

Barómetro del dolor crónico en Castilla y León

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL IMPACTO DEL DOLOR CRÓNICO A NIVEL REGIONAL



Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	11
Introducción	14
Antecedentes de la enfermedad del dolor crónico	16
1. IMPACTO SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO	17
2. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN	18
3. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CASTILLA Y LEÓN	20
Barómetro del dolor crónico en Castilla y León	25
1. OBJETIVOS	26
2. METODOLOGÍA	26
3. RESULTADOS	28
4. CONCLUSIONES	44
Bibliografía	48
ANEXO 1 - <i>Metodología</i>	51
ANEXO 2 - <i>Resultados</i>	60

Índice

DE FIGURAS

Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.	20
Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Castilla y León.	21
Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.	23
Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.	23
Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.	29
Figura 6. Distribución muestral por sexo.	29
Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.	30
Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.	30
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.	31
Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.	31
Figura 11. Distribución muestral por servicios sanitarios utilizados.	31
Figura 12. Estado de salud de los encuestados.	32
Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.	33
Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.	34
Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.	34
Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.	35
Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.	35
Figura 18. Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.	36
Figura 19. Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.	36
Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.	37
Figura 21. Intensidad del dolor crónico.	38

Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.	39
Figura 23. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.	41
Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.	41
Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.	41
Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.	41
Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	42
Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.	43
Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.	43

Índice

DE TABLAS

Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades del Dolor en Castilla y León.	21
Tabla A1 - 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	52
Tabla A1 - 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	53
Tabla A2 - 1. Características de la muestra encuestada en Castilla y León.	61
Tabla A2 - 2. Prevalencia de dolor continuo y crónico en Castilla y León.	63
Tabla A2 - 3. Características de las personas con dolor crónico en Castilla y León.	63

Abreviaturas

CATI

Computer-Assisted Telephone Interviewing

CAWI

Computer-Assisted Web Interviewing

DT

Desviación típica

ESOMAR

European Society for Opinion and Marketing Research

HADS

Hospital Anxiety and Depression Scale

IBSAL

Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca

ISO

International Organization for Standardization

MCS

Mental Component Score

PCS

Physical Component Score

RI

Rango Intercuartílico

UTD

Unidad de Tratamiento del Dolor

ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

AND

Andalucía

ARA

Aragón

AST

Principado de Asturias

BAL

Islas Baleares

CAN

Canarias

CAT

Cataluña

CEU

Ciudad Autónoma de Ceuta

CLM

Castilla-La Mancha

CTA

Cantabria

CYL

Castilla y León

EXT

Extremadura

GAL

Galicia

MAD

Comunidad de Madrid

MEL

Ciudad Autónoma de Melilla

MUR

Región de Murcia

NAV

Comunidad Foral de Navarra

PVA

País Vasco

RIO

La Rioja

VAL

Comunidad Valenciana

Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** 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 en nuestro país, 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 nacional 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 situación del dolor crónico en la **Comunidad Autónoma de Castilla y León**, que permita identificar el alcance de la enfermedad en la sociedad y los sistemas sanitarios y potenciar el impulso de iniciativas que optimicen el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial y la concienciación a todos los niveles.

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

Con esta motivación, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz**, con el 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 Castilla y León**”, que presenta los siguientes objetivos:



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



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



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

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 Castilla y León**.

En la primera parte se presenta una **visión general de la información disponible** en el ámbito del dolor crónico en Castilla y León, destacando la importancia de disponer de datos actualizados y las perspectivas futuras del dolor en la región, marcadas por el envejecimiento poblacional.

Este análisis inicial presenta los principales datos obtenidos en el análisis a nivel nacional, centrando el foco en las principales cifras que permiten conocer el **alcance sociosanitario y económico** de la enfermedad en España y poniendo en contexto la información que se pretende analizar a nivel regional, 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 la región, 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 disponibles en la

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

En la segunda parte, eje central del trabajo, a partir de los datos obtenidos en el Barómetro del Dolor 2022, se presentan los resultados de un análisis sobre el dolor crónico particularizado en Castilla y León, con la finalidad de obtener datos actualizados sobre la enfermedad en esta región. Este estudio permite conocer la situación actual del dolor crónico en la región, presentando su impacto sobre los pacientes y la sociedad y sus repercusiones en 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 muestran la **prevalencia del dolor crónico** en la población castellanoleonesa (y su alcance en diferentes grupos sociodemográficos) y 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 posicionar a la enfermedad como una **prioridad sanitaria** en Castilla y León.

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 impulsado una nueva línea de trabajo, centrada en hacerse eco 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 documento se nutre de la información obtenida en el Barómetro del Dolor a nivel nacional, a fin de presentar la **situación de los pacientes adultos con dolor crónico en Castilla y León** 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 región 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 SOCIOSANITARIO Y ECONÓMICO

La enfermedad de dolor crónico constituye uno de los **principales problemas de salud** a nivel mundial, mermando notablemente 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,⁸ pero el impacto de la enfermedad se encuentra en continua progresión debido al **envejecimiento poblacional**, probablemente relacionada con el envejecimiento poblacional, causado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad.

Esta tendencia al envejecimiento es especialmente notoria en los países desarrollados y supone un importante **reto demográfico** en España, ya 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

Castilla y León es, a su vez, la **tercera Comunidad Autónoma más envejecida** de España, tras el Principado de Asturias y Galicia,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. Si bien la Consejería de Salud de Castilla y León estimó, en el año 2017, que el dolor crónico afectaba a más de **416.000** pacientes en la región,¹¹ hasta hoy no se han desarrollado 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 Castilla y León, al igual que se hizo a nivel nacional.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Barómetro nacional, 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, limitando 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 han hecho uso de los servicios sanitarios en el último mes y un 28,6% de pacientes 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 lo sufren, la enfermedad de dolor crónico presenta un elevado impacto económico sobre los sistemas sanitarios en nuestro país, estimando un estudio del 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.^{12,13}

Los costes directos, que rondan el 85% del gasto total, proceden de las consultas con los profesionales sanitarios y la utilización de los recursos y herramientas del sistema sanitario por parte del

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. Junta de Castilla y León y Sanidad de Castilla y León, 2017. *Valladolid*

inaugura la Unidad del Dolor que tratará, de manera integrada, a los pacientes de sus dos áreas.

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

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

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 Castilla y León, presentando los principales datos y cifras relativos al impacto de la

enfermedad en la región y comparándolos con los datos nacionales comentados, con el fin de **posicionar al dolor crónico** como una **prioridad sanitaria en Castilla y León** e impulsar el desarrollo de iniciativas que permitan mejorar su conocimiento y abordaje.

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

Grupos de trabajo de dolor

En los últimos años, Castilla y León ha desarrollado equipos de trabajo implicados en la mejora en el conocimiento del dolor y la supervisión de las actuaciones vigentes, con el objetivo de identificar e implementar las buenas prácticas.

En el año 2016 se puso en marcha el **Comité Técnico del Dolor de Castilla y León**, que ha permitido ampliar los conocimientos específicos en dolor en los profesionales sanitarios implicados en el manejo de este y reforzar la educación de los pacientes para favorecer su autocuidado y la utilización adecuada de medicamentos.¹⁴

El grupo de profesionales que lo integran presentan un marcado carácter multidisciplinar, englobando a médicos de diferentes especialidades y a otros profesionales sanitarios especialistas en el abordaje del dolor y la atención del paciente, como son farmacéuticos o fisioterapeutas.

En el año 2018 se implementó una **Comisión de Trabajo** para la coordinación de la implantación, desarrollo y seguimiento de las actuaciones en materia de dolor en el Sistema de Salud de Castilla y León, teniendo como objetivo reducir la intensidad del dolor y mejorar el estado funcional y la calidad de vida de las personas que lo sufren.

La Comisión trabaja de forma coordinada con el Comité Técnico en ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios implicados en el abordaje del dolor, reforzar la educación del paciente en el ámbito del autocuidado y optimizar el uso de analgésicos.

Alguno de los elementos distintivos en el abordaje del dolor que se está desarrollando en la Comunidad es la incorporación de los fisioterapeutas a dicho abordaje. Así, se cuenta con dos fisioterapeutas líderes del proyecto “Afrontamiento Activo del dolor” cuyo objetivo es enseñar a los pacientes el funcionamiento de los mecanismos del dolor.¹⁵

Otro de los grupos implicados en el ámbito de la concienciación y visibilidad a nivel social del dolor crónico es la Cátedra Extraordinaria del Dolor en la Universidad de Salamanca, inaugurada en el año 2000 y centrada en la docencia y la investigación avanzada en el diagnóstico y tratamiento del dolor.¹⁶

Desde su puesta en marcha, este organismo ha favorecido la mejora en el conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales sanitarios y la visibilidad de los pacientes a nivel social. Todo ello ha permitido optimizar la capacidad de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en Castilla y León y ha posicionado a la Cátedra como uno de los referentes regionales en este ámbito.

14. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2018. *Comité Técnico del Dolor de CYL*.

15. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2022. *Semana del afrontamiento activo del dolor*.

16. Universidad de Salamanca. *Cátedra Extraordinaria del Dolor*.

Adicionalmente, si bien no constituyen estrategias específicas para el abordaje de la enfermedad, se han desarrollado planes sanitarios que contemplan cuestiones relacionadas con la atención a pacientes crónicos y la humanización de la asistencia, aspectos críticos para el manejo del dolor crónico.

Estrategias sanitarias a nivel institucional

En este sentido, destacan la “**Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León**”¹⁷ y el “**Proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico complejo**”,¹⁸ que han permitido plantear mecanismos asistenciales para pacientes de cronicidad compleja y establecer modelos de cuidados a largo plazo basados en la atención continua.

La “Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León”, publicada en el año 2013, se centra en agrupar a los pacientes crónicos según sus procesos y gravedad, con el objetivo de establecer una **clasificación según las necesidades**. Adicionalmente, posiciona a la **Atención Primaria como eje** de atención a los pacientes con enfermedades crónicas y plantea el uso de **nuevas tecnologías en salud** para el intercambio de información clínica en el proceso diagnóstico, con el objetivo de disminuir el número de pruebas realizadas y detectar las complicaciones precozmente.

El “Proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico complejo”, publicado en el año 2015, plantea en una de sus líneas estratégicas mejorar la **valoración integral del dolor**, a fin de identificar las necesidades de cuidados específicas de cada paciente y favorecer la preparación de los cuidadores y la respuesta óptima. Para ello, se plantea la implementación de una **escala EVA (Escala Visual Analógica)** en la valoración de los pacientes crónicos, con el objetivo de identificar la intensidad de dolor. Adicionalmente, esta estrategia recoge un **plan terapéutico farmacológico**, centrado en favorecer el uso adecuado de medicamentos

y adaptar los tratamientos farmacológicos a la situación individual de cada paciente crónico.

Como se presentará posteriormente en el análisis de resultados, Atención Primaria es el servicio sanitario más utilizado por los pacientes con dolor crónico y el apoyo de familiares y cuidadores resulta de especial importancia para paliar las consecuencias de la enfermedad en la vida cotidiana de los enfermos.

Resultan, por ello, muy positivas las medidas priorizadas en estas estrategias, que ponen el foco en valorar las necesidades y situación de cada paciente y potenciar una atención individualizada, vertebrada en las nuevas tecnologías y los cuidados de cercanía (cuidadores y Atención Primaria).

