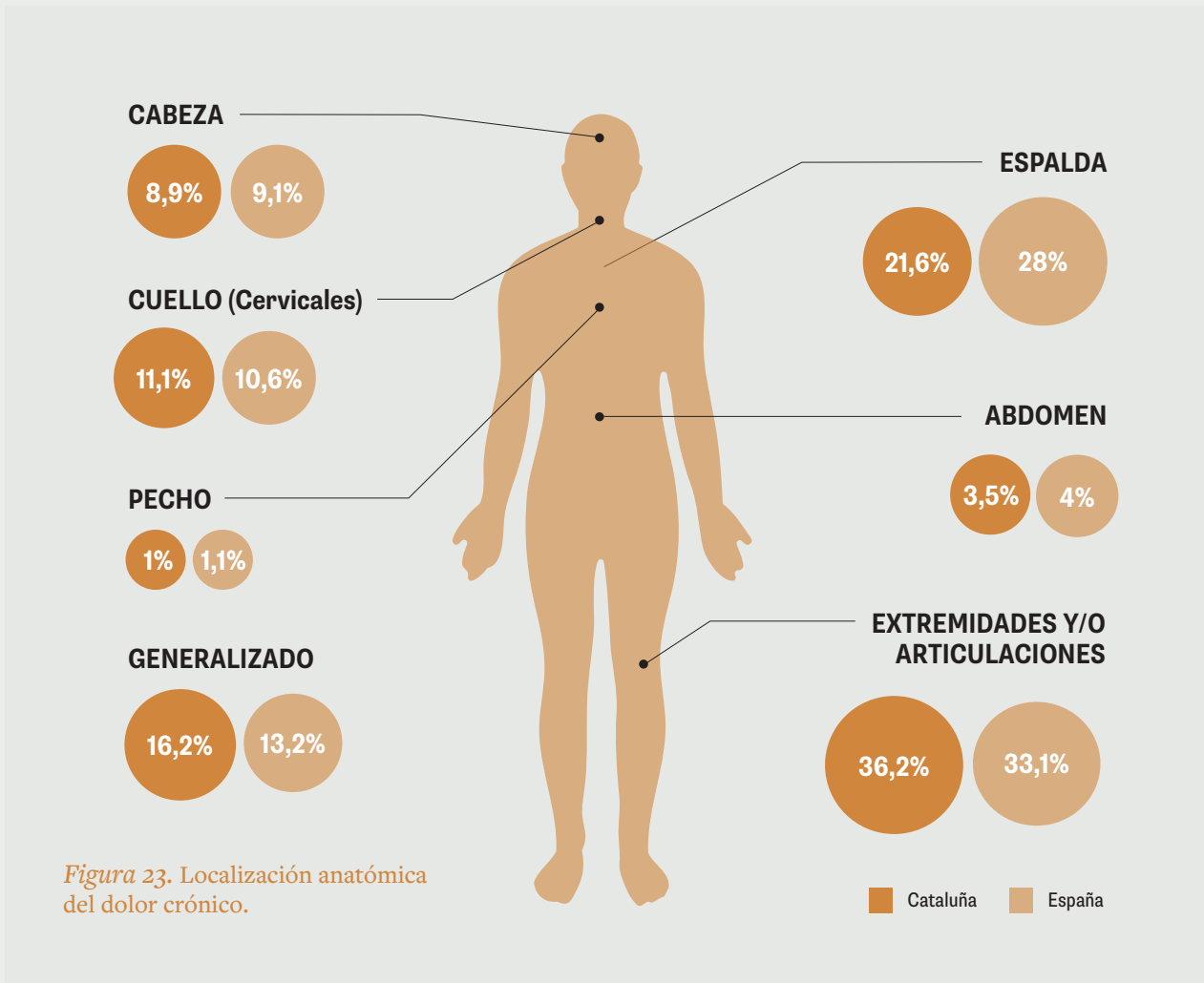


Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.



CONSECUENCIAS DEL DOLOR CRÓNICO

Los pacientes con dolor crónico ven habitualmente limitadas las actividades de su vida cotidiana, a causa de los impedimentos y problemas generados por la enfermedad (Figura 24).

La actividad que se ve más afectada en las personas con dolor crónico de Cataluña es levantarse de una silla o de la cama, como refieren un 63,9% de los pacientes. Sentarse (53,2%) y acostarse (51,6%) se ven también frecuentemente limitadas.

Estas tres actividades se encuentran también entre las más frecuentemente limitadas a nivel estatal,

aunque la proporción de pacientes que experimentan dificultades para realizarlas es menor que en Cataluña (62% de los encuestados experimentan dificultades para levantarse de una silla o de la cama, 50,7% para sentarse y 49,3% para acostarse).

Estas limitaciones en las actividades cotidianas pueden observarse también en el ámbito profesional, afectando al desempeño de las actividades y generando de forma frecuente la necesidad de bajas laborales en los pacientes (Figura 25 y Figura 26).

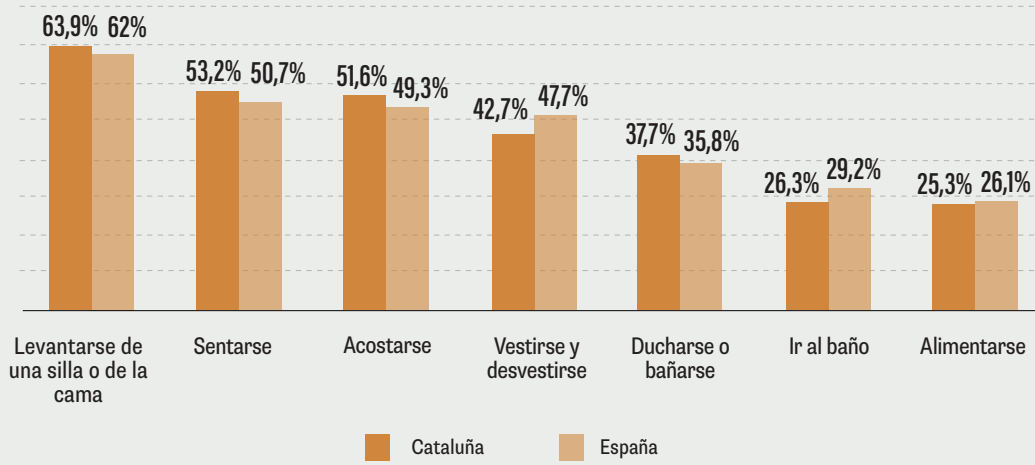


Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.

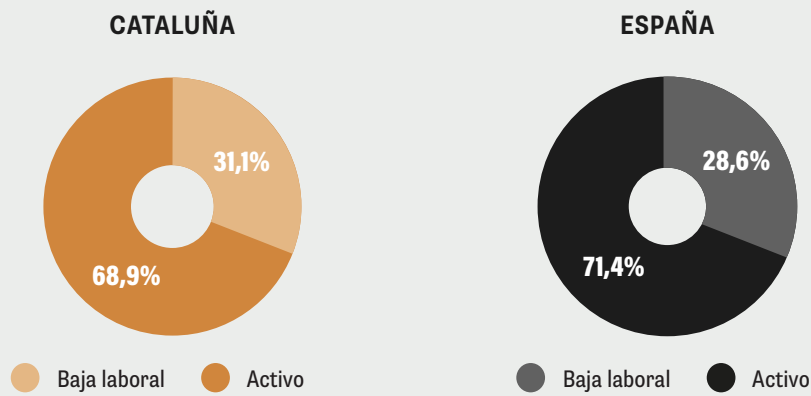


Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.

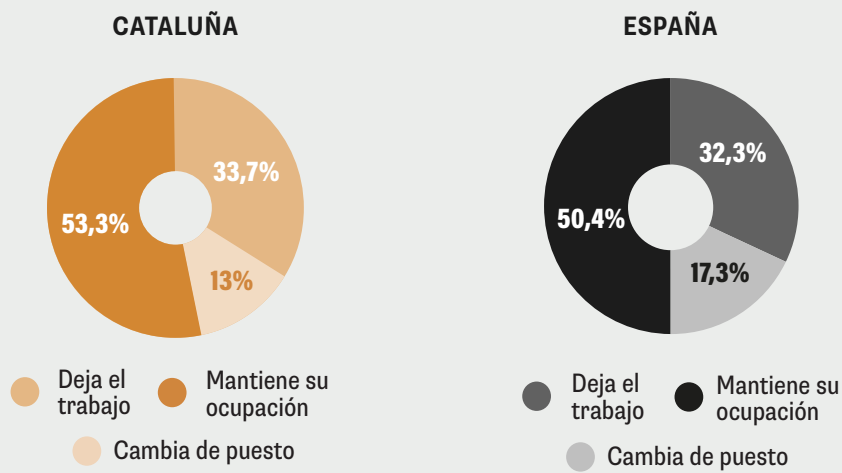


Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

En el último año un **31,1%** de los pacientes con dolor crónico de Cataluña han estado en situación de baja laboral. Es importante destacar que este dato se ha calculado sobre el número total de pacientes con dolor crónico, 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 Cataluña se ha extendido durante un periodo de **4,6 meses** en el último año (DT=5,4), con una duración mediana de 3 meses (RI=6,8), y ha provocado que un 33,7% de los afectados hayan abandonado su ocupación

y otro 13% hayan cambiado su puesto de trabajo como consecuencia del dolor crónico. A nivel estatal 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 visto modificada su puesto de trabajo por causa del dolor.

Finalmente, el malestar derivado del dolor supone para los pacientes dificultades para conciliar el sueño, de modo que hasta un **65,8%** de los pacientes catalanes con dolor crónico presentan **trastornos del sueño**, cifra superior al 64,8% a nivel estatal.

USO DEL SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DOLOR CRÓNICO

Como se ha presentado a lo largo este análisis de resultados, el dolor crónico presenta un destacado impacto en los pacientes, condicionando su vida

cotidiana y afectando negativamente al bienestar. Es por ello que los pacientes de dolor crónico hacen un uso frecuente de los servicios sanitarios (Figura 27).

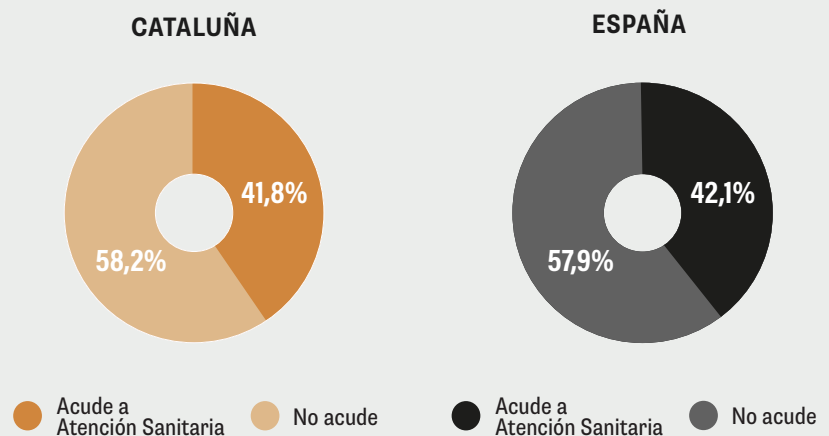


Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Un **41,8%** de los pacientes con dolor crónico de Cataluña han hecho uso de los **servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el nivel asistencial de referencia, visitado por el 82,6% de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios.

