



Análisis de situación del impacto del dolor crónico en Andalucía

Barómetro del dolor crónico en España 2022



ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Resumen ejecutivo.....	8
Introducción	10
Antecedentes de la enfermedad de dolor crónico.....	11
1. Impacto sociosanitario y económico	11
2. Proyectos y estrategias relacionados con el abordaje del dolor crónico en Andalucía.....	13
3. Unidades de Tratamiento del Dolor en Andalucía	19
Barómetro del dolor crónico en Andalucía.....	28
1. Objetivos.....	28
2. Metodología.....	28
3. Resultados.....	32
4. Conclusiones	65
Bibliografía	69
ANEXO 1 - Metodología.....	72
ANEXO 2 - Resultados	87

Índice de figuras.

Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.....	19
Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Andalucía.	21
Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.	26
Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.	27
Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.	33
Figura 6. Distribución muestral por sexo.	33
Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.	34
Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.....	35
Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.....	35
Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.....	36
Figura 11. Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.....	36
Figura 12. Estado de salud de los encuestados.....	37
Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.....	39
Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.	39
Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.....	40
Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.....	41
Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.	41
Figura 18. Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.	42
Figura 19. Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.	43
Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por grupo de edad.	43
Figura 21. Intensidad del dolor crónico.	45
Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.....	45
Figura 23. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.	46
Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.	47
Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.	48
Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.	48
Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.....	49

Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.....	50
Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.	50
Figura 30. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.....	52
Figura 31. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.....	53
Figura 32. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.	54
Figura 33. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.	55
Figura 34. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.	56
Figura 35. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.....	57
Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.	58
Figura 37. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por niveles asistenciales utilizados.	59
Figura 38. Calidad de vida física y mental de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	60
Figura 39. Nivel de depresión y ansiedad de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	61
Figura 40. Apoyo social percibido de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.	62
Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.	63
Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.....	64

Índice de tablas.

Tabla 1. Listado de los hospitales con Unidades del Dolor en Andalucía.	21
Tabla A1 – 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	72
Tabla A1 – 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	74
Tabla A2 – 1. Características de la muestra encuestada en Andalucía.	87
Tabla A2 – 2. Prevalencia de dolor continuo y crónico en Andalucía.	89
Tabla A2 – 3. Características de las personas con dolor crónico en Andalucía.....	89
Tabla A2 – 4. Características relacionadas con dolor continuo, dolor crónico o sin dolor en Andalucía.....	92

Lista de abreviaturas.

- **CATI:** *Computer-Assisted Telephone Interviewing*
- **CAWI:** *Computer-Assisted Web Interviewing*
- **DT:** Desviación Típica
- **ESOMAR:** *European Society for Opinion and Marketing Research*
- **FIBAO:** Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental - Alejandro Otero
- **FIBICO:** Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba
- **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale
- **IBIMA Plataforma BIONAND:** Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina
- **IBiS:** Instituto de Biomedicina de Sevilla
- **IBS Granada:** Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada
- **IMIBIC:** Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
- **ISO:** *International Organization for Standardization*
- **MCS:** *Mental Component Score*
- **PACPA:** Plan Andaluz de Cuidados Paliativos
- **PAERME:** Plan Andaluz de Atención a Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas
- **PCS:** *Physical Component Score*
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud
- **RI:** Rango Intercuartílico
- **UCO:** Universidad de Córdoba
- **UGR:** Universidad de Granada
- **UMA:** Universidad de Málaga
- **US:** Universidad de Sevilla
- **UTD:** Unidad de Tratamiento del Dolor

Abreviaturas de las Comunidades Autónomas de España:

- **AND:** Andalucía
- **ARA:** Aragón
- **AST:** Principado de Asturias
- **BAL:** Islas Baleares
- **CAN:** Canarias
- **CAT:** Cataluña
- **CLM:** Castilla-La Mancha
- **CTA:** Cantabria
- **CYL:** Castilla y León
- **ESP:** España (media nacional)
- **EXT:** Extremadura
- **GAL:** Galicia
- **MAD:** Comunidad de Madrid
- **MUR:** Región de Murcia
- **NAV:** Comunidad Foral de Navarra
- **PVA:** País Vasco
- **RIO:** La Rioja
- **VAL:** Comunidad Valenciana

Resumen ejecutivo

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

En los últimos años, se han llevado a cabo diversas iniciativas destinadas a abordar y mejorar el conocimiento del dolor crónico en nuestro país, destacando la “**Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud**” (2012) y el “**Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el Sistema Nacional de Salud**” (2014). Estas estrategias han contribuido a reconocer el dolor crónico como una enfermedad prioritaria y han promovido la adopción de buenas prácticas en su tratamiento. A pesar de ello, la **limitación de la información disponible** ha dificultado la visibilidad de esta enfermedad y la respuesta a las necesidades de los pacientes.