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

Iniciativas de investigación

El **Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL)** es el único Instituto de Investigación Sanitaria acreditado por el Ministerio de Ciencia e Innovación en Castilla y León, formando parte de la red de 35 centros acreditados a nivel nacional.¹⁹ El IBSAL, constituido en el año 2011, es un centro de investigación biomédica, orientado a la investigación básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud, con la misión de potenciar la **investigación traslacional** en Castilla y León y España y favorecer una mejora de eficiencia en la gestión sanitaria y en la práctica asistencial.²⁰

El instituto presenta seis áreas de investigación, que aglutinan a un total de 78 grupos, destacando el grupo de “**Estrategias para el control del dolor y la adicción**” en el ámbito del dolor crónico.²¹

17. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2013. *Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León*.

18. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2015. *Proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico complejo*.

19. Instituto de Salud Carlos III. *Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados*.

20. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. *Presentación*.

21. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - *Estrategias para el control del dolor y la adicción*.

Este grupo ha desarrollado proyectos de investigación relacionados con los mecanismos moleculares que regulan el dolor, especialmente en el ámbito del dolor neuropático y musculoesquelético.^{22,23}

Todas las iniciativas presentadas han contribuido al **conocimiento** y a la **visibilidad** de la enfermedad de dolor crónico en Castilla y León, sentando las bases para la mejora en el abordaje de la patología y la modernización de los circuitos asistenciales.

III. UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CASTILLA Y LEÓN

Desde la publicación, en el año 2011, del documento “**Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad**”,²⁴ que estableció los recursos y requisitos de estas unidades especializadas en España, la inauguración y acreditación de Unidades de Dolor ha sido una constante a nivel nacional, extendiéndose estas unidades por toda la geografía española 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, cuando fue presentado el Barómetro del Dolor nacional. 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).

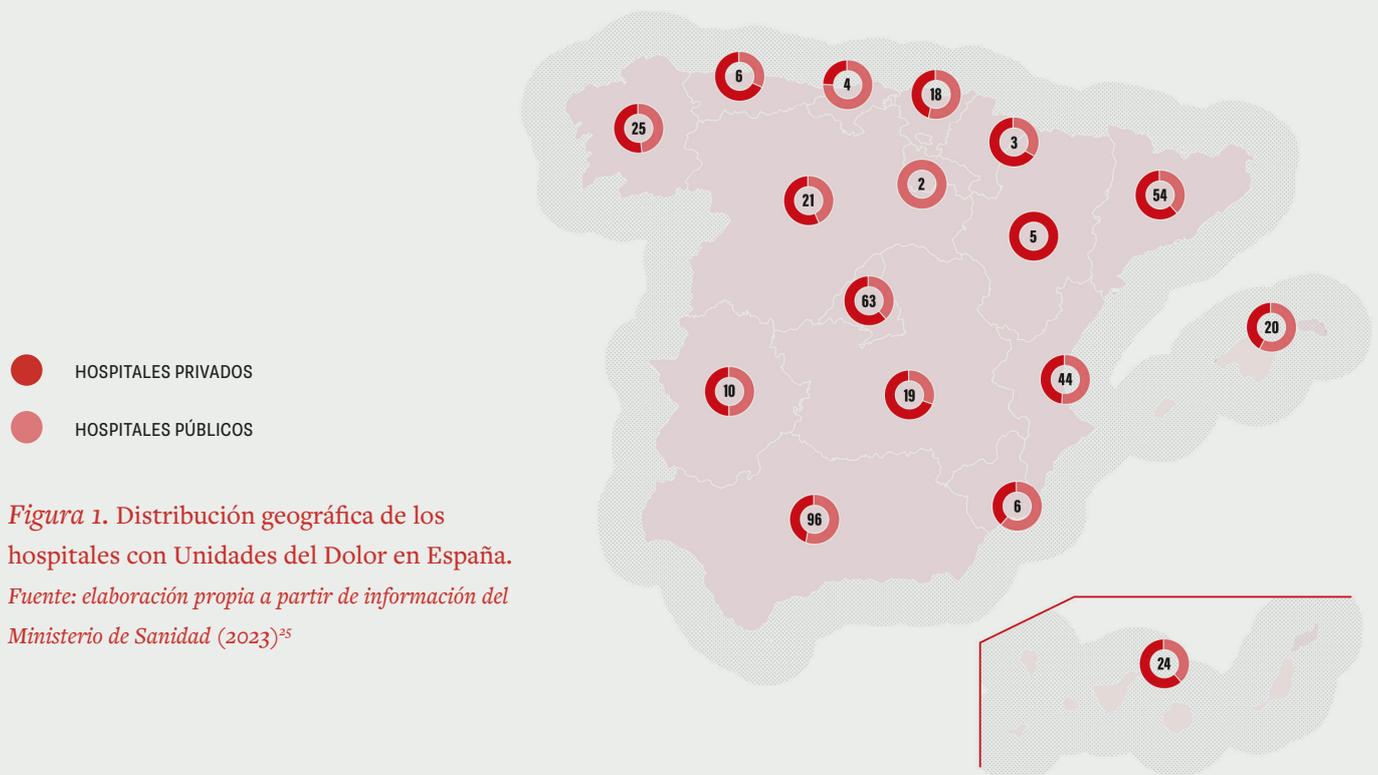


Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)²⁵

22. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - Estrategias para el control del dolor y la adicción. Proyectos.

23. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - Estrategias para el control del dolor y la adicción. Publicaciones.

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

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

En **Castilla y León** se localizan **21 hospitales** con **Unidades de Dolor**, nueve públicos (43%) y doce privados (57%), presentes en ocho de las nueve provincias que integran la Comunidad. Segovia es

el único territorio de la región sin hospitales de este tipo y la única provincia a nivel nacional, junto con Teruel, donde no se encuentran unidades (Figura 2).



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

Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades del Dolor en Castilla y León.

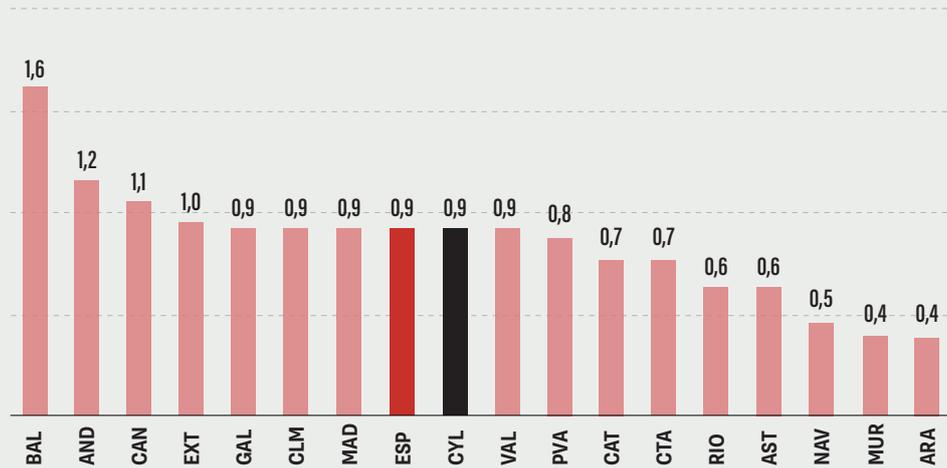
Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)²⁵

Municipio	Nombre	Tipología	Carácter
ÁVILA			
Ávila	Hospital Santa Teresa	Hospital General	Privado
BURGOS			
Burgos	Hospital Recoletas Burgos	Hospital General	Privado
Burgos	Hospital de San Juan de Dios de Burgos	Hospital de media y larga estancia	Privado
Burgos	Hospital Universitario de Burgos	Hospital General	Público

LEÓN			
Ponferrada	Hospital Recoletas Ponferrada	Hospital General	Privado
Ponferrada	Hospital de la Reina	Hospital General	Privado
León	Hospital HM Regla	Hospital General	Privado
León	Hospital HM San Francisco	Hospital General	Privado
San Andrés del Rebanedo	Hospital San Juan de Dios de León	Hospital General	Privado
León	Hospital Universitario de León	Hospital General	Público
Ponferrada	Hospital El Bierzo	Hospital General	Público
PALENCIA			
Ponferrada	Hospital Universitario Río Carrión	Hospital General	Público
SALAMANCA			
Salamanca	Hospital Universitario de Salamanca	Hospital General	Público
SORIA			
Soria	Hospital Latorre	Hospital General	Privado
VALLADOLID			
Valladolid	Hospital Recoletas Campo Grande	Hospital General	Privado
Valladolid	Sanatorio Sagrado Corazón	Hospital General	Privado
Valladolid	Hospital Clínico Universitario de Valladolid	Hospital General	Público
Valladolid	Hospital Universitario Río Hortega	Hospital General	Público
ZAMORA			
Zamora	Hospital Recoletas Zamora	Hospital General	Privado
Zamora	Hospital Virgen de la Concha	Hospital General	Público
Zamora	Hospital Provincial de Zamora	Hospital General	Público

A nivel nacional, los 425 hospitales con UTD suponen que, en 2023, haya una oferta asistencial de 0,9 Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes. La situación en Castilla y León es equivalente a la

media española, con **0,9 UTD** por cada **100.000 habitantes** de la región, ocupando la octava posición en la clasificación nacional (Figura 3).

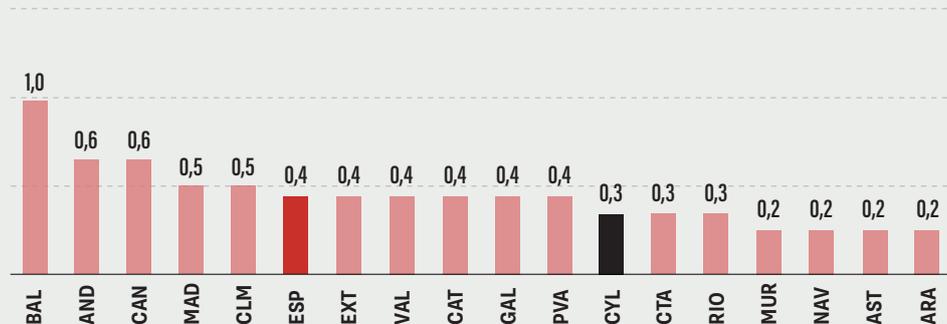


*Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.
Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)²⁵*

Como ya se ha presentado en este documento, 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.

Castilla y León se encuentra por debajo de este promedio, presentando **0,3 UTD** por cada **10.000 habitantes** mayores de **65 años**, ocupando la undécima posición a nivel nacional (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 posicionan a la Comunidad Autónoma de Castilla y León como **una de las regiones intermedias** en la disponibilidad de Unidades de Dolor, siendo la sexta autonomía en población y la sexta en UTD totales, lo que la sitúan cerca de la media nacional en número de unidades por habitante.

Sin embargo, Segovia, siendo una de las provincias donde habitan más de 150.000 personas, **no dispone** actualmente de **hospital con UTD**, por lo que deben desplazarse a otras regiones para hacer uso de las Unidades de Dolor.

Cabe destacar también la situación en las provincias de Ávila y Soria, en las que **un único hospital privado** presenta oferta asistencial de UTD. Resulta clave, por ello, reforzar la dotación de recursos públicos para el abordaje del dolor en estas regiones.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el destacado envejecimiento poblacional en Castilla y León (tercera Comunidad Autónoma más envejecida) 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 una posible ampliación de la red regional de unidades, a fin de optimizar el abordaje de la patología.

Barómetro

DEL DOLOR CRÓNICO EN CASTILLA Y LEÓN

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 Castilla y León**, con los objetivos de:



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



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

II. METODOLOGÍA

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

Ámbito del estudio

Nacional (España).

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el panel de Cint, líder mundial en software para la recopilación de información digital.²⁶

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 **Castilla y León**, se llevaron a cabo **365 entrevistas** a ciudadanos residentes en la región: 333 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 32 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

Instrumentos y variables

Se utilizó 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.^{27,28}

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

26. Cint. *Market Research and Insights*.

27. 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.