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

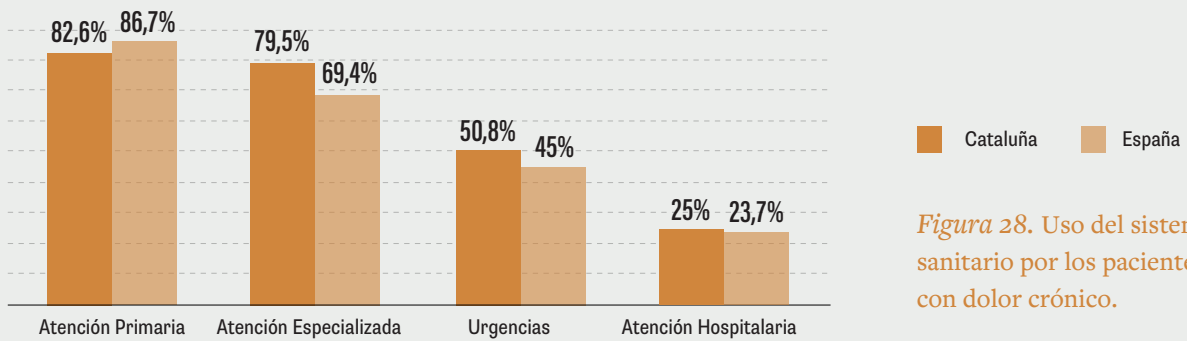


Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Cabe destacar que, a excepción de Atención Primaria, los pacientes con dolor crónico en Cataluña acuden con una frecuencia mayor a los servicios sanitarios analizados, siendo la diferencia más destacada en el caso de la Atención Especializada, donde el uso por parte de los individuos con dolor

crónico en Cataluña (79,5%) supera en más de diez puntos porcentuales al uso en España (69,4%).

Las visitas a Atención Especializada se distribuyen entre diferentes servicios (Figura 29).

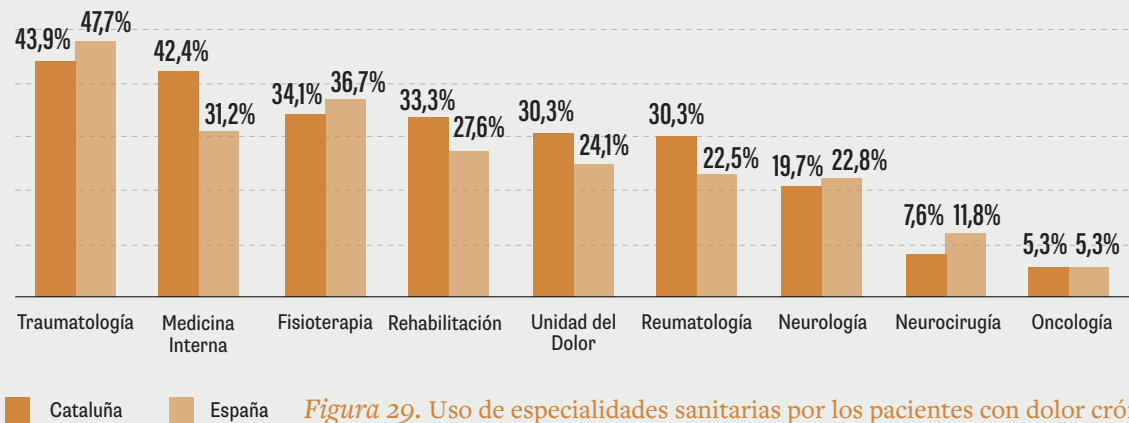


Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

Traumatología constituye la especialidad con mayor demanda por parte de los individuos con dolor crónico en Cataluña, habiendo sido visitada en el último mes por el **43,9%** de los pacientes que han hecho uso de la Atención Especializada. También a nivel estatal Traumatología es la especialidad con mayor demanda (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 30,3% de los pacientes de Cataluña y un 24,1% de los pacientes a nivel estatal.

Los pacientes que hacen uso de estas unidades en Cataluña tienen un tiempo medio de espera de 8,5 meses (DT=7,6) y una espera mediana de 9,6 meses (DT=10,2). Si bien la reducción de estos tiempos de espera se antoja decisiva para mejorar la atención a los pacientes, la situación de Cataluña es más favorable que en el cómputo estatal, donde los tiempos de espera medios ascienden a los 10,5 meses (DT=9,7).

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

En este bloque se comparan las características asociadas al dolor crónico, con aquellas que pueden relacionarse con el dolor continuo no crónico o la ausencia de dolor.

Para llevar a cabo este análisis se estudió la **distribución poblacional** de los tres grupos de individuos residentes en Cataluña que participaron en las encuestas (**sin dolor**, con **dolor continuo no crónico** y con **dolor crónico**) atendiendo a diferentes criterios socioeconómicos (edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral), de uso del sistema sanitario y de estado de salud.

El estudio comparativo de estas distribuciones poblacionales permite establecer las diferencias en la composición de los diferentes grupos e identificar los **aspectos en los que la enfermedad de dolor crónico impacta de manera diferencial**.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Los resultados obtenidos permiten observar una similar distribución por edad de la población en Cataluña y España, para los tres grupos analizados: pacientes con dolor crónico, pacientes con dolor continuo no crónico y población sin dolor (Figura 30).

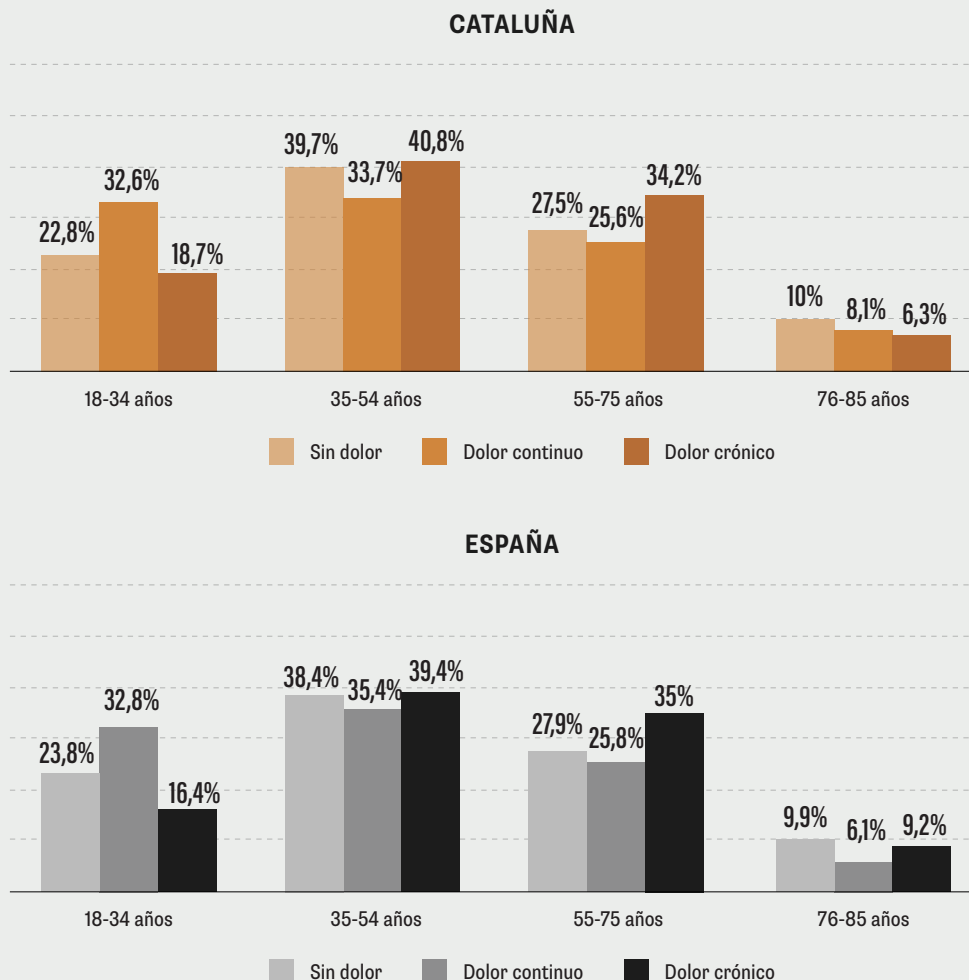


Figura 30. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.

El conjunto de individuos con dolor crónico, tanto a nivel autonómico como estatal, está constituido por una **proporción elevada de pacientes entre 35 y 75 años**, siendo el grupo entre 35 y 54 el más numeroso: 40,8% en Cataluña y 39,4% en España.

Por el contrario, los ciudadanos entre 76 y 85 años son el grupo menos numeroso entre los pacientes con dolor crónico: 6,3% en Cataluña y 9,2% en España.

Esta distribución está relacionada con la **prevalencia de la enfermedad**, que afecta de forma principal a los individuos entre 35 y 75 años, alcanzando su **máximo en los individuos entre 55 y 75 años** (32% en Cataluña y 30,6% en España) y decayendo en los grupos entre 18 a 34 años y entre 76 y 85 años.

Esta evolución en la prevalencia de dolor crónico y continuo según la edad puede también observarse en las edades medias de cada grupo (Figura 31).

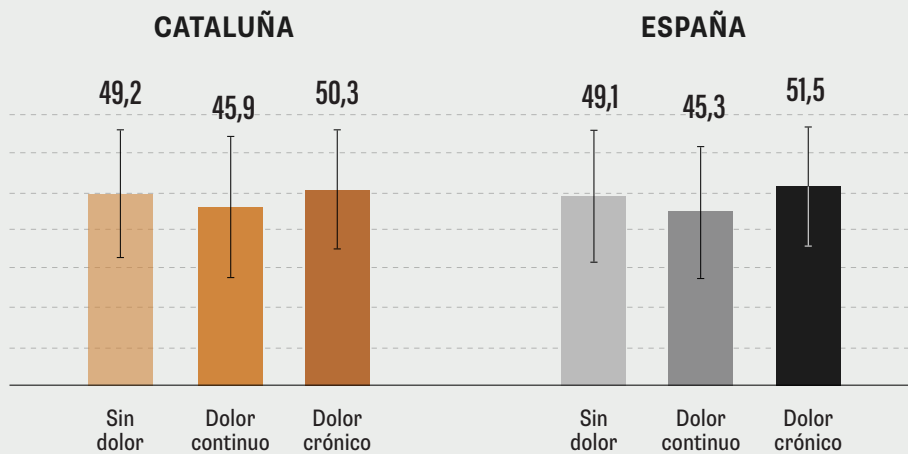


Figura 31. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

En Cataluña y España, la población con dolor crónico presenta una edad media superior a la población libre de dolor y con dolor continuo no crónico, fruto de la elevada prevalencia de la enfermedad en los individuos entre 55 y 75 años.

Sexo

La distribución de la población según el sexo es similar entre la ciudadanía residente en Cataluña y en el resto de España en los tres grupos de análisis (Figura 32). La **población femenina es mayoritaria** entre los individuos con dolor continuo no crónico

y dolor crónico en Cataluña y España. Adicionalmente, el grupo sin dolor presenta también predominancia femenina a nivel autonómico.

Cabe destacar que es en el grupo de dolor crónico donde la proporción de mujeres es más elevada, alcanzando el 66,1% en Cataluña (frente al 33,9% de hombres) y el 58,7% en España (frente al 41,3% de hombres). Esto se debe a la **mayor prevalencia del dolor crónico** en el sexo femenino (32,4% en Cataluña y 30,5% en España) con respecto al masculino (21,1% en Cataluña y 21,3% en España).