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

Este nuevo proyecto tiene como objetivo continuar las líneas de trabajo iniciadas en el documento previo, mediante un análisis detallado de la situación del dolor crónico en la **Comunidad Autónoma de Andalucía**, con el propósito de cuantificar el impacto de la enfermedad en la sociedad y en los sistemas de salud regionales, así como promover iniciativas que mejoren su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial.

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

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



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



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



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

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

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

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

Después de esto, se destacan las principales **iniciativas en el ámbito del dolor crónico** impulsadas en la Comunidad Autónoma, describiendo los avances logrados en la visibilidad y tratamiento de la enfermedad y haciendo hincapié en los actores principales y las estrategias que han contribuido a alcanzar **hitos significativos**.

Esta primera parte del trabajo concluye con una **revisión de los recursos asistenciales disponibles** para el tratamiento del dolor en la región, poniendo el foco en las **Unidades de Dolor** y en su distribución geográfica en las diferentes provincias andaluzas.

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

Para ello se detallan los **objetivos y metodología** del estudio desarrollado, y se presentan los principales **resultados**, destacando la **prevalencia del dolor crónico** en la población andaluza, su alcance diferencial en los diferentes grupos sociodemográficos y las principales **características asociadas al dolor**, que afectan la vida de los pacientes en términos laborales, familiares y personales.

Como conclusión del trabajo se ofrece un resumen del análisis de situación y se plantea una **reflexión final**, que plantea una serie de retos futuros para responder a las necesidades identificadas y posicionar al dolor crónico como una **prioridad sanitaria**.

Introducción

Para continuar el trabajo en dolor crónico iniciado con la creación del documento “Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”, publicado en abril de 2023, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** han iniciado una nueva fase centrada en estudiar la situación del dolor crónico en las distintas Comunidades Autónomas y su impacto en el ámbito sociosanitario.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro establecida en el año 2000, cuya misión es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren dolor mediante un enfoque biopsicosocial. Su principal área de acción es el dolor y su labor se enfoca en aumentar la conciencia y el conocimiento sobre esta problemática, así como en formar a profesionales, pacientes y cuidadores, con el objetivo de promover el desarrollo de iniciativas sanitarias significativas^{1,2}.

El **Observatorio del Dolor**, creado en 2010 por la Cátedra Externa del Dolor de la Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, se dedica a la investigación y divulgación científica en el ámbito del dolor crónico. Este órgano multidisciplinar se encarga de analizar datos a través de estudios, con el fin de dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**^{3,4,5}.

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

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

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

¹Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*. Enlace.

²Fundación Grünenthal. *Presentación*. Enlace.

³Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*. Enlace.

⁴Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*. Enlace.

⁵Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.

⁶More Than Research. *Inicio*. Enlace.

⁷BioInnova Consulting. *Inicio*. Enlace.

Antecedentes de la enfermedad de dolor crónico

1. Impacto sociosanitario y económico

La enfermedad de dolor crónico es uno de los **problemas de salud más destacados** a nivel global, presentando un impacto notable para la calidad de vida de los pacientes y generando un consumo elevado de recursos para los sistemas de salud.

En el año 2014 se estimó una prevalencia del dolor crónico del 20% a nivel mundial⁸, si bien se considera que el alcance de esta enfermedad se encuentra en permanente aumento. En este hecho influye el **envejecimiento de la población**, resultado del crecimiento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

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

Si bien Andalucía es la tercera Comunidad Autónoma menos envejecida de España, con un índice de envejecimiento del 116,9% en 2023 (frente a 137,3% a nivel nacional), la **tasa de envejecimiento en la región se ha acelerado de forma significativa en la última década**, observándose un aumento de 28,7 puntos porcentuales en el índice de envejecimiento con respecto al 90,8% en 2014, incremento sólo superado a nivel nacional por Canarias y Cantabria¹⁰.

Estudios desarrollados por hospitales especializados en el abordaje del dolor en Andalucía estimaron una **prevalencia de dolor crónico del 15,5% en el año 2012** en la población andaluza, cifra que se vio incrementado al **17% en el año 2019**^{11,12}. De forma paralela, las sucesivas ediciones de la Encuesta Andaluza de Salud se han hecho eco del alcance en la región del “dolor que dificulta el trabajo habitual”, que se extendía al 7,4% de la población en el año 2012 y al 6,4% en 2016^{13,14}.