28. 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.^{29,30,31}

- **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.³²

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

III. RESULTADOS

En este apartado se presentan los principales resultados de las **365 encuestas** llevadas a cabo en este proyecto en la Comunidad Autónoma de Castilla y León: 333 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 32 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**.

acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

Análisis estadístico

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

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

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

3.1. Características de la muestra

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

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

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

31. 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.

32. 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.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El porcentaje de población residente en Castilla y León en la población encuestada fue del 5,2% (365 de 7.058 encuestados totales), dato similar a la proporción de la población española residente en esta región, 5,1% (1,9 millones de 37,8 millones de habitantes mayores de edad totales).

Edad

Los encuestados de Castilla y León presentaron una **edad media de 49 años** (desviación típica, DT=15,6) y una **edad mediana de 48 años** (rango intercuartílico, RI=22), siendo el grupo poblacional más numeroso el de 35 a 54 años (45,2%) (Figura 5).

La población encuestada en Castilla y León presenta una edad media ligeramente inferior al promedio de encuestados a nivel nacional (49,5 años; DT=16,5).

Si bien la distribución por grupos de edad de la población participante en las encuestas se asemeja a nivel regional y nacional (el orden de los grupos según su frecuencia se mantiene), en Castilla y León se observa una proporción algo mayor de individuos encuestados entre 35 y 54 años que en España (38,4% a nivel nacional).

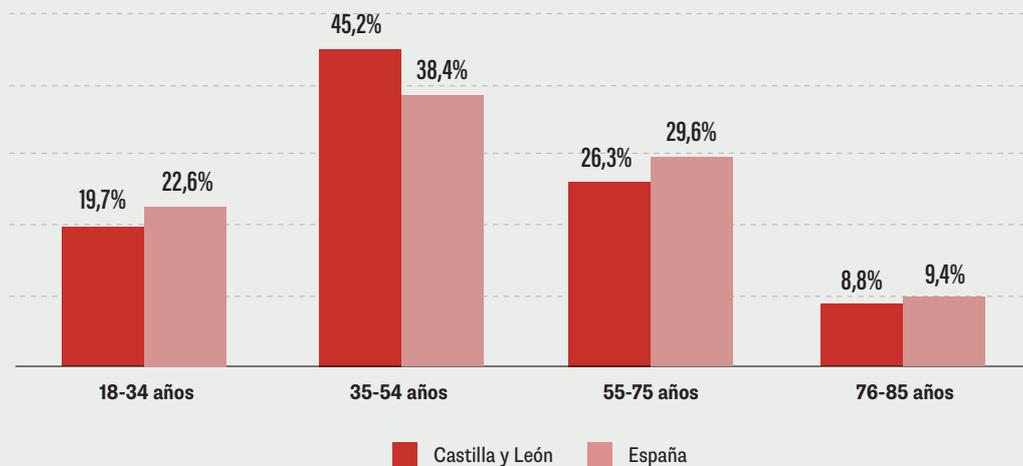


Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

Sexo

La muestra de ciudadanos encuestados en Castilla y León presenta una distribución similar de hombres (50,7%) y de mujeres (49,3%) (Figura 6).

A nivel nacional, la población encuestada presenta también una proporción similar de ambos sexos, (50,1% de hombres y 49,9% de mujeres en la población española encuestada).

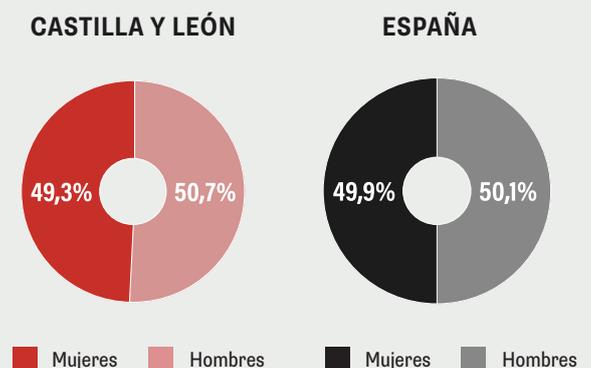


Figura 6. Distribución muestral por sexo.

Nivel de estudios

El 99,2% de los encuestados de Castilla y León presentan estudios, siendo el **nivel de estudios universitarios** el más numeroso, sumando un 46,3% de los participantes.

Formación profesional (25,2%) y estudios secundarios (20,5%) constituyen los siguientes niveles formativos más frecuentes (Figura 7).

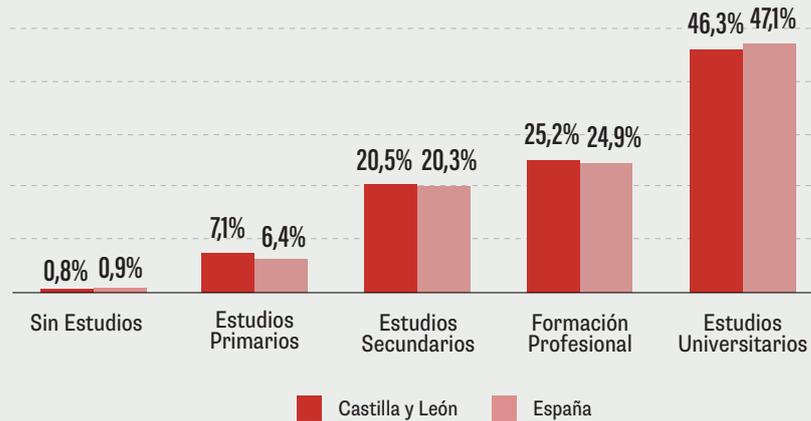


Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

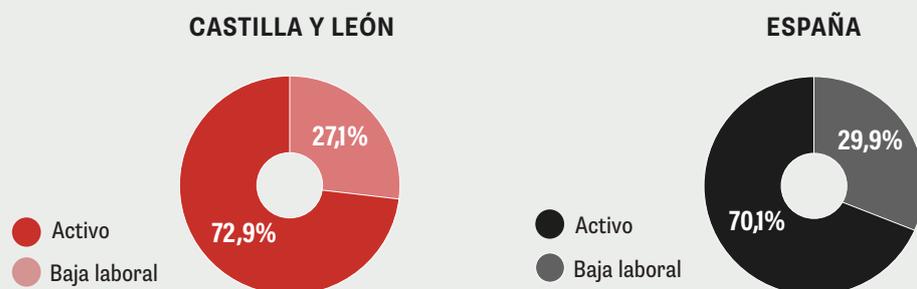
La distribución a nivel regional es comparable a la de la población encuestada de toda España, presentando todos los niveles educativos una proporción de individuos similar.

Situación laboral

El 58,6% de los encuestados de Castilla y León desarrollan una actividad profesional remunerada, si bien de estos sólo el 72,9% se encuentran trabajando activamente, estando en situación de **baja laboral** el 27,1% restante.

A nivel nacional, el 29,9% de encuestados que desempeñan un trabajo remunerado se encuentran en situación de baja laboral, bajando el porcentaje de ocupados al 70,1% con respecto a los datos regionales (Figura 8).

Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.



De los encuestados que no desempeñan un trabajo remunerado en Castilla y León (41,4% del total), el grupo de **jubilados/retirados** es el más numeroso, con un 18,4%. Este grupo es también el más frecuente en los españoles que no desarrollan un trabajo remunerado, aumentando la cifra hasta el 21,8% (Figura 9).

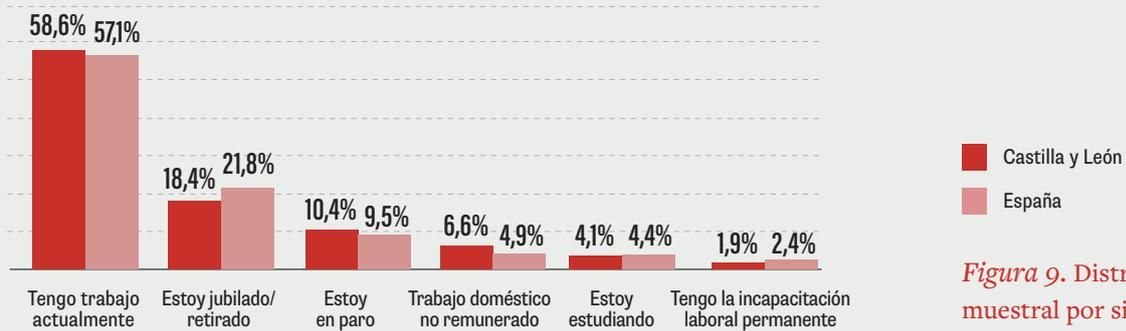


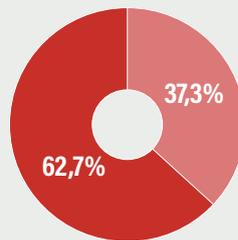
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

Uso del sistema sanitario

El 37,3% de los entrevistados en Castilla y León han acudido al **sistema sanitario** en el último mes. En el total nacional, la cifra es muy similar, ya que

un 38,6% de los ciudadanos han acudido a los servicios sanitarios en este mismo periodo (Figura 10).

CASTILLA Y LEÓN



ESPAÑA

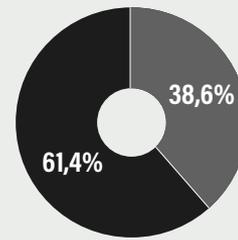


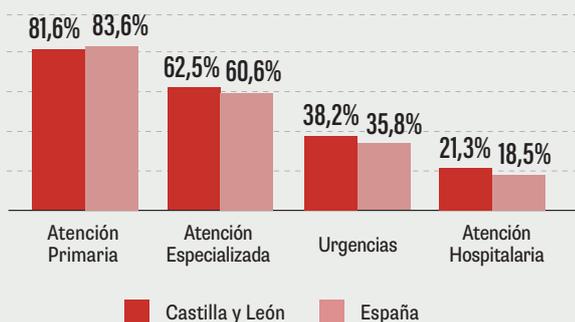
Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.

● No acude ● Acude a Atención Sanitaria

● No acude ● Acude a Atención Sanitaria

Atención Primaria es el servicio más utilizado por los ciudadanos de Castilla y León. El 81,6% de los encuestados que han hecho uso de los servicios sanitarios han visitado Atención Primaria en el último mes.

A nivel nacional, Atención Primaria es también el servicio de uso más frecuente, con un 83,6% de pacientes que lo han visitado en el mencionado periodo.



El resto de servicios analizados (Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria) presentan un uso similar en España y en Castilla y León, si bien, a diferencia de Atención Primaria, el resto de niveles asistenciales tienen un uso ligeramente superior a nivel regional (Figura 11).

Figura 11. Distribución muestral por servicios sanitarios utilizados.

ESTADO DE SALUD

Escalas

Se utilizaron los cuestionario 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).