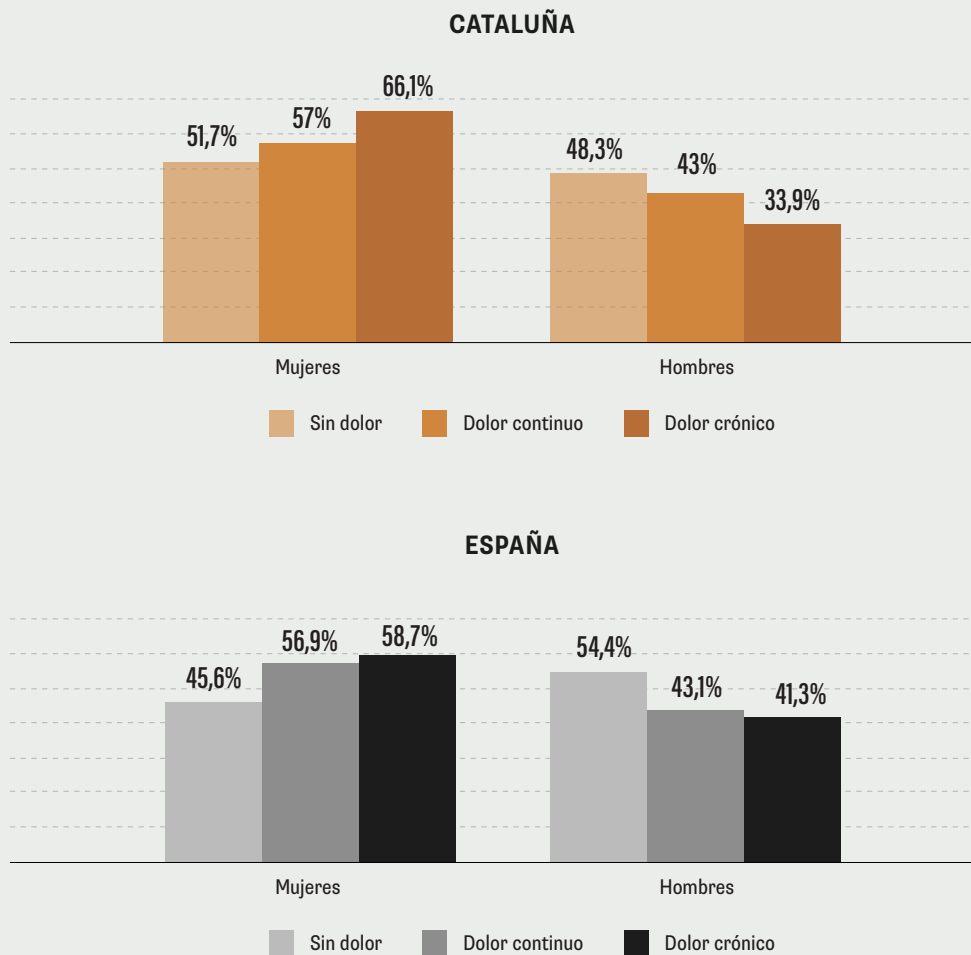


Figura 32. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.

Nivel de estudios

La estructura poblacional según el nivel de estudios es similar para los tres grupos analizados a nivel autonómico y estatal (Figura 33).

Cabe destacar la **menor proporción comparativa de individuos con estudios universitarios** en el grupo de dolor crónico, con respecto a los individuos sin dolor y con dolor continuo no crónico,

observado a nivel autonómico y estatal (38,4% en Cataluña y 40% en España).

Esta reducción en el peso de la población con estudios universitarios en el grupo con dolor crónico supone un incremento en la proporción del resto de niveles de estudios.

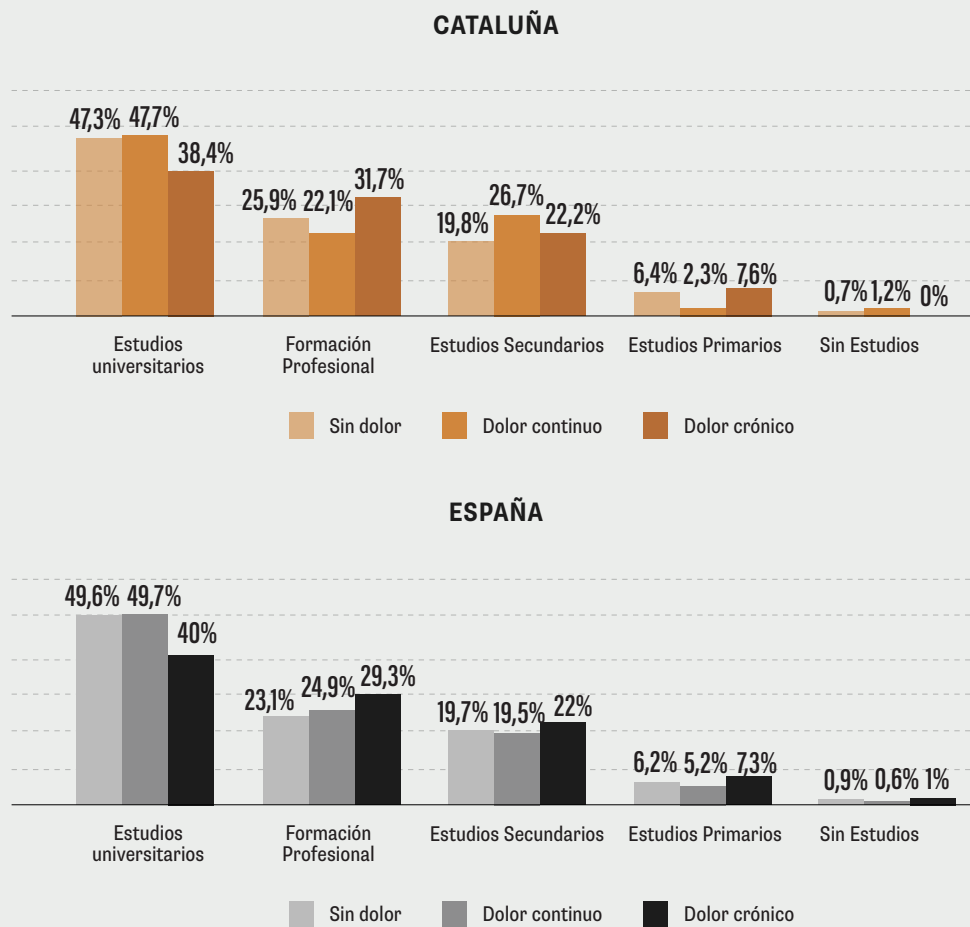


Figura 33. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.

Situación laboral

Al igual que se ha presentado en los apartados anteriores, las distribuciones poblacionales en Cataluña y España según la situación laboral son similares (Figura 34).

Cabe destacar, para las poblaciones catalana y española, que la proporción de trabajadores activos con dolor crónico se encuentra ligeramente por encima del 50%, dato notablemente inferior a la proporción de individuos con trabajo remunerado en los grupos sin dolor y con dolor continuo.

Esta **menor proporción de trabajadores en activo** podría explicarse por el impacto que genera la enfermedad de dolor crónico sobre las actividades profesionales, dificultando el desempeño laboral en los pacientes.

Estas limitaciones a nivel laboral se reflejan adicionalmente en la **elevada proporción de individuos en situación de incapacidad laboral** permanente en el grupo de dolor crónico (7% en Cataluña y 5,9% en España).

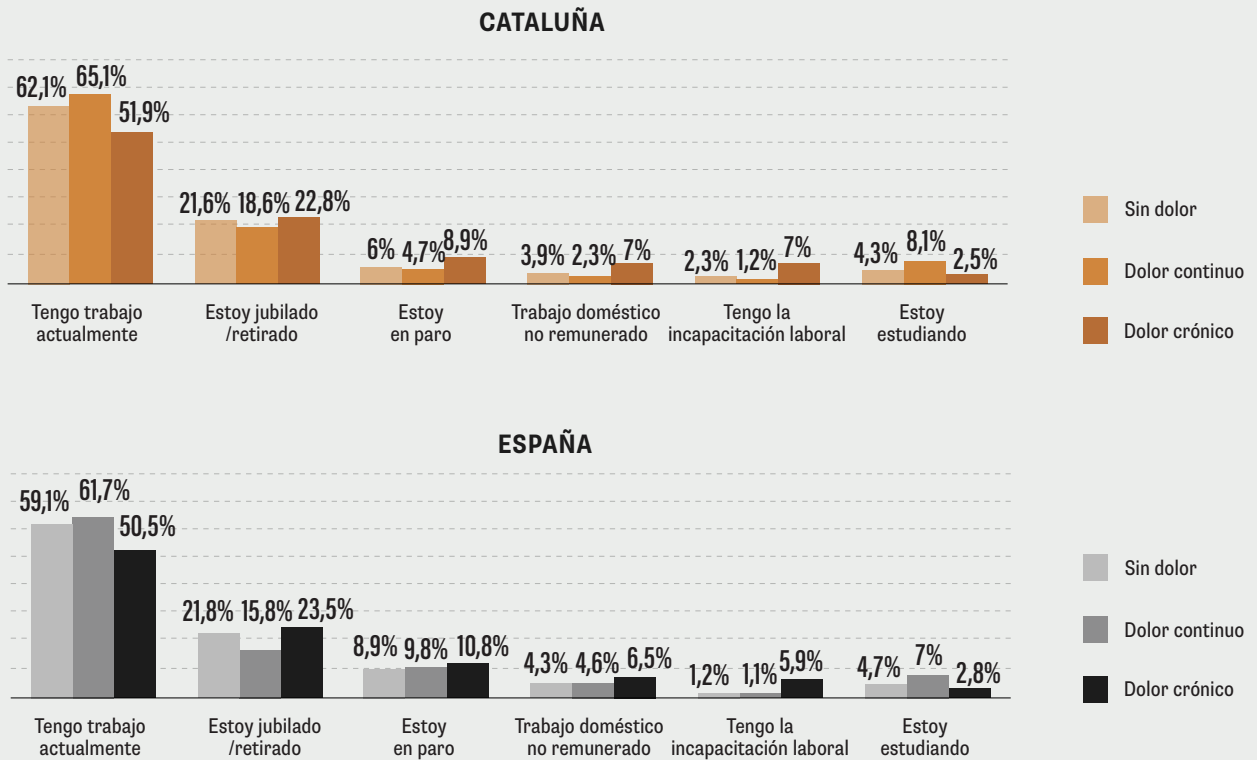
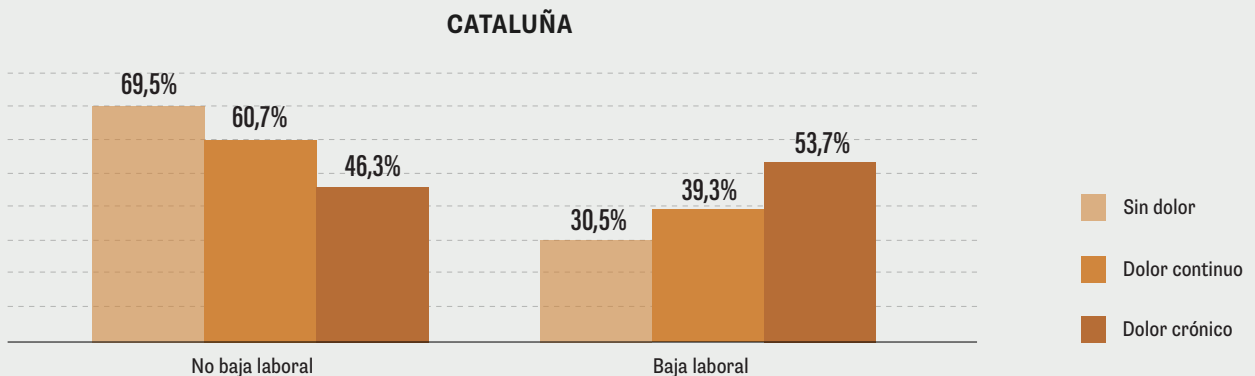


Figura 34. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.

En este sentido, los datos muestran también que una proporción elevada de los trabajadores en activo con dolor crónico han recibido una **baja laboral** en el último año derivada de la enfermedad, reflejo del impacto de la enfermedad. Este dato es especialmente notable en Cataluña, donde el 53,7% de los pacientes con dolor crónico que trabajan actualmente han precisado de baja (Figura 35).

Todos estos resultados se hacen eco del impacto que presenta la enfermedad de dolor crónico en el paciente y las **limitaciones** que genera en el desarrollo de sus **actividades profesionales**, reduciendo el porcentaje de individuos que desempeñan una actividad profesional y aumentando la proporción de individuos en **situación de desempleo o baja laboral** como consecuencia de la enfermedad.