A pesar del notable impacto de la enfermedad que arrojan estos datos, no se han desarrollado nuevos estudios posteriores que cuantifiquen el alcance del dolor crónico

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

⁹ Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*. Enlace.

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

¹¹ Herrera J. et al., 2012. *Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Enlace.

¹² Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2019. *Los expertos estiman que en Andalucía padece dolor crónico alrededor del 17% de la población*. Enlace.

¹³ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2013. *Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012*. Enlace.

¹⁴ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2017. *Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016*. Enlace.

sobre los pacientes y sistemas sanitarios en Andalucía, lo que destaca la importancia de expandir el conocimiento del dolor crónico como herramienta para hacer frente a los desafíos futuros que plantea esta enfermedad.

Por tanto, con la intención de ofrecer una visión actualizada de la situación del dolor crónico en Andalucía, se elaboró este documento, que analiza los principales indicadores relacionados con el impacto de esta enfermedad. Para ello se ha seguido el modelo iniciado por el Barómetro a nivel nacional, cuyos datos más relevantes se presentan a continuación.

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

La mayor prevalencia de la enfermedad se concentra en las **mujeres** (30,5% de afectadas) e **individuos de entre 55 y 75 años** (30,6% de afectados), que constituyen los colectivos de riesgo principales, cuya protección es clave para combatir la enfermedad.

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

Además del impacto en los individuos, la enfermedad tiene un alto impacto económico en los sistemas sanitarios en nuestro país. Se estima que, en el año 2014, los gastos sanitarios derivados de la patología representaban el **2,5% del Producto Interior Bruto**, lo que equivaldría a más de 36.500 millones de euros en 2023^{15,16}.

Los costes directos, que constituyen aproximadamente el 85% del gasto total, derivan de las consultas médicas y el uso de recursos sanitarios por parte de los pacientes, siendo los costes indirectos, 15% del gasto total, consecuencia del impacto de la enfermedad sobre el mercado laboral.

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

¹⁵ Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*. Enlace.

¹⁶ Expansión, 2024. *Evolución: PIB anual España*. Enlace.

2. Proyectos y estrategias relacionados con el abordaje del dolor crónico en Andalucía

Estrategias sanitarias a nivel institucional

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se han erigido en los principales impulsores de planes estratégicos relacionados con el dolor crónico en la región, contribuyendo al conocimiento de la enfermedad y a la mejora en su abordaje a diferentes niveles.

En el año 2010, la publicación del “**Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor**” dio comienzo a la planificación sanitaria regional en materia de dolor, planteándose la promoción del abordaje integral del dolor como estrategia transversal de las políticas en salud futuras. Este plan tiene como objetivo fundamental “lograr un mejor abordaje de este malestar en sus distintas vertientes: prevención, detección, seguimiento y tratamiento” y establece actuaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su entorno, impulsar la participación ciudadana en el abordaje de la enfermedad y fomentar las alianzas entre profesionales sanitarios, con el propósito de lograr una asistencia integral¹⁷.

En la actualidad Andalucía está trabajando en la **evaluación y actualización** de los contenidos de este plan, poniendo el foco en mejorar la calidad y rapidez asistencial y dar **respuesta a la demora asistencial**, principal problema identificado en la atención a los pacientes de dolor crónico a nivel regional y nacional.

Para ello se trabajará en potenciar la derivación directa hacia las **Unidades del Dolor** desde Atención Primaria, principal puerta de entrada de los pacientes en el sistema sanitario, y en homogeneizar las carteras de servicios de estas unidades, de modo que cada provincia cuente con un hospital con una unidad completa y se incremente la presencia en plantilla de especialidades como Rehabilitación, Reumatología, Neurocirugía, Fisioterapia y Enfermería¹⁸.

Se espera que este **nuevo Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor** sea publicado a lo largo de 2024 y permita dar continuidad al trabajo desarrollado por la región en los últimos años, siendo además una iniciativa pionera en España en la atención al **dolor crónico infantil**, cuya prevalencia a nivel nacional se estima cercana al 37%¹⁹.

Si bien el mencionado “Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor” ha constituido la principal estrategia institucional en el ámbito del dolor, otras estrategias han tenido una repercusión favorable en el conocimiento de otras enfermedades asociadas al dolor crónico.

¹⁷ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010. *Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013*. Enlace.

¹⁸ Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Andalucía trabaja en la evaluación y actualización del Plan de Atención a las Personas con Dolor*. Enlace.