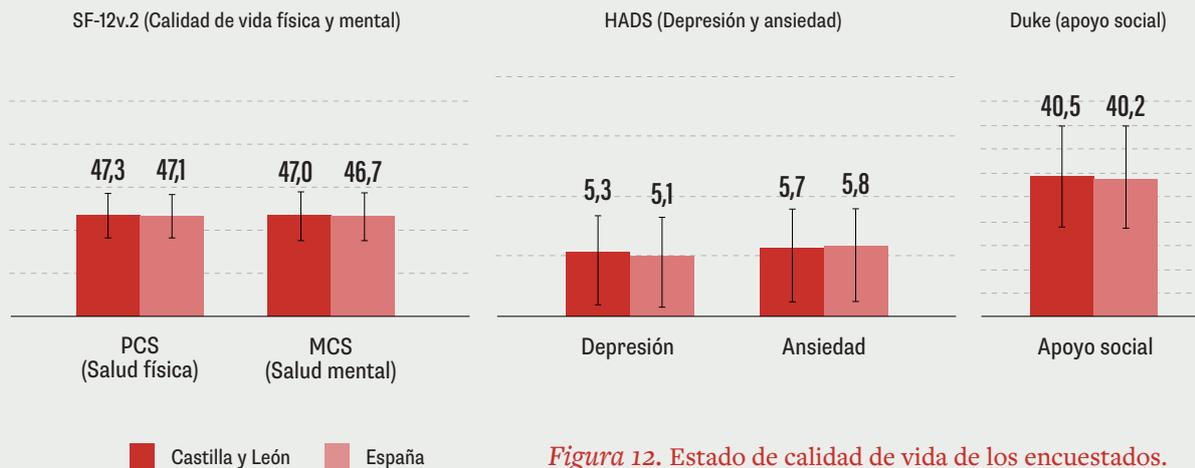


Figura 12. Estado de calidad de vida de los encuestados.

Calidad de vida física y mental

Los encuestados en Castilla y León presentaron una **calidad de vida física** media de 47,3 puntos (DT=10,2), analizada por medio de la escala PCS (*Physical Component Score*), y una calidad de vida física mediana de 49,9 puntos (RI=12,8).

La **calidad de vida mental** media de los encuestados en la región fue de 47 puntos (DT=11,3), analizada por medio de la escala MCS (*Mental Component Score*), y el valor mediano se situó en 48,8 puntos (RI=15,8).

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

A nivel nacional, los valores observados son muy próximos, 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

Si bien los participantes de Castilla y León obtuvieron una puntuación media de 5,3 puntos (DT=4,1) de **nivel de depresión**, con una mediana de 5 puntos (RI=6), y una puntuación media de 5,7 puntos (DT=4,3) de **nivel de ansiedad**, con una mediana de 5 puntos (RI=6), valores inferiores a los 8 puntos que indican la existencia de indicios de estas enfermedades, una **proporción destacada** de la población **castellanoleonesa** encuestada presenta **depresión o ansiedad**.

Un 12,9% de los encuestados en Castilla y León presentaron **depresión** (puntuaciones en la escala superiores a los 10 puntos), y un 16,7% adicional mostraron indicios de la patología.

De forma paralela, el 14,5% de los participantes presentaron casos de **ansiedad** y un 16,4% de la población presentó indicios de esta enfermedad.

A nivel nacional, 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 Castilla y León se

sitúa en los 40,5 puntos (DT=10,5) y la puntuación mediana es de 41 puntos (RI=17), indicando un **adecuado apoyo percibido**.

El apoyo social percibido entre los encuestados a nivel nacional presenta un valor similar, cuantificándose una puntuación media de 40,2 puntos (DT=10,8).

Limitaciones en la vida diaria

Los individuos residentes en Castilla y León 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).

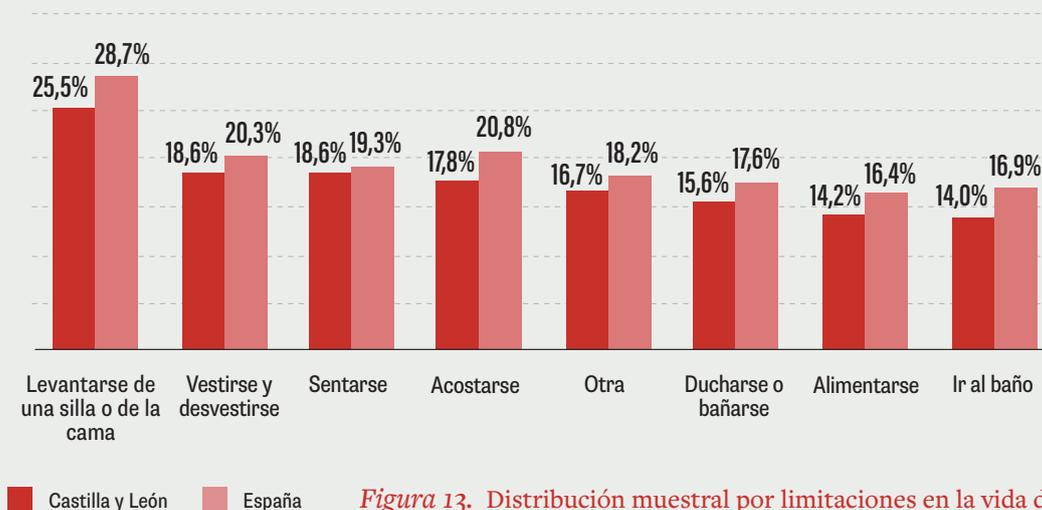


Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.

La actividad que se ve más comprometida 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 25,5% de los ciudadanos de Castilla y León encuestados.

Por el contrario, la actividad para la que la muestra encuestada presenta una mayor autonomía es ir al

baño, generando dificultades tan sólo en un 14% de los casos.

Las actividades más limitadas para la población encuestada en el total nacional presentan una gran coincidencia, si bien cabe destacar que la actividad con menores limitaciones para los encuestados en España es alimentarse, generando dificultades en un 16,4% de los casos.

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 Castilla y León, recibiendo ayuda un 5,8% de los encuestados. Cabe destacar que un 5,5% de los encuestados reciben ayuda para ducharse o bañarse, a pesar de que es una de las actividades menos frecuentemente limitadas.

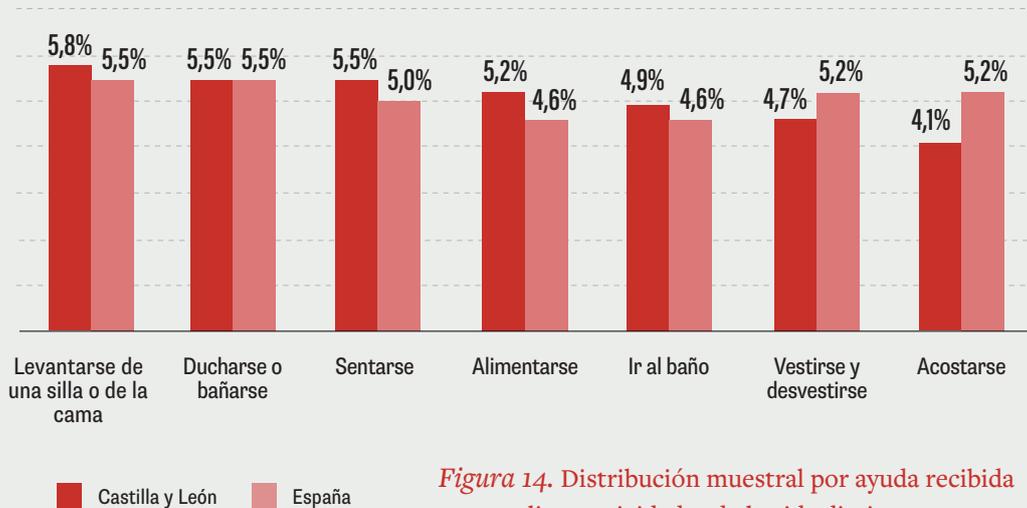


Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

En este bloque se presenta la prevalencia de **dolor crónico y dolor continuo no crónico** en la población de Castilla y León, cuantificadas a través de las encuestas, poniendo el foco en el impacto de estas dolencias en la sociedad.

PREVALENCIA GENERAL

Un **23%** de la población encuestada de Castilla y León padece **dolor crónico** (IC95%: 18,6-27,5%) y un **7,9%** de los encuestados presentan **dolor continuo no crónico** (IC95%: 5-10,9%) (Figura 15).



Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.

Estos datos posicionan a la Comunidad Autónoma de Castilla y León como la **cuarta región con menor prevalencia** de dolor crónico, con una prevalencia

inferior a la observada en la población española, que asciende a 25,9% (IC95%: 24,8-26,9%) (Figura 16).

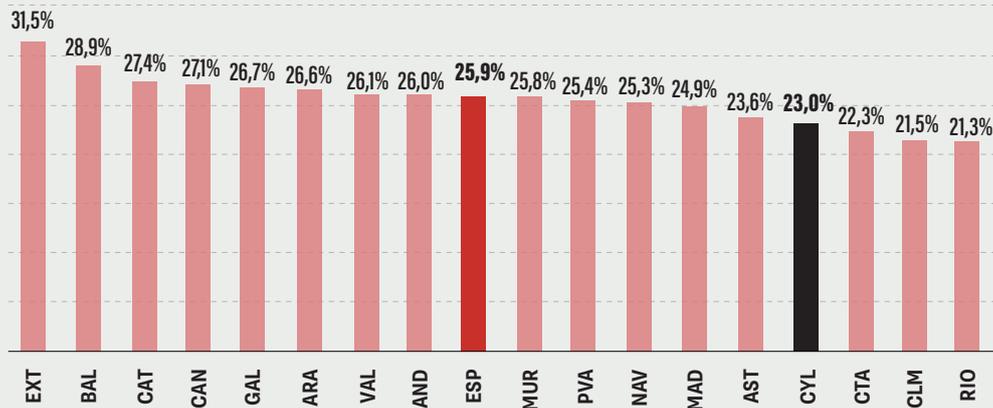


Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

A pesar de estos datos positivos en lo que respecta a la prevalencia de dolor crónico, la región presenta una situación diferente en dolor continuo. La prevalencia de dolor continuo en Castilla y León es

superior a la media nacional, que se sitúa en el 7,7% (IC95%: 7,1-8,3%), siendo la región la octava Comunidad más afectada por esta dolencia (Figura 17).

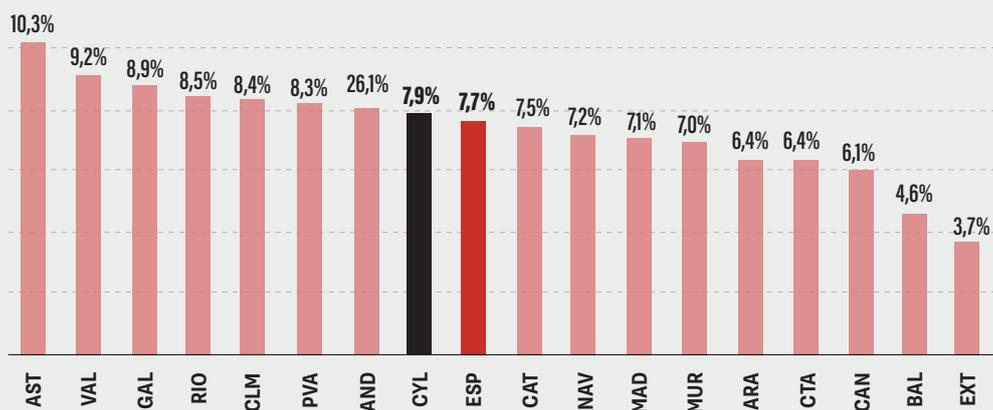


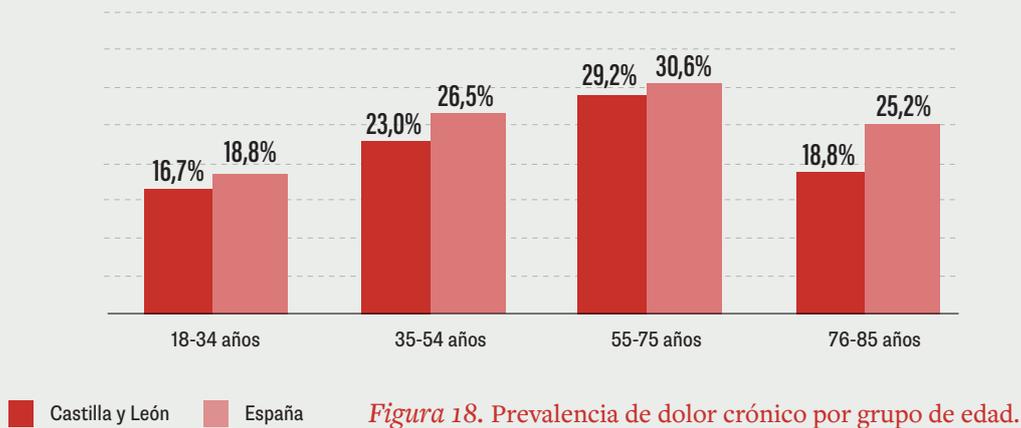
Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.