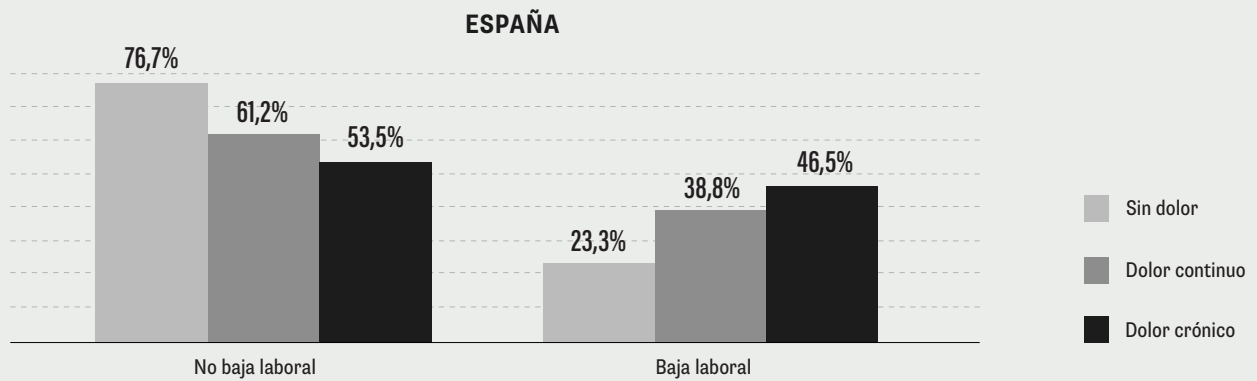


Figura 35. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.

USO DEL SISTEMA SANITARIO

Las distribuciones poblacionales de los grupos sin dolor, con dolor continuo y con dolor crónico según el uso del sistema sanitario son similares en Cataluña y España (Figura 36).

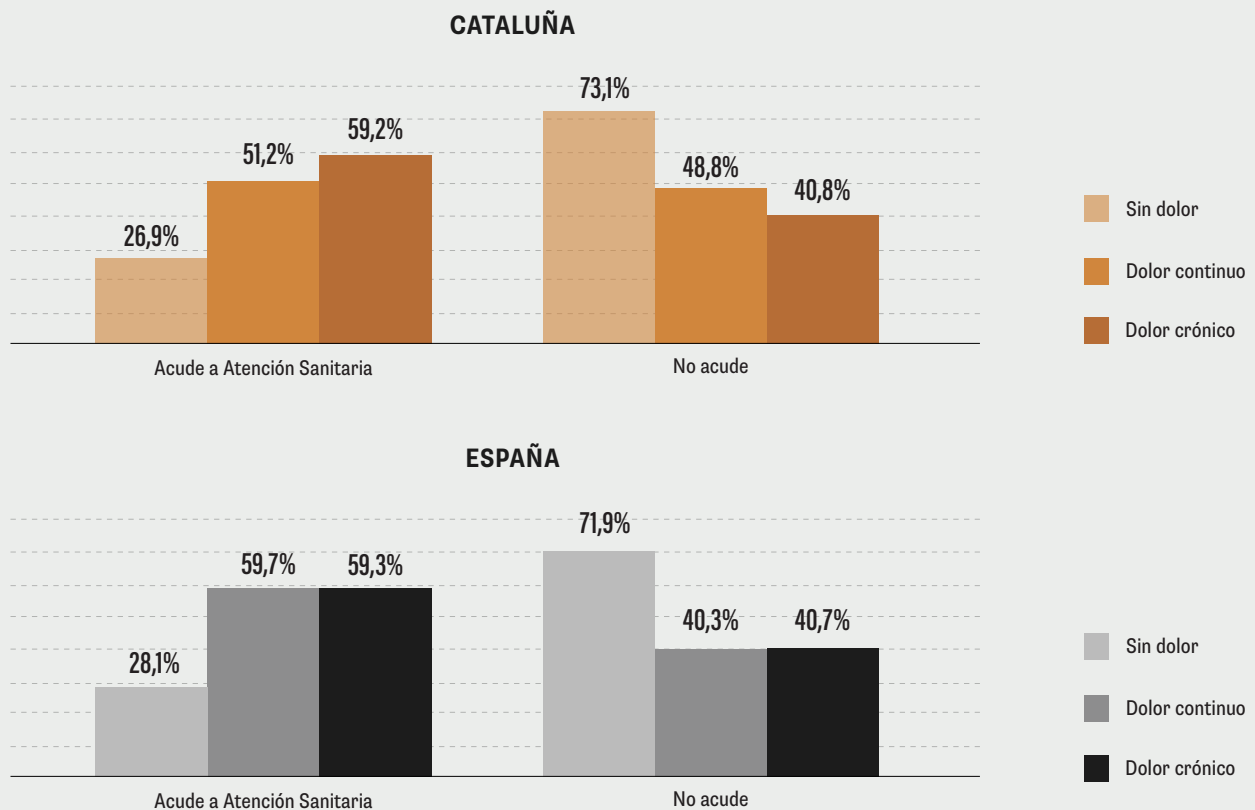


Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.

Cabe destacar que los pacientes con **dolor continuo no crónico y dolor crónico** hacen un **mayor uso de los servicios sanitarios** que los individuos sin dolor, habiendo acudido más de la mitad de estos pacientes a atención sanitaria en el último mes. El 59,2% de los pacientes con dolor crónico en Cataluña y el 59,3% en España han acudido al sistema sanitario en este periodo.

Esto contrasta con la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin dolor, grupo

en el que tan sólo el 26,9% en Cataluña y el 28,1% en España refieren haber acudido a los servicios médicos en el último mes.

Adicionalmente, los pacientes que han acudido al sistema sanitario en este tiempo, a nivel autonómico y estatal, han hecho un uso variable del mismo (Figura 37).

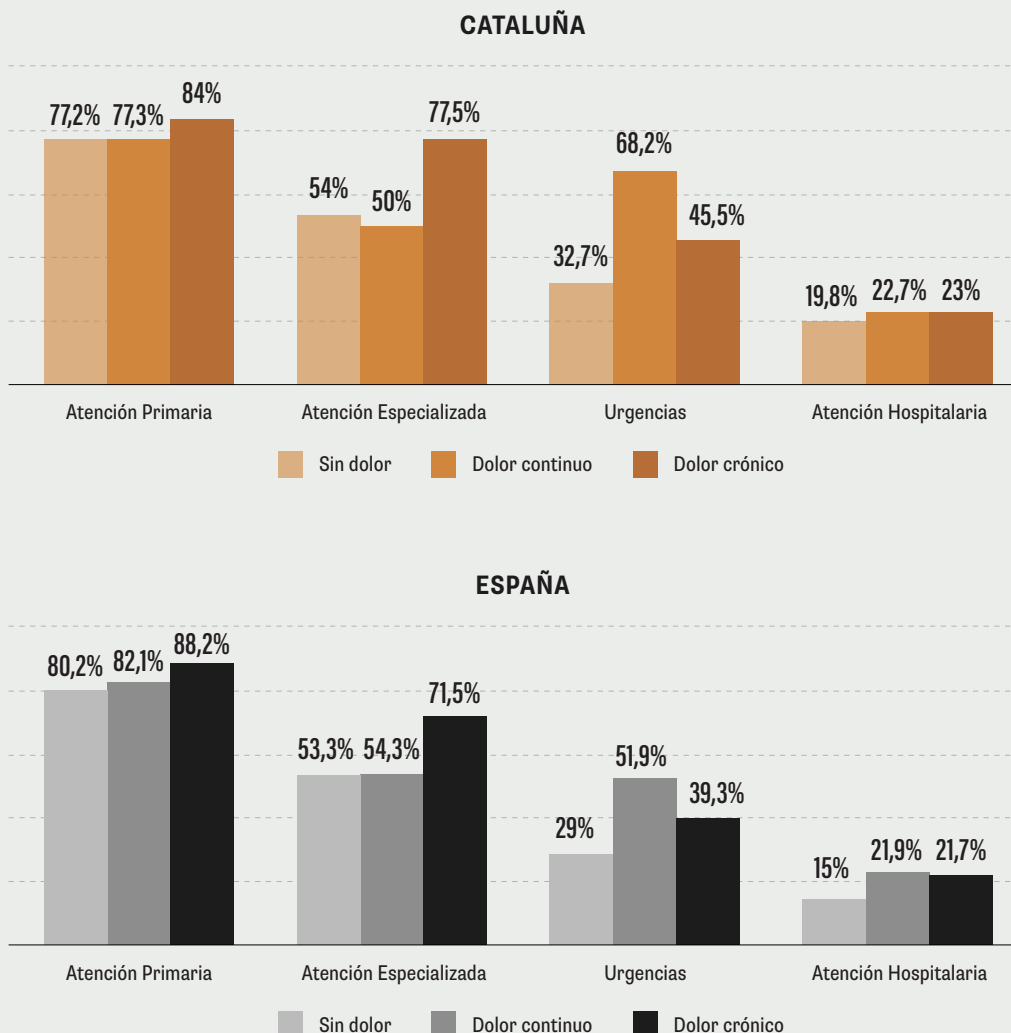


Figura 37. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por niveles asistenciales utilizados.

Si bien la proporción de pacientes con **dolor crónico** que hacen uso de Atención Primaria es ligeramente superior a la que ha hecho uso de este servicio en la población sin dolor y con dolor continuo, tanto a nivel Cataluña como a nivel España, la principal diferencia en la utilización de los niveles asistenciales se observa en **Atención Especializada**.

Hasta un 77,5% en Cataluña y un 71,5% en España de los pacientes con dolor crónico han visitado a médicos especialistas en el último mes, cifra que supera de forma notoria la proporción de pacientes con dolor continuo no crónico o individuos sin dolor que han recibido asistencia especializada en el mencionado periodo.

También resulta interesante observar cómo las urgencias son utilizadas de forma mayoritaria por los individuos con dolor continuo no crónico, tanto en Cataluña como en España.

Estas cifras ponen de manifiesto la mayor necesidad de asistencia sanitaria en los individuos con dolor (continuo y crónico) que en la población libre de dolor, si bien cada perfil de paciente demanda una asistencia sanitaria diferente: mayor peso de las **urgencias** en el **dolor continuo no crónico** y mayor peso de la **Atención Especializada** en los pacientes con **dolor crónico**.

ESTADO DE SALUD

Escalas

La calidad de vida media de la población encuestada, cuantificada por medio del cuestionario SF-12v2, ofrece unos datos similares en Cataluña y España (Figura 38).

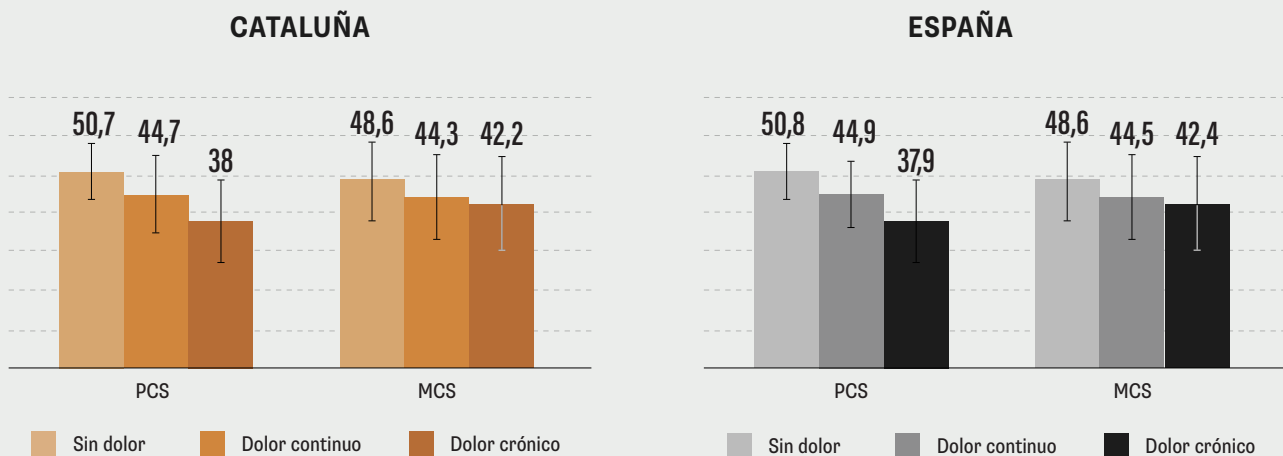


Figura 38. Calidad de vida física y mental de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los **individuos libres de dolor** presentan una **mayor calidad de vida física y mental** promedio que los pacientes con dolor continuo y dolor crónico.