¹⁹ Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Andalucía trabaja en un nuevo Plan de Atención a las Personas con Dolor, previsto para 2024*. Enlace.

El “**Proceso Asistencial Integrado de dolor crónico no oncológico**”, publicado en 2014, plantea la mejora continua y la calidad en los procesos asistenciales, con el fin de mejorar los resultados en salud y promover la identificación, evaluación multidisciplinar, abordaje terapéutico y seguimiento de los pacientes con dolor crónico musculoesquelético no oncológico²⁰.

En este mismo sentido, el “**Plan Andaluz de Atención a Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (PAERME)**”, publicado en 2018, tiene como principal objetivo reducir la incidencia y el impacto de las enfermedades de este tipo en la región, por medio de la mejora en la asistencia, el conocimiento e información a nivel sociosanitario, la formación de profesionales y la investigación²¹. Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, como artritis, artrosis, osteoporosis, lumbalgia o ciática, constituyen algunas de las causas diagnósticas más frecuentes de dolor crónico en España, por lo que su adecuado conocimiento y abordaje resulta de interés para mitigar el alcance de la enfermedad de dolor crónico.

De manera similar, el “**Plan Integral de Cefaleas de Andalucía**”, recientemente publicado en 2023, está orientado a la reducción en la carga de enfermedad de las cefaleas primarias en la población y a la mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. Cabe destacar que la migraña es otra de las causas diagnósticas más habituales de dolor crónico en nuestro país, por lo que las actuaciones planteadas, basadas en los estilos de vida saludables, la participación del paciente y la atención integral, son positivas para abordar el impacto del dolor crónico²².

Adicionalmente, desde las instituciones sanitarias de la Comunidad se han puesto en marcha planes complementarios que han permitido optimizar la coordinación entre niveles asistenciales, priorizando el cuidado a los pacientes crónicos.

En este campo destaca la “**Estrategia de Atención Primaria de Andalucía**”, nacida en 2021, que plantea la optimización funcional y estructural del sistema de Atención Primaria y Comunitaria de Andalucía, estableciéndose la atención al paciente crónico y en situación paliativa como una de las medidas principales²³.

La estrategia plantea acciones de continuidad y mejora en las líneas de trabajo definidas por el “**Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA)**” (publicado en 2007)²⁴ y el “**Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas**” (publicado en

²⁰ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2014. *Dolor crónico no oncológico. Proceso Asistencial Integrado*. Enlace.

²¹ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Enlace.

²² Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Plan Integral de Cefaleas de Andalucía*. Enlace.

²³ Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021. *Estrategia de Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022*. Enlace.

²⁴ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007. *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012*. Enlace.

2011)²⁵, los cuales se encuentran en la actualidad en un proceso de revisión que culminará con la publicación de nuevas ediciones^{26,27}.

Finalmente, cabe hacer mención a otras iniciativas orientadas a mejorar los procedimientos de atención que, si bien no contemplan el dolor como ámbito específico de actuación, han favorecido la optimización de las prácticas clínicas y el bienestar de los pacientes, redundando indirectamente en la asistencia a pacientes de dolor crónico, colectivo con elevada utilización del sistema sanitario. Destacan en este ámbito iniciativas como la “**Estrategia de Cuidados de Andalucía**”²⁸ (publicada en 2015) o el “**Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía**”²⁹ (publicado en 2021).

Por todo ello, la planificación sanitaria en Andalucía ha estado marcada por el trabajo en dolor crónico, mejorando el conocimiento de enfermedades crónicas con gran impacto en la población y potenciando el buen funcionamiento de los niveles asistenciales implicados en la atención al paciente.

La próxima publicación del nuevo Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor permitirá profundizar en los hitos conseguidos y actualizar las acciones prioritarias, manteniendo el papel puntero de Andalucía en el abordaje de la enfermedad.

De forma complementaria a estas estrategias e iniciativas de trabajo impulsadas desde las instituciones sanitarias andaluzas, cabe destacar los avances conseguidos en marco de la investigación sanitaria.

Iniciativas de investigación

La **investigación sanitaria y biomédica** ha sido una de las principales líneas de trabajo en los centros de la región. Los principales agentes públicos en este ámbito en los últimos años han sido los **cuatro Institutos de Investigación Sanitaria acreditados** en Andalucía por el Ministerio de Ciencia e Innovación, que forman parte de la red de 35 centros a nivel nacional³⁰:

- Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS).
- Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC).
- Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS Granada).

²⁵ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2011. *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016*. Enlace.

²⁶ Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2020. *La Junta avanza en la elaboración del nuevo Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2022-2026*. Enlace.