Si bien la prevalencia global de dolor crónico y continuo se ha cuantificado en el 23% y el 7,9%, respectivamente, en la población castellanoleonesa, 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 Castilla y León se sitúa por debajo de la prevalencia en España para todos los grupos de edad analizados, siendo el grupo de población entre 55 y 75 años el que presenta una prevalencia más alta: 29,2% a nivel regional (IC95%: 19,6-38,8%) y 30,6% en el total nacional (IC95%: 28,6-32,6%).

Por el contrario, la población entre 18 y 34 años es la menos afectada por el dolor en la región y el global nacional, con una prevalencia del 16,7% en Castilla y León (IC95%:7,4-26%) y del 18,8% en España (IC95%: 16,8-20,7%) (Figura 18).

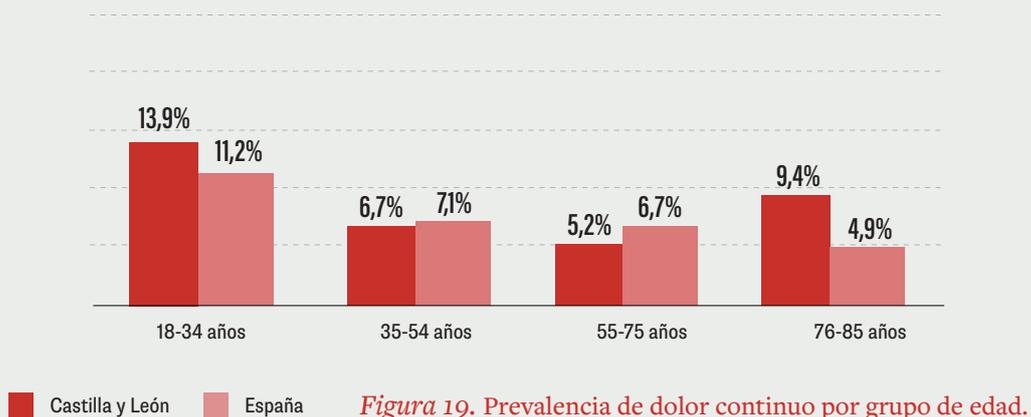


En lo que respecta al dolor continuo la imagen es diferente, ya que la prevalencia en Castilla y León es superior en los grupos de 18 a 34 años y de 76 a 85 años, siendo de nuevo la prevalencia nacional mayor en los individuos entre 35 y 54 y entre 55 y 75 años.

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 13,9% en Castilla y León (IC95%: 5,2-22,6%) 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 Castilla y León, 9,4% (IC95%: 2-25%), se encuentra cerca de duplicar la prevalencia en España, 4,9% (IC95%: 3,2-6,7%) (Figura 19).



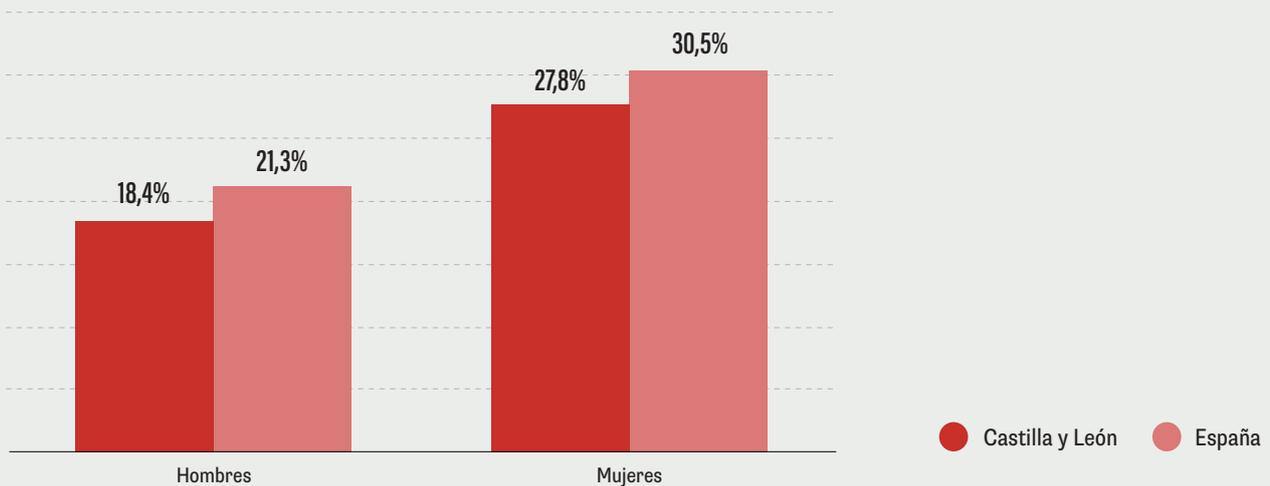
En el análisis de prevalencia en función del sexo, se observa una menor prevalencia de dolor crónico en Castilla y León que en España, tanto para hombres como para mujeres.

La enfermedad afecta al 18,4% de los hombres (IC95%: 12,5-24,2%) y el 27,8% de las mujeres (IC95%:21-34,6%) en la región, por un 21,3% de hombres (IC95%:19,9-22,6%) y un 30,5% de mujeres (IC95%:28,9-32%) a nivel nacional.

El dolor continuo, no obstante, es más prevalente en el grupo masculino de Castilla y León que en el promedio nacional, afectando a un 9,2% de hombres en la Comunidad (IC95%:4,8-13,6%) y a un 6,6% en el conjunto de España (IC95%:5,8-7,4%).

La prevalencia en las mujeres de Castilla y León se encuentra por debajo de la prevalencia en España: 6,7% (IC95%: 2,7-10,6%) frente a 8,8% (IC95%: 7,8-9,7%) (Figura 20).

DOLOR CRÓNICO



DOLOR CONTINUO

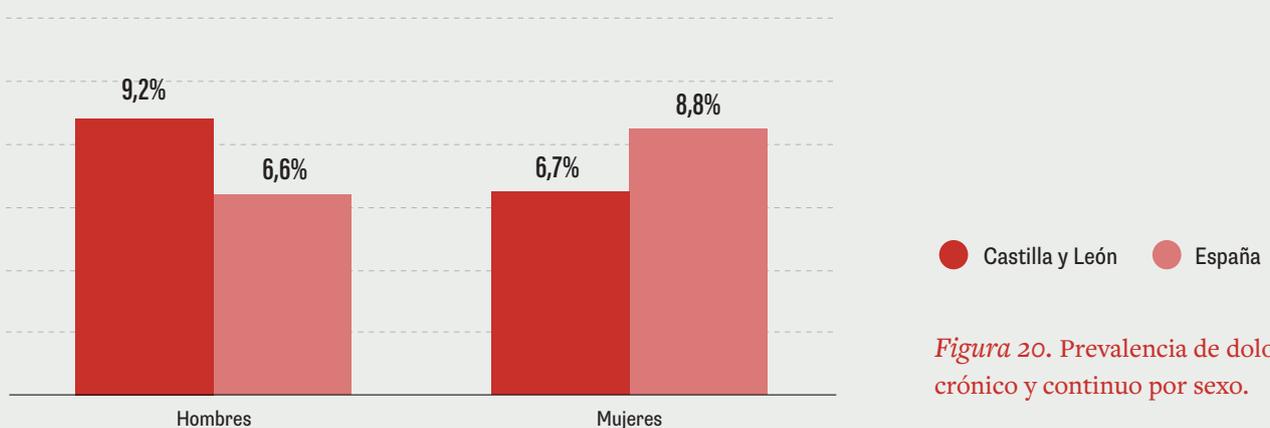


Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por sexo.

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 Castilla y León, afectando en la actualidad al 23% de ciudadanos.

Si bien esta cifra se encuentra por debajo de la prevalencia a nivel nacional (25,9%), los pacientes afectados por el dolor crónico en Castilla y León conviven con este un **tiempo medio de 9,1 años** (DT=10,1), periodo notablemente superior a la duración media de 6,8 años (DT=8,4) en los pacientes españoles.

El periodo mediano de duración de la enfermedad en Castilla y León alcanza una duración de 6 años (RI=13).

En las últimas cuatro semanas, la **intensidad media** del dolor crónico padecido por los pacientes castellanoleoneses sitúa en **6,7 puntos** (DT=1,7) y la intensidad mediana alcanza los 7 puntos (RI=2), ambos valores en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).

A nivel nacional, la **intensidad media** del dolor crónico se calcula en **6,8 puntos** (DT=1,8).

Estos datos se sitúan en la frontera entre **dolor “moderado”** y **“mucho dolor”**, establecida en los 7 puntos, lo que refleja la elevada magnitud del dolor padecido por los pacientes de Castilla y León y del conjunto de España.

La mayor parte de los pacientes con dolor crónico de la región (**58,3%**) presentan **“mucho” dolor** (puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad) y el 34,5% manifiestan un dolor “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6).

Los datos a nivel nacional son similares, siendo de nuevo el dolor “moderado” el más frecuente (57,6%). No obstante, cabe destacar la menor presencia de individuos con dolor “insoportable” a nivel regional (1,2% frente al 4,4% a nivel España) (Figura 21).

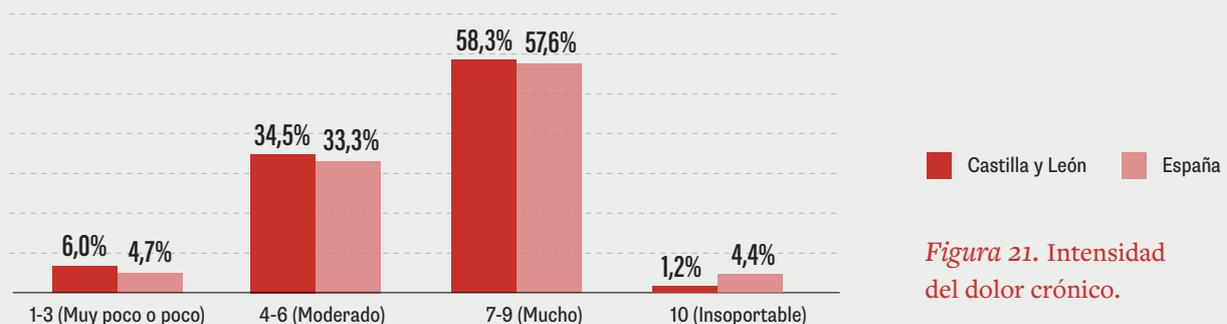


Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

CAUSA DIAGNÓSTICA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico que afecta a los pacientes tiene habitualmente un origen diagnosticado. Si bien un 16,7% de los pacientes de Castilla y León 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 58,3% de pacientes de la región, constituye la causa diagnóstica más frecuente de dolor crónico. Las **contracturas musculares** (47,6%), el dolor cervical (46,4%) y la artrosis (35,7%) son también causas habituales de la enfermedad.