La puntuación de calidad de vida física del grupo sin dolor se sitúa en 50,7 puntos (DT=7,2) en Cataluña y 50,9 puntos (DT=7,3) en España, valor ligeramente superior al valor de referencia de 50 puntos. No

obstante, la calidad de vida mental de los individuos sin dolor, situada en 48,6 puntos (DT=10,2) a nivel autonómico y 48,7 puntos (DT=10,4) a nivel estatal no alcanza este umbral.

Los individuos con dolor continuo no crónico y dolor crónico, tanto en Cataluña como en España, no superan el valor de referencia en las escalas, siendo

los pacientes con dolor crónico los que presentan una menor calidad de vida a nivel físico y mental.

Los pacientes con dolor crónico en Cataluña presentan 38 puntos (DT=10,6) en la escala PCS y 42,2 puntos (DT=11,8) en la escala MCS, datos muy cercanos a los observados en España: 38 puntos

(DT=10,5) en el ámbito físico y 42,4 puntos (DT=11,6) en el ámbito mental.

Las diferencias observadas en la calidad de vida entre los ciudadanos con dolor y libres de dolor se observan también en el nivel de depresión y ansiedad, medido por medio del cuestionario HADS (Figura 39).

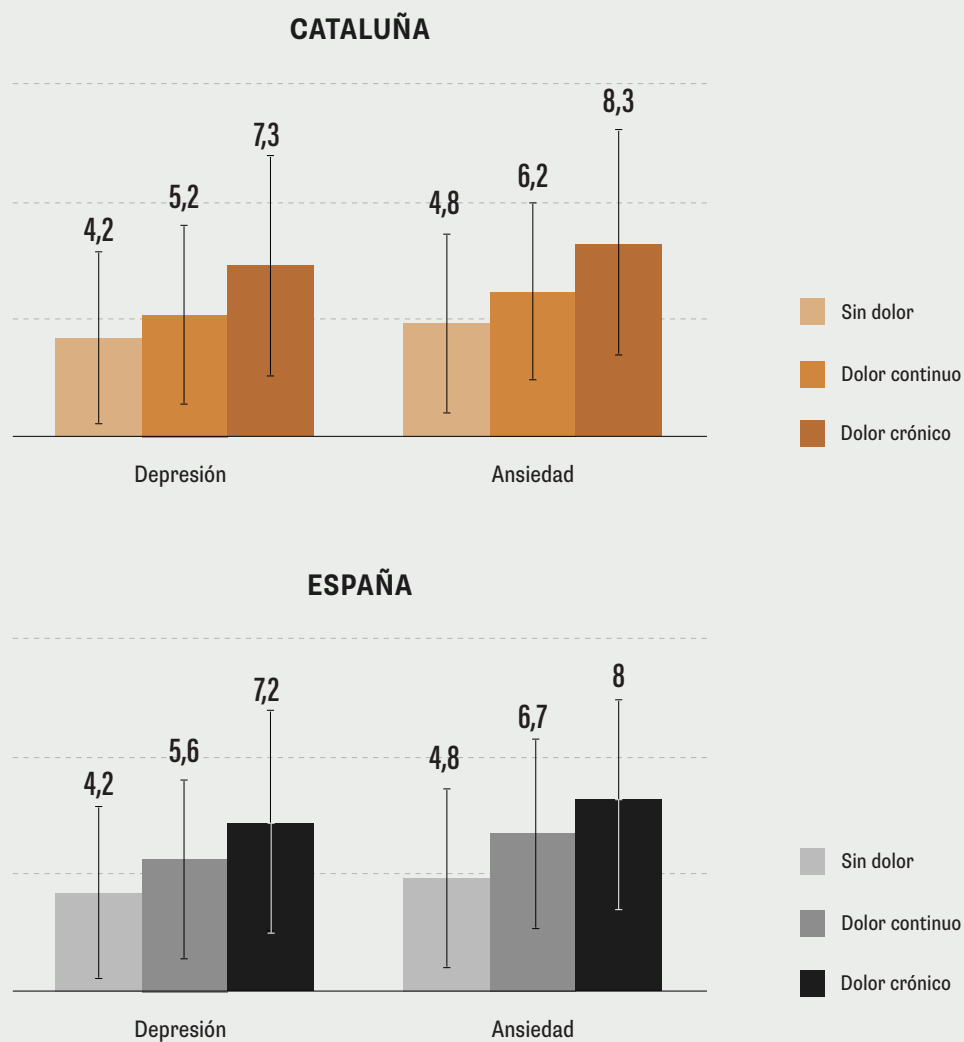


Figura 39. Nivel de depresión y ansiedad de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los encuestados pertenecientes al **grupo sin dolor** presentan un nivel promedio de **depresión** de 4,2 puntos (DT=3,7) y un nivel de **ansiedad** de 4,8 puntos (DT=3,8) en Cataluña y España, **inferiores** a los valores observados en la población con dolor continuo y dolor crónico.

Los individuos con **dolor crónico** muestran un mayor nivel de depresión y ansiedad que los individuos con dolor continuo a nivel autonómico y estatal. Cabe destacar que los valores promedio medidos en el grupo de pacientes con dolor crónico para **depresión** (7,3 puntos; DT=4,7 en Cataluña

y 7,2 puntos; DT=4,5 en España) y **ansiedad** (8,3 puntos; DT=4,8 en Cataluña y 8 puntos; DT=4,5 en España) se encuentran próximos al umbral de 8 puntos, **indicativo de indicios de estas patologías**.

Estos valores promedio permiten determinar el mayor riesgo de aparición de trastornos de depresión y ansiedad en la población con dolor crónico. Hasta un 24,1% de los pacientes catalanes y un 22,2% de los pacientes españoles con dolor

crónico muestran casos de depresión y, adicionalmente, un 32% de los pacientes catalanes y un 27,6% de los pacientes españoles padecen de ansiedad.

Finalmente, el apoyo social percibido por los individuos que han participado en el estudio, analizado a través del cuestionario Duke, también presenta variaciones entre la población sin dolor, con dolor continuo no crónico y con dolor crónico (Figura 40).

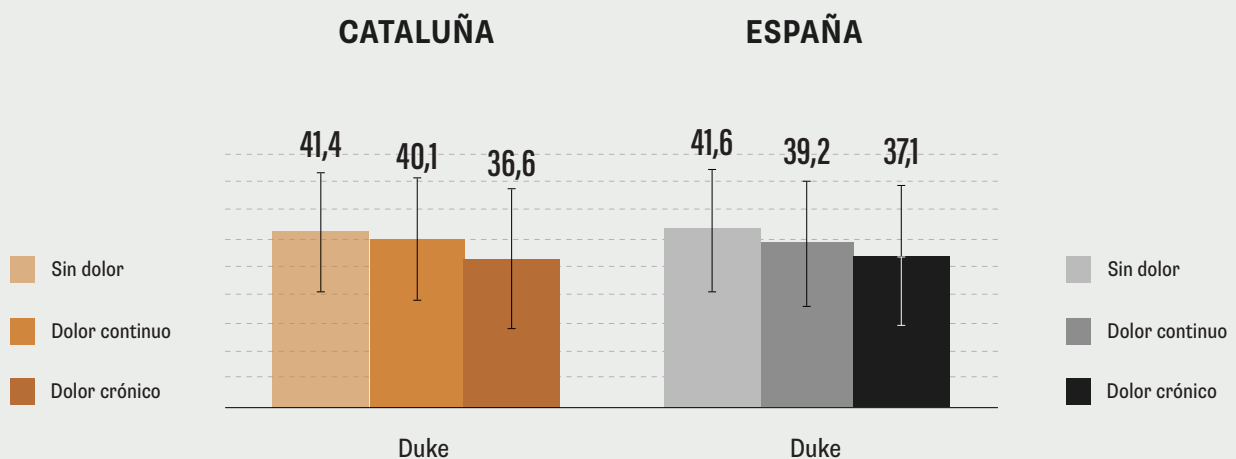


Figura 40. Apoyo social percibido de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los encuestados del **grupo libre de dolor** presentan un **apoyo social percibido** promedio de 41,4 puntos (DT=10) en Cataluña y 41,6 puntos (DT=10,2) en España, valor **superior** al observado en los grupos de pacientes con dolor. Los pacientes con **dolor crónico** perciben un **menor apoyo social** que los pacientes con dolor continuo, si bien los valores medidos en ambos grupos se sitúan por encima del umbral de 32 puntos que indica un **adecuado apoyo social**.

En Cataluña, un 68,4% de los pacientes con dolor crónico manifiestan un apoyo “normal” y la puntuación de apoyo percibido se sitúa en los 36,6 puntos (DT=11,8). A nivel estatal, el 71% de los pacientes

valoran como “normal” el apoyo recibido y la puntuación Duke media es de 37,1 puntos (DT=11,6). Esto subraya la **importancia de los cuidadores y familiares** de los enfermos en el apoyo cotidiano, para favorecer el desarrollo de las actividades diarias.

Los resultados de las tres escalas analizadas confirman que el **estado de salud** de los pacientes con dolor crónico es inferior que el de la población con dolor continuo no crónico y el de la población sin dolor, tanto en Cataluña como en España, por lo que se antoja fundamental el **seguimiento** personalizado y continuo de la **salud física y mental** de los pacientes, con el propósito de lograr un adecuado abordaje de la enfermedad.

Limitaciones de la vida diaria

Tal y como se refleja en las escalas anteriormente presentadas, el estado de salud de la población con dolor crónico está más comprometido que

en la población sin dolor y con dolor continuo no crónico. En este hecho influyen las dificultades que experimentan los individuos en la realización de sus actividades diarias (Figura 41).

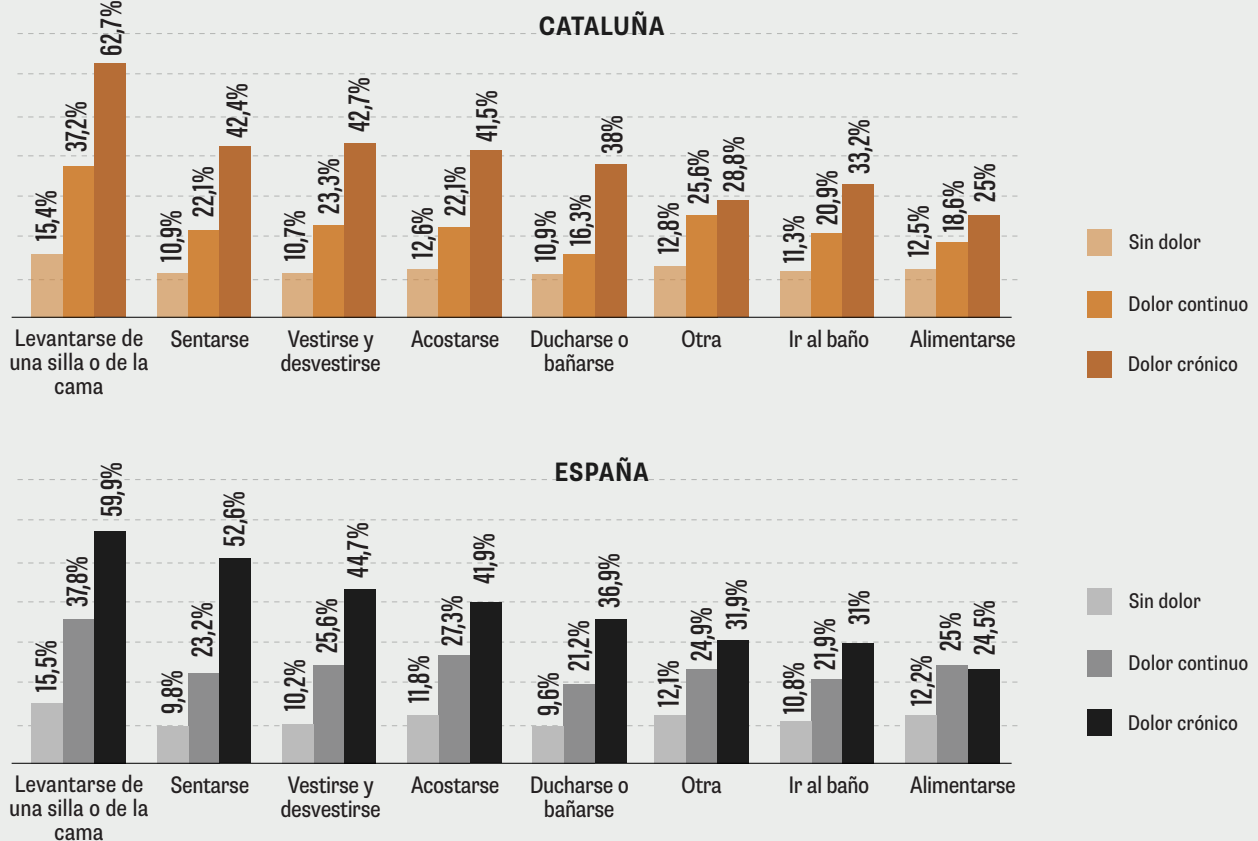


Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.

Los individuos con **dolor** (continuo no crónico y crónico) presentan **mayores dificultades** para desarrollar por sí mismos sus **actividades diarias** que la población sin dolor. A su vez, los pacientes con dolor crónico sufren más dificultades que los pacientes con dolor continuo no crónico.

La actividad para la que los pacientes con **dolor crónico** presentan una menor autonomía, tanto en Cataluña como el conjunto estatal, es **levantarse de una silla o de la cama**, ya que un 62,7% de los pacientes catalanes y un 59,9% de los pacientes

españoles presentan alguna dificultad o son incapaces de realizarla.

La existencia de estas dificultades para desarrollar de forma autónoma las actividades cotidianas supone, para las personas que las sufren, la necesidad de contar con apoyo para la adecuada realización de las mismas. Esta **necesidad de apoyo** será más acusada en aquellos individuos con dolor crónico, que constituye el grupo con mayores dificultades (Figura 42).

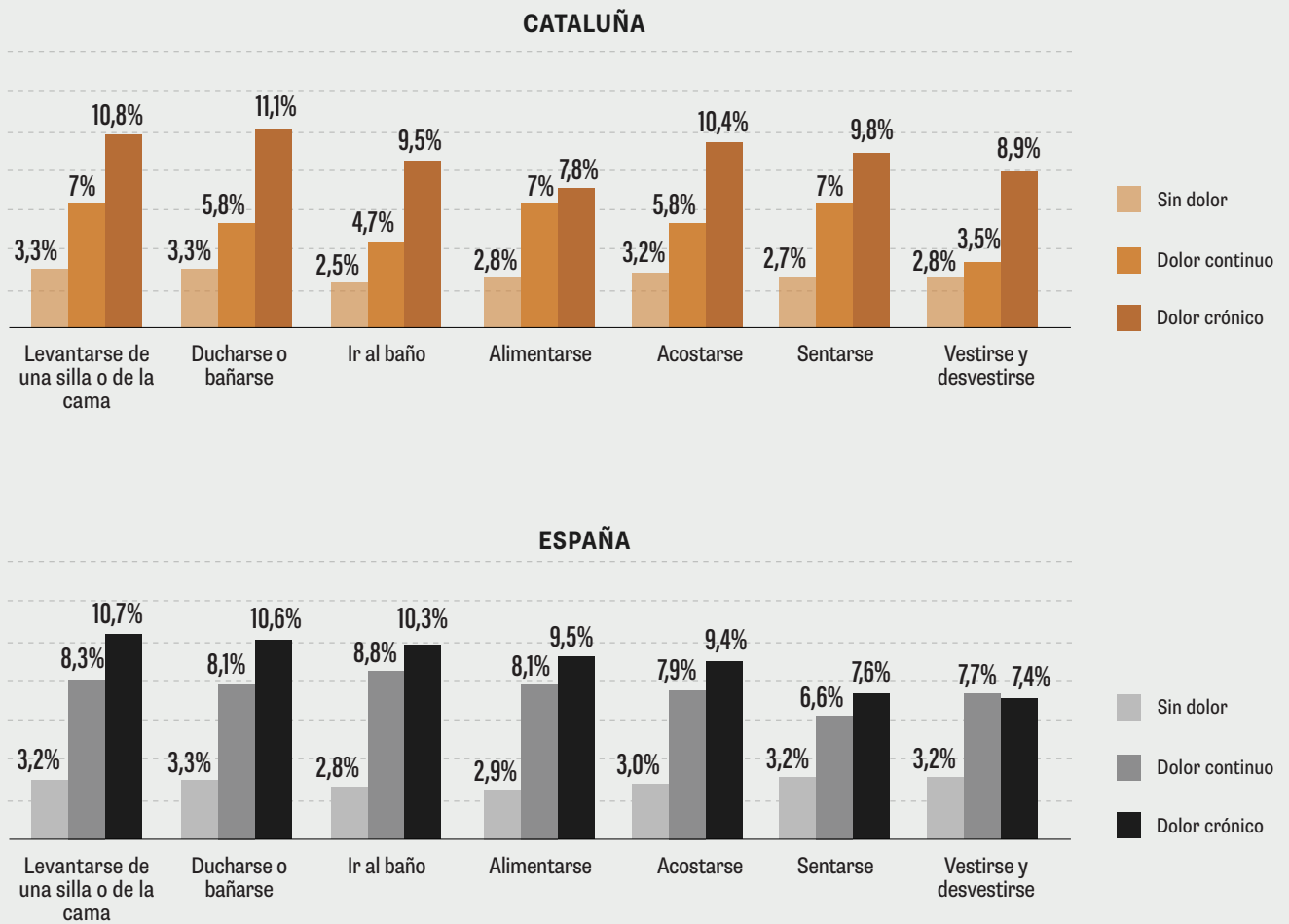


Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.

Levantarse de la silla o de la cama es la actividad para la que los pacientes con dolor crónico cuentan con un mayor apoyo a nivel autonómico y estatal, recibiendo ayuda el 10,8% de los pacientes catalanes y el 10,7% de los pacientes españoles.

Por todo lo comentado, los resultados muestran que los individuos con dolor (especialmente aquellos que sufren de **dolor crónico**) experimentan **mayores dificultades** en su vida diaria que la población sin dolor y cuentan con un **mayor apoyo** para desarrollar sus actividades cotidianas.

Conclusiones

Cataluña ha puesto el foco en los últimos años en el abordaje del dolor crónico, problema de salud pública con gran impacto en la sociedad catalana, que ha sido considerado uno de los grandes compromisos en materia sanitaria en la actualidad.

Este esfuerzo se ha visto plasmado en la publicación de planes sanitarios de impacto como el “Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor”, el documento de “Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña” o, como hito más reciente, el documento “**Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad**”. Estas estrategias han permitido optimizar las prácticas y recursos asistenciales y mejorar el reconocimiento del paciente a diferentes niveles.

De forma paralela, las grandes líneas de investigación en salud han tenido al dolor crónico como uno de sus ejes centrales, siendo los **ocho Institutos de Investigación Sanitaria** acreditados en la Comunidad Autónoma los grandes exponentes de la **investigación en dolor** a nivel estatal, contribuyendo a expandir el conocimientos de la enfermedad: Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (**IMIM**), Instituto de Investigación Sant Pau (**IIB Sant Pau**), Instituto de Investigación Vall d’Hebron (**VHIR**), Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (**IGTP**), Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (**IDIBAPS**), Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (**IDIBELL**), Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (**IRB Lleida**), Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (**I3PT**).

Si bien el trabajo en los tiempos recientes ha sido positivo, la marcada tendencia al **envejecimiento poblacional** en Cataluña, segunda Comunidad Autónoma con mayor población, plantea el reto de optimizar la respuesta ante el dolor crónico, ya los ciudadanos de edad avanzada constituyen uno de los principales colectivos de riesgo.

Para ello, resulta clave potenciar el papel de las **Unidades de Dolor** en el proceso asistencial, que dan servicio hoy al **30,3%** de los pacientes catalanes con dolor crónico que acuden a Atención Especializada. En la actualidad, Cataluña cuenta con 54 UTD en su territorio (22 ubicadas en hospitales del SNS y 32 ubicadas en centros privados) y el periodo medio de espera de los pacientes para acceder a estas es de 8,5 meses.

Esta disponibilidad de unidades, **próxima a 0,7 UTD por cada 100.000 habitantes**, se encuentra por debajo de la media estatal, por lo que la expansión de la red de UTD en Cataluña, así como el adecuado acceso de los pacientes a las mismas, se antojan decisivos para mejorar el abordaje de la enfermedad y la salud de los pacientes.

Para comprender mejor el alcance actual del dolor crónico y orientar las actuaciones futuras, es importante tener en cuenta los principales resultados de las encuestas que vertebran este trabajo. La enfermedad de dolor crónico presenta una prevalencia del **27,4% en la población adulta** residente en Cataluña, lo que supone que más de un millón y medio de personas se ven afectadas por esta enfermedad en la Comunidad Autónoma.

El grupo de edad **entre 55 y 75 años** es el más afectado por la enfermedad, con una prevalencia del **32%**, siendo los individuos con edades comprendidas entre los 76 y los 85 años los que presentan una prevalencia más baja, 19,6%.

Las **mujeres** constituyen el sexo en el que la enfermedad presenta un alcance mayor, con una prevalencia del **32,4%**, que se reduce al 21,1% en la población masculina.

Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, el dolor crónico genera un gran impacto en los individuos que lo padecen, los cuales se ven afectados por la enfermedad durante un **periodo medio de 6,6 años**, en el que experimentan una **intensidad de dolor media de 6,7 puntos** en una escala de 0 (au-

sencia de dolor) a 10 (dolor insoportable), estando un **56%** de los pacientes aquejados de **“mucho” dolor** (puntuaciones entre 7 y 9).

La **causa diagnóstica** más frecuente de dolor crónico en Cataluña es el **dolor lumbar**, manifestado por un 60,8% de los pacientes, si bien hasta el 27,1% no conocen el origen de su dolencia, lo que dificulta el abordaje de la misma. A su vez, la **localización anatómica** más frecuente del dolor se encuentra en las **extremidades y/o articulaciones**, con un **36,2%** de pacientes afectados.

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

Los pacientes con dolor crónico presentan una importante falta de autonomía para llevar a cabo las actividades cotidianas, siendo la actividad más comprometida **levantarse de una silla o de la cama**, suponiendo **dificultades a un 63,9%**.

Reflexión final: retos futuros en el abordaje del dolor crónico en Cataluña

El elevado impacto del dolor crónico en Cataluña, tercera Comunidad Autónoma con mayor prevalencia a nivel estatal, posiciona a la enfermedad como uno de los grandes desafíos para los sistemas asistenciales y destaca la necesidad de optimizar los recursos asistenciales destinados a su manejo y conocimiento.

Adicionalmente, las características demográficas de Cataluña, sumida en un proceso de progresivo

Cabe destacar también que un **65,8%** de los pacientes con dolor crónico en Cataluña **presentan trastornos del sueño** derivados de la enfermedad, lo que pone de manifiesto la importancia de la prevención y el cuidado en salud mental.

En cuanto a las actividades profesionales, un **31,1%** del total de pacientes catalanes ha necesitado de **baja laboral** a causa del dolor en el último año, prolongándose estas durante un tiempo promedio de **4,6 meses**. Esta necesidad de baja laboral ha llevado a un 33,7% de los pacientes a dejar su ocupación previa y a un 13% adicional a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor.

Todo ello se traduce en que un **41,8%** de los pacientes con dolor crónico en la Comunidad Autónoma han hecho **uso de los servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el servicio de entrada más habitual, visitado por el **82,6%** de los pacientes. Los servicios especializados, utilizados por un 79,5% de los pacientes, tienen también un gran peso en la asistencia, destacando **Traumatología** como la especialidad más demandada, visitada por un **43,9%** de los pacientes que reciben Atención Especializada.

envejecimiento poblacional, pone el foco en el alcance futuro del dolor crónico, ya que la población mayor supone uno de los principales colectivos de riesgo.