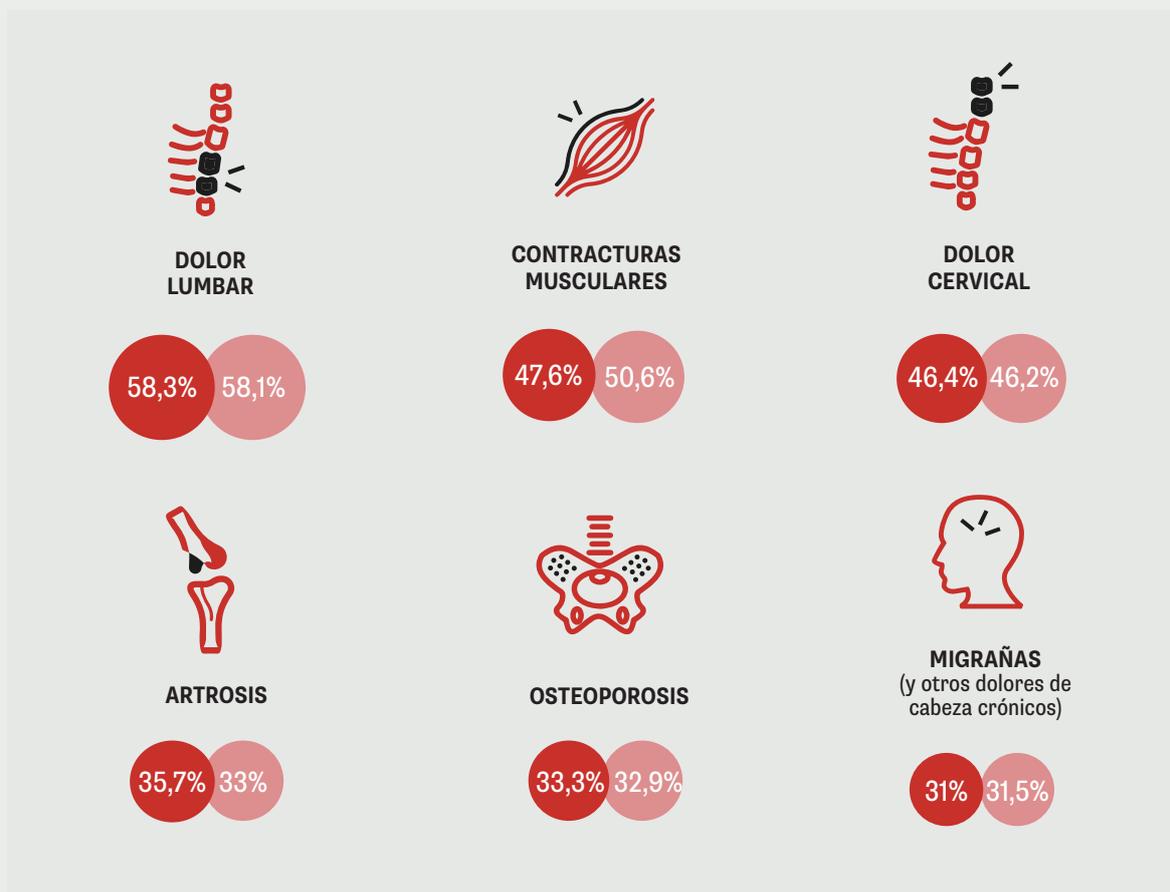
Estas mismas patologías suponen también las principales causas diagnósticas del dolor crónico a nivel nacional, pero es interesante observar que el **27,1%** de los pacientes españoles **desconocen** la **causa** de su dolor.

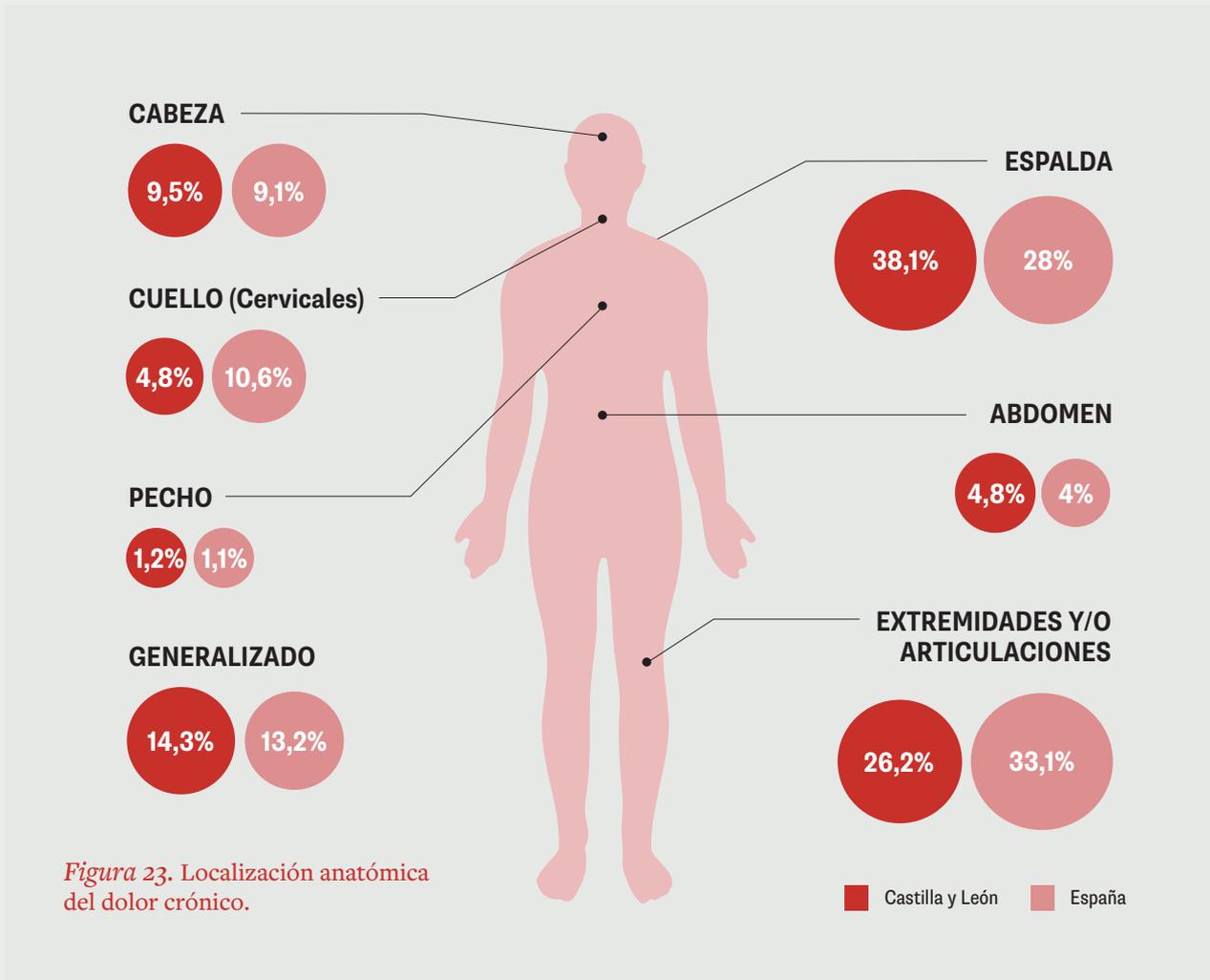
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL DOLOR CRÓNICO

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).

La **espalda** es la región corporal en la que mayoritariamente se localiza el dolor crónico en los pacientes de Castilla y León, siendo la localización anatómica del dolor en el 38,1% de los casos. El dolor en **extremidades y/o articulaciones** (26,2%) y el **dolor generalizado** (14,3%) son también localizaciones frecuentes.

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





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 Castilla y León es **levantarse de una silla o de la cama**, como refieren un 69% de los pacientes. Sentarse (54,8%) y vestirse y desvestirse (51,2%) se ven limitadas también en más de la mitad de los pacientes.

Estas tres actividades se encuentran también entre las más frecuentemente limitadas a nivel nacional, aunque la proporción de pacientes que experimentan dificultades para realizarlas es menor que en Castilla y León (62% levantarse de una silla o de la cama, 50,7% sentarse y 47,7% vestirse y desvestirse).

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.

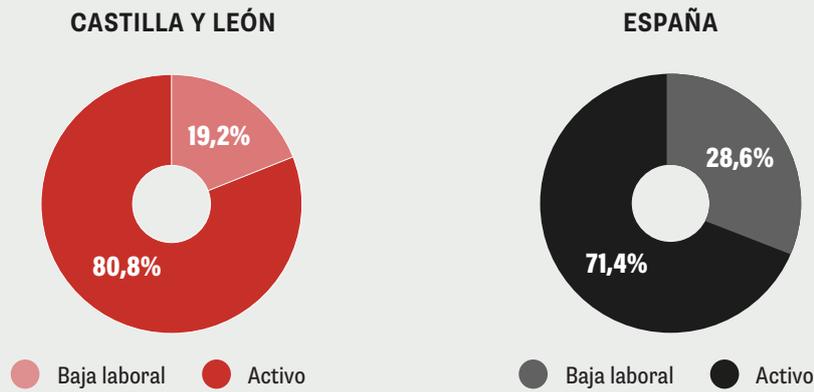


Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.

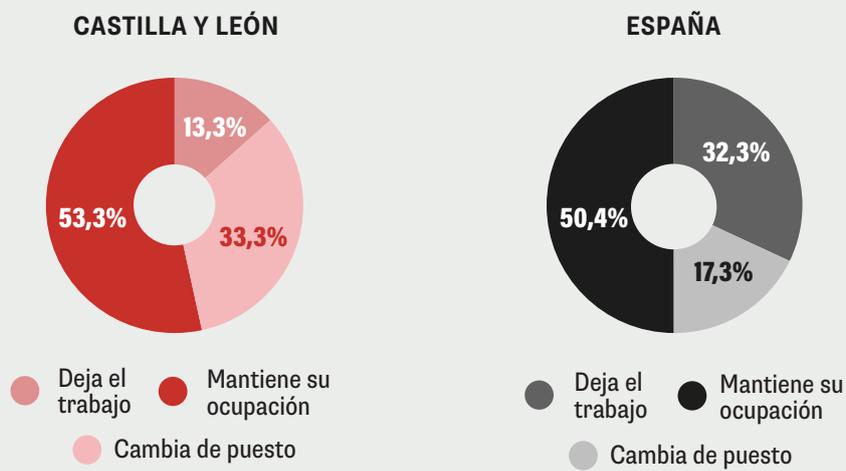


Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

En el último año un **19,2%** de los pacientes totales con dolor crónico de Castilla y León han estado en situación de baja laboral (incluyendo en este dato a aquellos que se encuentran desocupados, por lo que el impacto en la población trabajadora es aún mayor).

El **tiempo medio** de duración de las **bajas laborales** requeridas por los pacientes de Castilla y León se ha extendido durante un periodo de **4,7 meses** en el último año (DT=4,2), con una duración mediana de 3 meses (RI=7), y ha provocado que un 13,3% de los afectados hayan dejado su ocupación y otro 33,3% hayan cambiado su puesto de trabajo como consecuencia del dolor crónico.

A nivel nacional el impacto es todavía mayor, 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 modificado 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 **70,2%** de los pacientes de Castilla y León presentan **trastornos del sueño**, cifra superior al 64,8% de afectados a nivel nacional.

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).

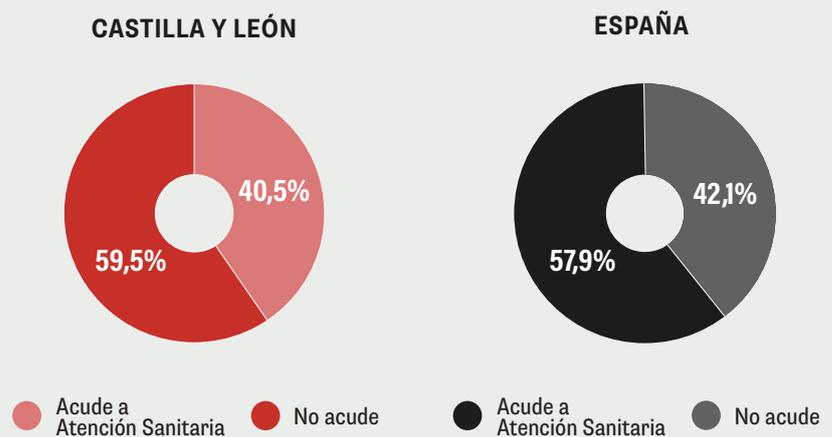


Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Un **40,5%** de los pacientes con dolor crónico de Castilla y León han hecho uso de los **servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el servicio de referencia, visitado por el 79,4% de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios.

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

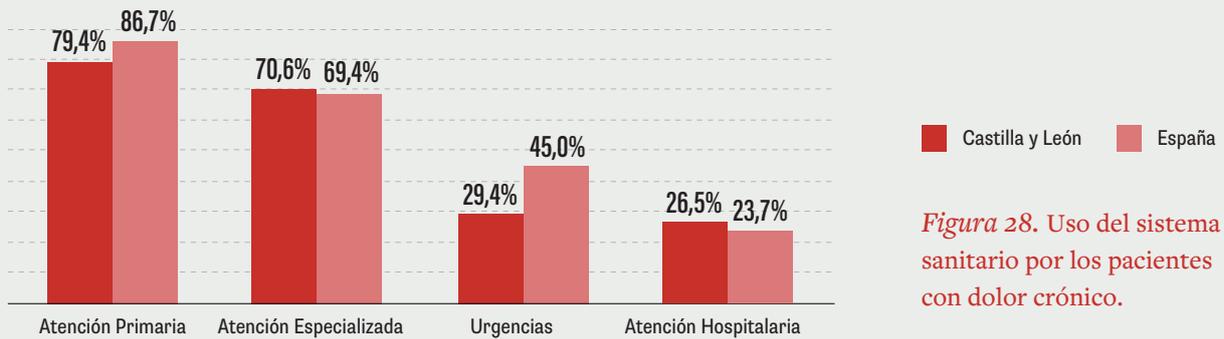


Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Cabe destacar la diferencia en el uso de los servicios de Urgencias entre los pacientes de Castilla y León y de España. Un 29,4% de pacientes a nivel regional hacen uso de este servicio, mientras que la proporción aumenta hasta un 45% en el cómputo nacional.

Atención Especializada constituye el segundo nivel asistencial más visitado por los pacientes con dolor crónico en Castilla y León (70,6%) y en el total nacional (69,4%) y diferentes servicios especializados son visitados de forma habitual por los pacientes (Figura 29).

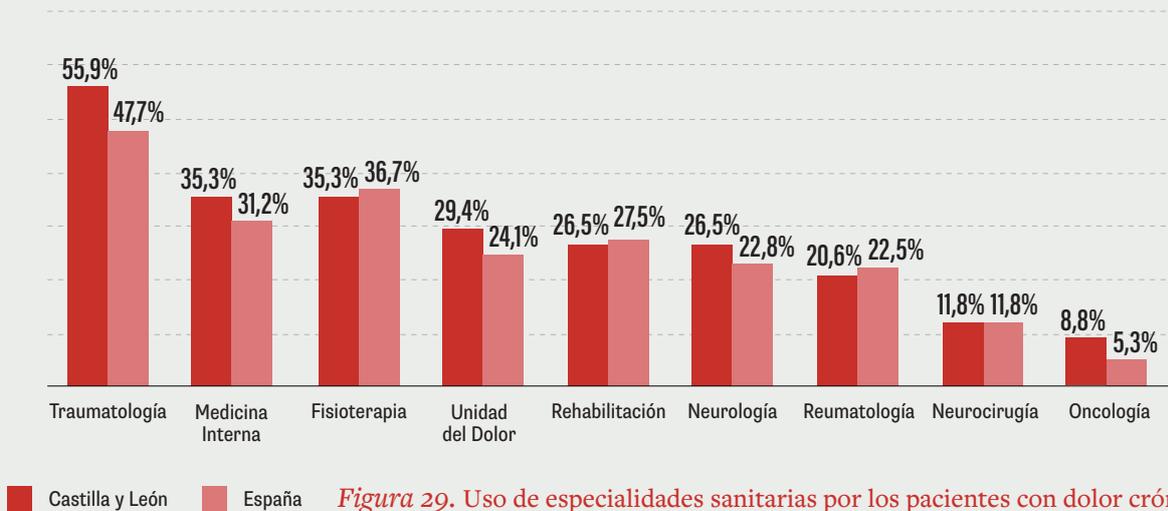


Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

Traumatología constituye la especialidad con mayor demanda por parte de los pacientes de Castilla y León, habiendo sido visitada en el último mes por más de la mitad de pacientes con dolor crónico (55,9%) que han hecho uso de la Atención Especializada. También a nivel nacional 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 29,4% de los pacientes de Castilla y León y un 24,1% de los pacientes a nivel nacional.

Los pacientes que hacen uso de estas unidades en la región tienen un **tiempo medio de espera de 8,1 meses** (DT=7,5) y una espera mediana de 7,5 meses (DT=10,4). Si bien la reducción de estos tiempos de espera se antoja decisiva para mejorar la atención a los pacientes, la situación de Castilla y León es mejor que a nivel nacional, donde los tiempos de espera medios ascienden a los 10,5 meses (DT=9,7).

Conclusiones

Castilla y León ha priorizado en los últimos años el abordaje del dolor crónico, problema de salud pública relevante en la región 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 la “**Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León**” y el “**Proceso de Atención al paciente crónico pluri-patológico complejo**” o la constitución de grupos de trabajo especializados en el ámbito del dolor, como el **Comité Técnico del Dolor de Castilla**, que han permitido implementar buenas prácticas asistenciales y mejorar el reconocimiento de la enfermedad y la situación de los pacientes.

De forma paralela, las grandes líneas de investigación en salud han tenido al dolor crónico como uno de sus ejes centrales, siendo el **IBSAL**, centro de referencia en investigación sanitaria a nivel nacional, uno de los grandes exponentes de la **investigación en dolor** en la región.

Si bien el trabajo en los tiempos recientes ha sido positivo, el **envejecimiento de la población** en Castilla y León, tercera Comunidad Autónoma más envejecida de España, plantea el reto de optimizar la respuesta ante la enfermedad de dolor crónico, ya que la población de edad avanzada constituye 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 **29,4%** de los pacientes con dolor crónico que acuden a servicios especializados en la región. En la actualidad, Castilla y León cuenta con 21 UTD en su territorio (nueve ubicadas en hospitales del SNS y doce ubicadas en centros privados) y el periodo medio de espera de los pacientes para acceder a estas es de 8,1 meses.

Esta disponibilidad de unidades, **cercana a una UTD por cada 100.000 habitantes**, se encuentra muy próxima a la media nacional, por lo que favorecer

el acceso de los pacientes a las mismas se antoja decisivo para responder al reto del envejecimiento poblacional y mejorar el abordaje de la enfermedad y la salud de los pacientes.

Para comprender mejor el alcance actual del dolor crónico en la región y orientar estas actuaciones futuras, es importante tener en cuenta los principales resultados de las encuestas. La enfermedad de dolor crónico presenta una prevalencia del **23%** en la **población adulta** residente en Castilla y León, lo que supone que cerca de medio millón de personas se ven afectadas por esta enfermedad en la región.

El grupo de **edad entre 55 y 75 años** es el más afectado por la enfermedad, con una prevalencia del **29,2%**, siendo los individuos de edades entre 18 y 34 años los que presentan una prevalencia más baja, **16,7%**.

Las **mujeres** constituyen el sexo en el que la enfermedad presenta un alcance mayor, con una prevalencia del **27,8%**, que se reduce al 18,4% 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 9,1 años**, en el que experimentan una **intensidad de dolor media de 6,7 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable), estando un **58,3%** de los pacientes aquejados de “**mucho dolor**” (puntuaciones entre 7 y 9).

La **causa diagnóstica** más frecuente de dolor crónico en la región es el **dolor lumbar**, manifestado por un **58,3%** de los pacientes, si bien hasta el 16,7% no conocen el origen de su dolencia, lo que dificulta su abordaje. A su vez, la **localización anatómica** más frecuente del dolor se encuentra en la **espalda**, con un **38,1%** de pacientes afectados.

El alcance que presenta el dolor crónico en los pacientes alcanza 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.

En las actividades cotidianas, los pacientes con dolor crónico presentan una importante falta de autonomía para llevarlas a cabo, destacando la actividad de **levantarse de una silla o de la cama** como la más comprometida, suponiendo **dificultades a un 69%** de los pacientes.

Cabe destacar también que un **70,2%** de los pacientes con dolor crónico en la región 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 **19,2%** del total de pacientes con dolor crónico ha necesitado de **baja laboral** a causa del dolor en el último año, prolongándose estas durante un tiempo promedio de **4,7 meses**. Esta necesidad de baja laboral ha

llevado a un 13,3% de los pacientes a dejar su ocupación previa y a un 33,3% a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor.

Todo ello se traduce en que un **40,5%** de los pacientes con dolor crónico en la región han hecho **uso de los servicios sanitarios** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el servicio de entrada más habitual, visitado por el **79,4%** de los pacientes. Los servicios especializados, utilizados por un 70,6% de los pacientes, tienen también un gran peso en la asistencia, destacándose **Traumatología** como la especialidad más demandada, visitada por un **55,9%** de los pacientes que reciben Atención Especializada.

El elevado impacto del dolor crónico en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, analizado a lo largo de este documento, resalta la importancia de mantener la **consideración prioritaria** de la enfermedad y de optimizar los recursos asistenciales destinados a su manejo y conocimiento.

Reflexión final: retos futuros en el abordaje del dolor crónico en Castilla y León

Tal y como se ha justificado a lo largo del presente documento, la enfermedad de dolor crónico genera grandes limitaciones en la calidad de vida de los pacientes y supone uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios.

Adicionalmente, las características demográficas de Castilla y León, tercera Comunidad Autónoma más envejecida de España, ponen de manifiesto la necesidad de atender al impacto presente y futuro

del dolor crónico, desde una perspectiva sociosanitaria que ponga el foco en los cuidados de larga duración y el fomento del envejecimiento saludable.

Por ello, como conclusión final, se plantean cinco retos futuros en el conocimiento y abordaje del dolor crónico en Castilla y León, que permitan dar respuesta a las necesidades de la enfermedad y estén dotados de una visión de futuro:

RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO

- 1. Maximizar el peso de las Unidades de Tratamiento del Dolor** en la región, extendiendo a las nueve provincias la oferta de unidades ubicadas en centros públicos y favoreciendo el acceso de los pacientes a los recursos.
- 2. Potenciar la expansión de la red de Institutos de Investigación Sanitaria** acreditados en la región, con el fin de favorecer nuevas iniciativas de investigación en el ámbito del dolor crónico y estimular las sinergias con grupos especializados de otras Comunidades Autónomas.
- 3. Impulsar las actuaciones del Comité Técnico del Dolor de Castilla y León**, como ente de referencia en la difusión de conocimientos y buenas prácticas en el manejo de la enfermedad.
- 4. Evaluar los resultados de las estrategias en materia de dolor** publicadas en la región y poner en marcha actualizaciones que permitan adecuarlas a la realidad actual y plantear actuaciones con impacto en el futuro.
- 5. Incentivar el desarrollo de estudios que evalúen el impacto económico** de la enfermedad sobre los sistemas sanitarios y permitan ampliar el conocimiento disponible.