Tomando esto en consideración, se plantean cinco retos futuros en el abordaje del dolor crónico en Cataluña, que permitan desarrollar una respuesta efectiva a la enfermedad y contemplen el impulso de acciones con impacto en el futuro.

RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

- 1. Favorecer la expansión de la red de Unidades de Tratamiento de Dolor**, ampliando la disponibilidad de unidades y la dotación de recursos, con el fin de optimizar el acceso de los pacientes a una atención específica de calidad.
- 2. Impulsar planes de prevención** del dolor crónico, que mejoren el conocimiento de la enfermedad entre la población general y mitiguen la cronificación de las patologías asociadas al dolor, por medio de una atención temprana y de continuidad.
- 3. Iniciar una evaluación de las estrategias** vigentes en materia de dolor, analizando la consecución de hitos clave que permitan el desarrollo de actualizaciones y la puesta en marcha de actuaciones con impacto en el futuro.
- 4. Poner el foco en la realidad profesional de los pacientes**, promoviendo la adaptación de los entornos de trabajo con el objetivo de reducir el abandono laboral, que afecta a una proporción destacada de los individuos con dolor crónico.
- 5. Continuar la actividad en investigación e innovación** en dolor crónico liderada por los Institutos de Investigación Sanitaria, favoreciendo la cooperación a nivel nacional e internacional y el trabajo multidisciplinar.

Bibliografía

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. BiInnova Consulting. Inicio.
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. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico.
12. Expansión, 2023. Evolución: PIB anual España.
13. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2010. Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña: manejo del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria. Criterios de Planificación de las Unidades de Dolor.
14. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, 2016. Abordaje del dolor crónico no oncológico.
15. Sociedad Catalana del Dolor & Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2017. Consenso catalán de dolor crónico no oncológico.
16. Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña & Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña, 2018. Guía de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides.
17. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña, 2021. Promoción de la autonomía y de la atención a las personas con apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Cataluña.

18. Consejo Europeo, 2022. Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles. Diario Oficial de la Unión Europea.
19. Servicio Catalán de la Salud, 2023. Unidades del dolor en el SISCAT: cartera de servicios y niveles de complejidad.
20. Instituto de Salud Carlos III. Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados.
21. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Hospital del Mar Research Institute.
22. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. El Hospital del Mar pone en marcha un Laboratorio de la Artrosis, una experiencia única en nuestro país.
23. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Master en Fisiopatología y tratamiento del dolor.
24. Instituto de Investigación Sant Pau. Presentación.
25. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurofarmacología Molecular.
26. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurocirugía.
27. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurofarmacología Molecular - Principales líneas de investigación.
28. Instituto de Investigación Sant Pau. Grupo de Neurocirugía - Principales líneas de investigación.
29. Instituto de Investigación Vall d'Hebron. ¿Quiénes somos?
30. Instituto de Investigación Vall d'Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico.
31. Instituto de Investigación Vall d'Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico - BiOmarcadores Moleculares y clínicos de respuesta al tratamiento en los Ataques de Migraña (Estudio MAMBO).
32. Instituto de Investigación Vall d'Hebron. Grupo de Cefalea y dolor neurológico - (PRED-IMIGRAINE) Medicina de precisión para prevenir la cronificación de la migraña a través de la predicción de las crisis de dolor y de la respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-CGRP utilizando estrategias multi-ómicas.
33. Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol. Quiénes somos.

34. Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol. Llega al mercado un cinturón con termoterapia para aliviar la sensación de dolor durante el parto diseñado en Germans Trias.
35. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Conócenos.
36. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neuropsicología.
37. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología.
38. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neuropsicología - Marcadores neurocognitivos de dolor crónico y depresión: una aproximación transdiagnóstica a la medicina de precisión.
39. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología - Bases neurofisiológicas del dolor i picor crónico: canales iónicos en neuronas sensoriales implicados en enfermedades inflamatorias y oculares.
40. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. Grupo de Neurofisiología - Bases fisiopatológicas del dolor crónico: foco en enfermedades inflamatorias crónicas de la superficie ocular.
41. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. El Instituto.
42. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Enfermedades Neurológicas y Neurogenética.
43. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Neurofarmacología y Dolor.
44. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Enfermedades Neurológicas y Neurogenética - Diez días menos de migraña al mes en pacientes mayores de 65 años gracias a los nuevos anticuerpos monoclonales anti-CGRP.
45. Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge. Grupo de Neurofarmacología y Dolor - Nuevo estudio sobre la efectividad de dos tratamientos intravenosos por la neuralgia del trigémino.
46. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Presentación.
47. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Grupo multidisciplinar de investigación clínica de patología musculoesquelética, fragilidad y tratamiento del dolor.
48. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Grupo multidisciplinar de investigación clínica de patología musculoesquelética, fragilidad y tratamiento del dolor - Estudio comparativo fracturas osteoporóticas de cadera de pacientes tratados con antiagregantes

plaquetarios respecto al tiempo de demora quirúrgico.

49. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Introducción.
50. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Área de Epidemiología, Mejora Asistencial y Cronicidad.
51. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Grupo de investigación en Farmacia Clínica.
52. Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí. Grupo de investigación enfermera.
53. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.
54. Ministerio de Sanidad. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS).
55. Cint. Market Research and Insights.
56. 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.
57. 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.
58. Zigmond A. & Snaith R., 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
59. Selvarajah D. et al., 2014. The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy. *Diabetes and Vascular Disease Research*. doi: 10.1177/1479164114522135.
60. 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.
61. 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.

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%
TOTAL	37.801.848	18.520.375	49%	19.281.473	51%	8.597.096	23%	6.815.008	18%	7.683.816	20%	6.568.071	17%	4.779.970	13%	3.357.887	9%

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%
TOTAL	37.801.848	18.520.375	49%	19.281.473	51%	8.597.096	23%	6.815.008	18%	7.683.816	20%	6.568.071	17%	4.779.970	13%	3.357.887	9%

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, DÍGME ¿HA TENIDO QUE SER ATENDIDO EN UN CENTRO SANITARIO en las últimas 4 semanas a causa del dolor?

- Sí
- No → pasar a cuestionario principal

HACER A QUIENES EN P.12 RESPONDEN SÍ

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

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

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

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

HACER SI HA RESPONDIDO QUE SÍ A UNIDAD DEL DOLOR

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

- Días (máx. 31)

- Meses (máx. 12)
- Años (máx. 99)

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

Cuestionario principal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

23.1. Me siento tenso o nervioso

- (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) Muchas veces
 - (3) Todos los días
- 23.2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
- (0) Como siempre
 - (1) No lo bastante
 - (2) Sólo un poco
 - (3) Nada

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

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

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

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

23.5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

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

23.6. Me siento alegre

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

23.7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

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

23.8. Me siento como si cada día estuviera más lento

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

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

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

23.10. He perdido interés por mi aspecto personal

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

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

- (0) Nada
- (1) No mucho

- 2) Bastante
(3) Mucho

23.12. Me siento optimista respecto al futuro

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

23.13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla A2 – 1. Características de la muestra encuestada en Cataluña.

Variables	Categorías	N	%
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad (N=1.153)	Media (DT)	49,25 (16,3)	
	Mediana (RI)	49 (25)	
	18-34	258	22,38
	35-54	456	39,55
	55-75	337	29,23
Sexo (N=1.153)	76-85	102	8,85
	Hombre	507	43,97
	Mujer	646	56,03
	Nivel de estudios (N=1.150)	Sin Estudios	6
Estudios Primarios		74	6,43
Estudios Secundarios		241	20,96
Formación Profesional		313	27,22
Estudios universitarios		516	44,87
Situación laboral (N=1.153)	Tengo trabajo actualmente	686	59,50
	Estoy en paro	77	6,68
	Estoy Jubilado/retirado	250	21,68
	Tengo la incapacitación laboral permanente	40	3,47
	Estoy estudiando	47	4,08
	Trabajo doméstico no remunerado	53	4,60
Baja Laboral (N=686) (<i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i>)	Sí	252	36,73
	No	434	63,27
USO SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas (N=1.153)	Sí	433	37,55
	No	720	62,45
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (N=433) (<i>contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior</i>)	Ninguna vez	86	19,86
	1 vez	225	51,96
	2 veces	84	19,40
	3 veces o más	38	8,78
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (N=433) (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	157	36,26
	1 vez	183	42,26
	2 veces	59	13,63
	3 veces o más	34	7,85
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (N=433) (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	340	78,52
	1 vez	62	14,32
	2 veces	16	3,70
	3 veces o más	15	3,46
Frecuencia con la que acude a Urgencias (N=433)(<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	252	58,20
	1 vez	132	30,48
	2 veces	27	6,24
	3 veces o más	22	5,08
CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	46,74 (10,1)	
	Mediana (RI)	49,5 (14)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	46,51 (11,1)	
	Mediana (RI)	47,6 (16,4)	

HADS- Depresión (N=1.153)	Media (DT)	5,09 (42)	
	Mediana (RI)	4 (6)	
	No Caso	843	73,11
	Caso dudoso	181	15,70
HADS- Ansiedad (N=1.153)	Media (DT)	5,87 (4,4)	
	Mediana (RI)	5 (7)	
	No Caso	774	67,13
	Caso dudoso	204	17,69
Limitaciones vida diaria: Alimentarse (N=1.153)	Caso	129	11,19
	No puedo hacerlo por mí mismo	42	3,64
	Sí, mucha dificultad	37	3,21
	Sí alguna dificultad	110	9,54
Limitaciones vida diaria: Sentarse (N=1.153)	No, ninguna dificultad	964	83,61
	No puedo hacerlo por mí mismo	44	3,82
	Sí, mucha dificultad	35	3,04
	Sí alguna dificultad	156	13,53
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama (N=1.153)	No, ninguna dificultad	918	79,62
	No puedo hacerlo por mí mismo	39	3,38
	Sí, mucha dificultad	56	4,86
	Sí alguna dificultad	251	21,77
Limitaciones vida diaria: Acostarse (N=1.153)	No, ninguna dificultad	807	69,99
	No puedo hacerlo por mí mismo	43	3,73
	Sí, mucha dificultad	29	2,52
	Sí alguna dificultad	173	15,00
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse (N=1.153)	No, ninguna dificultad	908	78,75
	No puedo hacerlo por mí mismo	41	3,56
	Sí, mucha dificultad	37	3,21
	Sí alguna dificultad	157	13,62
Limitaciones vida diaria: Ir al baño (N=1.153)	No, ninguna dificultad	918	79,62
	No puedo hacerlo por mí mismo	39	3,38
	Sí, mucha dificultad	35	3,04
	Sí alguna dificultad	134	11,62
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse (N=1.153)	No, ninguna dificultad	945	81,96
	No puedo hacerlo por mí mismo	46	3,99
	Sí, mucha dificultad	37	3,21
	Sí alguna dificultad	133	11,54
Limitaciones vida diaria: Otra (N=1.153)	No, ninguna dificultad	937	81,27
	No puedo hacerlo por mí mismo	45	3,90
	Sí, mucha dificultad	33	2,86
	Sí alguna dificultad	131	11,36
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:(<i>puede haber más de una</i>)	No, ninguna dificultad	944	81,87
	Alimentarse	50	4,34
	Sentarse	57	4,94
	Levantarse de una silla o de la cama	65	5,64
	Acostarse	62	5,38
	Vestirse y desvestirse	52	4,51
	Ir al baño	53	4,60
	Ducharse o bañarse	65	5,64
Otras	12	1,04	
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) <i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Media (DT)	39,98 (10,7)	
	Mediana (RI)	42 (16)	
	Apoyo social percibido	229	19,86
	bajo Apoyo normal	924	80,14
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

PREVALENCIA DE DOLOR

Tabla A2 – 2. Prevalencia de dolor continuo y crónico en Cataluña

Grupo	Dolor continuo			Dolor crónico		
	N	Prevalencia (%)	IC95%	N	Prevalencia (%)	IC95%
Global						
Global	86	7,46	(5,9-9,0)	316	27,41	(24,8-30,0)
Por sexo						
Hombres	37	7,30	(4,9-9,7)	107	21,10	(17,5-24,8)
Mujeres	49	7,59	(5,5-9,7)	209	32,35	(28,7-36,0)
Por grupos de edad						
Entre 18 y 34	28	10,85	(6,7-14,8)	59	22,87	(17,6-28,2)
Entre 35 y 54	29	6,36	(4,0-8,7)	129	28,29	(24,0-32,6)
Entre 55 y 75	22	6,53	(3,7-9,3)	108	32,05	(26,9-37,2)
Entre 76 y 85	7	6,86	(1,5-12,3)	20	19,61	(11,4-27,8)

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 – 3. Características de las personas con dolor crónico en Cataluña

Variables	Categorías	N	%
DOLOR			
Duración del dolor crónico en años (N=302)	Media (DT) Mediana (RI)	6,56 (7,8) 3 (8)	
Causa diagnóstica del DC (puede haber más de una)	Artrosis	103	32,59
	Osteoporosis	103	32,59
	Dolor cervical	157	49,68
	Dolor lumbar	192	60,76
	Traumatismo	55	17,41
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	120	37,97
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	51	16,14
	Artritis	58	18,35
	Ciática	76	24,05
	Contracturas musculares	179	56,65
	Cáncer	9	2,85
	Hombro	97	30,70
	Fibromialgia	41	12,97
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	23	7,28
	Síndrome del túnel carpiano	46	14,56
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	11	3,48
	Dismenorrea / Endometriosis	2	0,63
	Hernias discales	2	0,63
	Desconoce la causa patológica	89	28,16
	Otras	20	6,33

Donde se localiza el dolor que más afecta (N=315)	Es un dolor generalizado	51	16,19
	Cabeza	28	8,89
	Cuello (cervicales)	35	11,11
	Espalda	68	21,59
	Extremidades y/o articulaciones	114	36,19
	Pecho	3	0,95
	Abdomen	11	3,49
	Otro	5	1,59
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	208	65,82
	No	108	34,18
Intensidad del Dolor	Media (DT)	6,74 (1,8)	
	Mediana (RI)	7 (2)	
	Muy poco o poco (0-3)	17	5,38
	Moderado (4-6)	106	33,54
	Mucho (7-9)	177	56,01
	Insoportable (10)	16	5,06
CONSECUENCIAS DC			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse	Sí, mucho	23	7,28
	Sí, algo	57	18,04
	No, no las he limitado	236	74,68
Sentarse	Sí, mucho	38	12,03
	Sí, algo	130	41,14
	No, no las he limitado	148	46,84
Levantarse de una silla o de la cama	Sí, mucho	59	18,67
	Sí, algo	143	45,25
	No, no las he limitado	114	36,08
Acostarse	Sí, mucho	46	14,56
	Sí, algo	117	37,03
	No, no las he limitado	153	48,42
Vestirse y desvestirse	Sí, mucho	26	8,23
	Sí, algo	109	34,49
	No, no las he limitado	181	57,28
Ir al baño	Sí, mucho	21	6,65
	Sí, algo	62	19,62
	No, no las he limitado	233	73,73
Ducharse o bañarse	Sí, mucho	23	7,28
	Sí, algo	96	30,38
	No, no las he limitado	197	62,34
Otras (N=248)	Sí, mucho	31	12,50
	Sí, algo	26	10,48
	No, no las he limitado	191	77,02
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)	4,59 (5,4)	
	Mediana (RI)	3 (6,8)	
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	31	33,70
	Sí, cambié de puesto	12	13,04
	No	49	53,26

USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	132	41,77
	No	184	58,23
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	23	17,42
	1 vez	64	48,48
	2 veces	29	21,97
	3 veces o más	16	12,12
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	27	20,45
	1 vez	61	46,21
	2 veces	22	16,67
	3 veces o más	22	16,67
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior) (puede haber más de una)	Unidad del dolor	40	30,30
	Rehabilitación	44	33,33
	Traumatología	58	43,94
	Reumatología	40	30,30
	Neurología	26	19,70
	Medicina Interna	56	42,42
	Oncología	7	5,30
	Neurocirugía	10	7,58
	Fisioterapia	45	34,09
Otras	14	10,61	
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses) (N=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta Unidad. De dolor)	Media (DT)	8,53 (7,6)	
	Mediana (RI)	9,6 (10,2)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	99	75,00
	1 vez	15	11,36
	2 veces	7	5,30
	3 veces o más	11	8,33
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	65	49,24
	1 vez	44	33,33
	2 veces	7	5,30
	3 veces o más	16	12,12
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

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

Tabla A2 – 4. Características relacionadas con dolor continuo, dolor crónico o sin dolor.

Variables	Categorías	Sin dolor		Dolor Continuo		Dolor crónico		p-Valor
		N	%	N	%	N	%	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS								
Edad	18-34	171	22,77	28	32,56	59	18,67	0,029 ^a
	35-54	298	39,68	29	33,72	129	40,82	
	55-75	207	27,56	22	25,58	108	34,18	
	76-85	75	9,99	7	8,14	20	6,33	
Edad	Media (DT)	49,2 (16,5)		45,9 (18,1)		50,3 (15,2)		0,074 ^b
	Mediana (RI)	47 (26)		44,5 (29)		51 (22)		
Sexo	Hombre	363	48,34	37	43,02	107	33,86	<0,001 ^a
	Mujer	388	51,66	49	56,98	209	66,14	
Nivel de estudios (n=1150)	Estudios universitarios	354	47,26	41	47,67	121	38,41	0,055 ^c
	Formación Profesional	194	25,90	19	22,09	100	31,75	
	Estudios Secundarios	148	19,76	23	26,74	70	22,22	
	Estudios Primarios	48	6,41	2	2,33	24	7,62	
	Sin Estudios	5	0,67	1	1,16	0	0,00	
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	466	62,05	56	65,12	164	51,90	<0,001 ^a
	Estoy Jubilado/retirado	162	21,57	16	18,60	72	22,78	
	Estoy en paro	45	5,99	4	4,65	28	8,86	
	Trabajo doméstico no remunerado	29	3,86	2	2,33	22	6,96	
	Tengo la incapacidad laboral permanente	17	2,26	1	1,16	22	6,96	
	Estoy estudiando	32	4,26	7	8,14	8	2,53	
Baja Laboral (N=686) (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	142	30,47	22	39,29	88	53,66	<0,001 ^a
	No	324	69,53	34	60,71	76	46,34	
USO SISTEMA SANITARIO								
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	202	26,90	44	51,16	187	59,18	<0,001 ^a
	No	549	73,10	42	48,84	129	40,82	
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=433)	Ninguna vez	46	22,77	10	22,73	30	16,04	0,002 ^a
	1 vez	118	58,42	22	50,00	85	45,45	
	2 veces	29	14,36	7	15,91	48	25,67	
	3 veces o más	9	4,46	5	11,36	24	12,83	
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=433)	Ninguna vez	93	46,04	22	50,00	42	22,46	<0,001 ^a
	1 vez	80	39,60	15	34,09	88	47,06	
	2 veces	23	11,39	5	11,36	31	16,58	
	3 veces o más	6	2,97	2	4,55	26	13,90	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=433)	Ninguna vez	162	80,20	34	77,27	144	77,01	0,692 ^a
	1 vez	26	12,87	7	15,91	29	15,51	
	2 veces	7	3,47	3	6,82	6	3,21	
	3 veces o más	7	3,47	0	0,00	8	4,28	
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=433)	Ninguna vez	136	67,33	14	31,82	102	54,55	<0,001 ^a
	1 vez	51	25,25	26	59,09	55	29,41	
	2 veces	10	4,95	2	4,55	15	8,02	
	3 veces o más	5	2,48	2	4,55	15	8,02	

Estado de Salud								
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	50,7 (7,2)		44,7 (9,5)		38 (10,6)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	52,4 (9)		46,7 (13,2)		38,6 (15,8)		
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	48,6 (10,2)		44,3 (10,6)		42,2 (11,8)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	50,7 (14,8)		43,8 (15,6)		42,1 (16,9)		
HADS- Depresión	Media (DT)	4,2 (3,7)		5,2 (3,8)		7,3 (4,7)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	3 (6)		4 (6)		7 (6)		
	No Caso	605	80,56	60	69,77	178	56,33	<0,001 ^a
	Caso dudoso	101	13,45	18	20,93	62	19,62	
Caso	45	5,99	8	9,30	76	24,05		
HADS- Ansiedad	Media (DT)	4,8 (3,8)		6,2 (3,8)		8,3 (4,8)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	4 (5)		6 (6)		8 (8)		
	No Caso	577	76,83	52	60,47	145	45,89	<0,001 ^a
	Caso dudoso	112	14,91	22	25,58	70	22,15	
Caso	62	8,26	12	13,95	101	31,96		
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	29	3,86	3	3,49	10	3,16	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	16	2,13	6	6,98	15	4,75	
	Sí alguna dificultad	49	6,52	7	8,14	54	17,09	
	No, ninguna dificultad	657	87,48	70	81,40	237	75,00	
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	31	4,13	2	2,33	11	3,48	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	10	1,33	4	4,65	21	6,65	
	Sí alguna dificultad	41	5,46	13	15,12	102	32,28	
	No, ninguna dificultad	669	89,08	67	77,91	182	57,59	
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	28	3,73	2	2,33	9	2,85	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	11	1,46	6	6,98	39	12,34	
	Sí alguna dificultad	77	10,25	24	27,91	150	47,47	
	No, ninguna dificultad	635	84,55	54	62,79	118	37,34	
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo	31	4,13	3	3,49	9	2,85	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	10	1,33	3	3,49	16	5,06	
	Sí alguna dificultad	54	7,19	13	15,12	106	33,54	
	No, ninguna dificultad	656	87,35	67	77,91	185	58,54	
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo	31	4,13	2	2,33	8	2,53	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	15	2,00	2	2,33	20	6,33	
	Sí alguna dificultad	34	4,53	16	18,60	107	33,86	
	No, ninguna dificultad	671	89,35	66	76,74	181	57,28	
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo	28	3,73	2	2,33	9	2,85	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	13	1,73	4	4,65	18	5,70	
	Sí alguna dificultad	44	5,86	12	13,95	78	24,68	
	No, ninguna dificultad	666	88,68	68	79,07	211	66,77	
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo	31	4,13	3	3,49	12	3,80	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	14	1,86	4	4,65	19	6,01	
	Sí alguna dificultad	37	4,93	7	8,14	89	28,16	
	No, ninguna dificultad	669	89,08	72	83,72	196	62,03	
Limitaciones vida diaria: Otra	No puedo hacerlo por mí mismo	29	3,86	4	4,65	12	3,80	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	13	1,73	3	3,49	17	5,38	
	Sí alguna dificultad	54	7,19	15	17,44	62	19,62	
	No, ninguna dificultad	655	87,22	64	74,42	225	71,20	
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Levantarse de una silla o de la cama	25	3,30	6	7,00	34	10,80	0,002 ^a
	Ducharse o bañarse	25	3,30	5	5,80	35	11,10	<0,001 ^a
	Ir al baño	19	2,50	4	4,70	30	9,50	<0,001 ^a
	Alimentarse	21	2,80	6	7,00	25	7,80	<0,001 ^a
	Acostarse	24	3,20	5	5,80	33	10,40	<0,001 ^a
	Sentarse	20	2,70	6	7,00	31	9,80	<0,001 ^a
	Vestirse y desvestirse	21	2,80	3	3,50	28	8,90	<0,001 ^a
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) <i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Media (DT)	41,4 (10)		40,1 (10,1)		36,6 (11,8)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	43 (15)		43 (15)		37,5 (17)		
	Apoyo social bajo	114	15,18	15	17,44	100	31,65	<0,001 ^a
Apoyo normal	637	84,82	71	82,56	216	68,35	<0,001 ^a	

DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.

^aChi-cuadrado de Pearson; ^bKruskal-Wallis; ^cRazón de Verosimilitud