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. Junta de Castilla y León y Sanidad de Castilla y León, 2017. *Valladolid inaugura la Unidad del Dolor que tratará, de manera integrada, a los pacientes de sus dos áreas*.
12. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*.
13. Expansión, 2023. *Evolución: PIB anual España*.
14. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2018. *Comité Técnico del Dolor de CYL*.
15. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2022. *Semana del afrontamiento activo del dolor*.
16. Universidad de Salamanca. *Cátedra Extraordinaria del Dolor*.
17. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2013. *Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León*.
18. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, 2015. *Proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico complejo*.
19. Instituto de Salud Carlos III. *Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados*.

20. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. *Presentación*.
21. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - *Estrategias para el control del dolor y la adicción*.
22. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - *Estrategias para el control del dolor y la adicción. Proyectos*.
23. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. Grupo NEUR-04 - *Estrategias para el control del dolor y la adicción. Publicaciones*.
24. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*.
25. Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*.
26. Cint. *Market Research and Insights*.
27. 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.
28. 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.
29. Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
30. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135.
31. 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.
32. 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%

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

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

- Sí
- No → pasar a cuestionario principal

HACER A QUIENES EN P.12 RESPONDEN SÍ

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

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

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

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

HACER SI HA RESPONDIDO QUE SÍ A UNIDAD DEL DOLOR

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

- Días (máx. 31)

- Meses (máx. 12)
- Años (máx. 99)

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

Cuestionario principal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

23.1. Me siento tenso o nervioso

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

23.2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

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

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

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

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

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

23.5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

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

23.6. Me siento alegre

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

23.7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

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

23.8. Me siento como si cada día estuviera más lento

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

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

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

23.10. He perdido interés por mi aspecto personal

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

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

- (0) Nada
- (1) No mucho

- 2) Bastante
(3) Mucho

23.12. Me siento optimista respecto al futuro

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

23.13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla A2 – 1. Características de la muestra encuestada en Castilla y León.

Variables	Categorías	N	%	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Edad (n=365)	Media (DT)	49.02 (15.56)		
	Mediana (RI)	48 (22)		
	18-34	72	19.7	
	35-54	165	45.2	
	55-75	96	26.3	
Sexo (n=365)	Hombre	185	50.7	
	Mujer	180	49.3	
	Nivel de estudios (n=365)	Sin Estudios	3	0.8
		Estudios Primarios	26	7.1
Estudios Secundarios		75	20.5	
Formación Profesional		92	25.2	
Estudios universitarios		169	46.3	
Situación laboral (n=365)	Tengo trabajo actualmente	214	58.6	
	Estoy en paro	38	10.4	
	Estoy Jubilado/retirado	67	18.4	
	Tengo la incapacidad laboral permanente	7	1.9	
	Estoy estudiando	15	4.1	
	Trabajo doméstico no remunerado	24	6.6	
Baja Laboral (n=214) (<i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i>)	Sí	58	27.1	
	No	156	72.9	
USO SISTEMA SANITARIO				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas (n=365)	Sí	136	37.3	
	No	229	62.7	
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (n=136) (<i>contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior</i>)	Ninguna vez	25	18.4	
	1 vez	67	49.3	
	2 veces	33	24.3	
	3 veces o más	11	8.1	
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (n=136) (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	51	37.5	
	1 vez	59	43.4	
	2 veces	15	11	
	3 veces o más	11	8.1	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (n=136) (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	107	78.7	
	1 vez	15	11	
	2 veces	7	5.1	
	3 veces o más	7	5.1	
Frecuencia con la que acude a Urgencias (n=136) (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>)	Ninguna vez	84	61.8	
	1 vez	39	28.7	
	2 veces	6	4.4	
	3 veces o más	7	5.1	

CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	47.26 (10.16)	
	Mediana (RI)	49.93 (12.84)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	47 (11.27)	
	Mediana (RI)	48.82 (15.84)	
HADS- Depresión (n=365)	Media (DT)	5.32 (4.12)	
	Mediana (RI)	5 (6)	
	No Caso	257	70.4
	Caso dudoso	61	16.7
HADS- Ansiedad (n=365)	Media (DT)	5.7 (4.26)	
	Mediana (RI)	5 (6)	
	No Caso	252	69
	Caso dudoso	60	16.4
Limitaciones vida diaria: Alimentarse (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	16	4.4
	Sí, mucha dificultad	13	3.6
	Sí alguna dificultad	23	6.3
	No, ninguna dificultad	313	85.8
Limitaciones vida diaria: Sentarse (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	9	2.5
	Sí, mucha dificultad	7	1.9
	Sí alguna dificultad	52	14.2
	No, ninguna dificultad	297	81.4
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	5	1.4
	Sí, mucha dificultad	16	4.4
	Sí alguna dificultad	72	19.7
	No, ninguna dificultad	272	74.5
Limitaciones vida diaria: Acostarse (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	6	1.6
	Sí, mucha dificultad	9	2.5
	Sí alguna dificultad	50	13.7
	No, ninguna dificultad	300	82.2
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	5	1.4
	Sí, mucha dificultad	13	3.6
	Sí alguna dificultad	50	13.7
	No, ninguna dificultad	297	81.4
Limitaciones vida diaria: Ir al baño (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	7	1.9
	Sí, mucha dificultad	9	2.5
	Sí alguna dificultad	35	9.6
	No, ninguna dificultad	314	86
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	7	1.9
	Sí, mucha dificultad	13	3.6
	Sí alguna dificultad	37	10.1
	No, ninguna dificultad	308	84.4
Limitaciones vida diaria: Otra (n=365)	No puedo hacerlo por mí mismo	8	2.2
	Sí, mucha dificultad	13	3.6
	Sí alguna dificultad	40	11
	No, ninguna dificultad	304	83.3
Recibe ayuda familiar, social de entidades para: (puede haber más de una) (n=365)	Alimentarse	19	5.2
	Sentarse	20	5.5
	Levantarse de una silla o de la cama	21	5.8
	Acostarse	15	4.1
	Vestirse y desvestirse	17	4.7
	Ir al baño	18	4.9
	Ducharse o bañarse	20	5.5
Otras	19	5.2	
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) (n=365) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	40.47 (10.49)	
	Mediana (RI)	41 (17)	
	Apoyo social percibido bajo	62	17
	Apoyo normal	303	83
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

PREVALENCIA DE DOLOR

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

Grupo	Dolor continuo			Dolor crónico		
	N	Prevalencia (%)	IC95%	N	Prevalencia (%)	IC95%
Global						
Global	29	7.9	(5-10.9)	84	23	(18.6-27.5)
Por sexo						
Hombres	17	9.2	(4.8-13.6)	34	18.4	(12.5-24.2)
Mujeres	12	6.7	(2.7-10.6)	50	27.8	(21-34.6)
Por grupos de edad						
Entre 18 y 34	10	13.9	(5.2-22.6)	12	16.7	(7.4-26)
Entre 35 y 54	11	6.7	(2.6-10.8)	38	23	(16.3-29.8)
Entre 55 y 75	5	5.2	(1.7-11.7)	28	29.2	(19.6-38.8)
Entre 76 y 85	3	9.4	(2-25)	6	18.8	(7.2-36.4)

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 – 3. Características de las personas con dolor crónico en Castilla y León.

Variables	Categorías	N	%
DOLOR			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT)	9.13 (10.07)	
	Mediana (RI)	6 (13)	
Causa diagnóstica del DC (n=84, puede haber más de una causa) (puede haber más de una)	Artrosis	30	35.7
	Osteoporosis	28	33.3
	Dolor cervical	39	46.4
	Dolor lumbar	49	58.3
	Traumatismo	12	14.3
	Migraña y otros dolores de cabeza crónicos	26	31
	Dolor relacionado intervención quirúrgica	16	19
	Artritis	12	14.3
	Artritis	26	31

	Ciática	40	47.6
	Contracturas musculares	2	2.4
	Cáncer	20	23.8
	Hombro	6	7.1
	Fibromialgia	6	7.1
	Neuropatía diabética u otras neuropatías	19	22.6
	Síndrome del túnel carpiano	2	2.4
	Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa	2	2.4
	Dismenorrea / Endometriosis	1	1.2
	Hernias discales	14	16.7
	Desconoce la causa patológica	3	0.9
	Otras		
Donde se localiza el dolor que más afecta (n=84)	Es un dolor generalizado	12	14.3
	Cabeza	8	9.5
	Cuello (cervicales)	4	4.8
	Espalda	32	38.1
	Extremidades y/o articulaciones	22	26.2
	Pecho	1	1.2
	Abdomen	4	4.8
	Otro	1	1.2
Trastorno del sueño debido al DC (n=84)	Sí	59	70.2
	No	25	29.8
Intensidad del Dolor (n=84)	Media (DT)	6.69 (1.73)	
	Mediana (RI)	7 (2)	
	Muy poco o poco (0-3)	5	6
	Moderado (4-6)	29	34.5
	Mucho (7-9)	49	58.3
	Insoportable (10)	1	1.2
CONSECUENCIAS DC			
<i>Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: (n=84)</i>			
Alimentarse	Sí, mucho	1	1.2
	Sí, algo	20	23.8
	No, no las he limitado	63	75

Sentarse	Sí, mucho	5	6
	Sí, algo	41	48.8
	No, no las he limitado	38	45.2
Levantarse de una silla o de la cama	Sí, mucho	14	16.7
	Sí, algo	44	52.4
	No, no las he limitado	26	31
Acostarse	Sí, mucho	5	6
	Sí, algo	33	39.3
	No, no las he limitado	46	54.8
Ducharse o bañarse	Sí, mucho	5	6
	Sí, algo	21	25
	No, no las he limitado	58	69
Otras (n=60)	Sí, mucho	9	15
	Sí, algo	4	6.7
	No, no las he limitado	47	78.3
Baja laboral a causa del dolor (n=78)	Sí	15	19.2
	No	63	80.8
Tiempo Baja laboral (Meses) (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Media (DT)	4.68 (4.2)	
	Mediana (RI)	3 (7)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (n=15) (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Sí, lo tuve que dejar	2	13.3
	Sí, cambié de puesto	5	33.3
	No	8	53.3

USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas (n=84)	Sí	34	40.5
	No	50	59.5
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (n=34) (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	7	20.6
	1 vez	18	52.9
	2 veces	7	20.6
	3 veces o más	2	5.9
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (n=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	10	29.4
	1 vez	18	52.9
	2 veces	4	11.8
	3 veces o más	2	5.9
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido (n=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior) (puede haber más de una)	Unidad del dolor	10	29.4
	Rehabilitación	9	26.5
	Traumatología	19	55.9
	Reumatología	7	20.6
	Neurología	9	26.5
	Medicina Interna	12	35.3
	Oncología	3	8.8
	Neurocirugía	4	11.8
	Fisioterapia	12	35.3
	Otras	3	8.8
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta Unidad. De dolor)	Media (DT)	8.09 (7.51)	
	Mediana (RI)	7.5 (10.43)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (n=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	25	73.5
	1 vez	5	14.7
	2 veces	2	5.9
	3 veces o más	2	5.9
Frecuencia con la que acude a Urgencias (n=34) (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	24	70.6
	1 vez	5	14.7
	2 veces	4	11.8
	3 veces o más	1	2.9
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