²⁷ Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2022. *Salud y Familias inicia el diseño de una nueva Estrategia de Atención a la Cronicidad en Andalucía*. Enlace.

²⁸ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2015. *Estrategia de Cuidados de Andalucía*. Enlace.

²⁹ Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021. *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Enlace.

³⁰ Instituto de Salud Carlos III. *Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados*. Enlace.

- Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma BIONAND).

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

El **Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)**, constituido en el año 2006, es un centro multidisciplinar de investigación coordinado por el Hospital Universitario Virgen del Rocío, el Hospital Universitario Virgen Macarena, el Hospital Universitario Virgen de Valme y la Universidad de Sevilla (US). La actividad del instituto, pionero en investigación biomédica en la región, se centra en el estudio de las causas y mecanismos de las patologías más prevalentes en la población y el desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento para las mismas, presentando cinco áreas de investigación y 83 grupos de trabajo³¹.

El grupo más destacado en relación al dolor crónico es el de “**Salud, Fisioterapia y Actividad Física**”, englobado en el área de “Patología cardiovascular, respiratoria y otras patologías sistémicas”, que ha trabajado en el abordaje del dolor y la discapacidad causada por patologías del sistema nervioso central³².

Este grupo desarrolla proyectos de investigación en **dolor crónico neuropático** desde diferentes perspectivas, que abarcan desde los aspectos fisiopatológicos subyacentes a la experiencia de dolor hasta las estrategias biopsicosociales de tratamiento, pasando por la valoración del dolor como herramientas diagnóstica y el análisis de las comorbilidades y los trastornos asociados a la enfermedad. Este trabajo ha permitido ahondar en el conocimiento del dolor neuropático, con destacada prevalencia en la sociedad andaluza y española a través de enfermedades como la migraña, y ha puesto en valor la importancia de la **fisioterapia** y el **ejercicio físico** para mejorar el tratamiento y evitar la cronificación.

El **Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)**, fundado en el año 2008, es un centro de vanguardia y excelencia en biomedicina que comprende la actividad investigadora del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y la Universidad de Córdoba (UCO), gestionada por la Fundación para la Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO). El instituto se posiciona como un espacio orientado a la internacionalización de la investigación y el fomento de la innovación, con el fin de dar respuesta a los problemas de salud de la sociedad, contando con tres áreas organizativas que aglutinan a 48 grupos de investigación³³.

Las principales aportaciones del instituto relacionadas con el dolor crónico han sido ensayos clínicos para el estudio de diferentes tratamientos farmacológicos para el **dolor neuropático** y el **dolor musculoesquelético**, visibilizando el impacto de la enfermedad

³¹ Instituto de Biomedicina de Sevilla. *Quiénes somos*. [Enlace](#).

³² Instituto de Biomedicina de Sevilla. *Grupo de Salud, Fisioterapia y Actividad Física*. [Enlace](#).

³³ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. *Quiénes Somos*. [Enlace](#).

sobre la calidad de vida del paciente y el impacto económico en los sistemas sanitarios, clave para entender las consecuencias de la enfermedad en el individuo y la sociedad³⁴.

El **Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS Granada)**, nacido en el año 2012, es un espacio científico multidisciplinar en biomedicina fruto de la colaboración entre el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, el Hospital Universitario San Cecilio y la Universidad de Granada (UGR), gestionada por la Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental - Alejandro Otero (FIBAO). El instituto desarrolla investigación traslacional de excelencia en ciencias de la salud con el objetivo de mejorar la salud humana y potenciar las sinergias entre agentes del entorno científico, tecnológico e industrial, por medio de sus tres áreas y 15 grupos de investigación³⁵.

El dolor crónico ha sido una temática relevante en los proyectos del instituto, cuyas iniciativas han contribuido al conocimiento de la enfermedad de dolor crónico y han avanzado en su abordaje farmacológico y no farmacológico.

El grupo de **“Fisioterapia en Atención Primaria”** ha sido uno de los principales exponentes del trabajo en dolor, formando parte del área de “Epidemiología y Salud Pública”. El equipo ha trabajado en el estudio del **tratamiento fisioterapéutico** para procesos de dolor crónico, especialmente aquellos asociados a patología musculoesquelética³⁶.

Otro grupo con actividad de interés en el ámbito del dolor crónico es el grupo de **“Neurofarmacología del Dolor”**, perteneciente al área de “Medicina de precisión”, cuya actividad se enfoca en ampliar el conocimiento sobre los mecanismos moleculares del dolor, desarrollar nuevas estrategias clínicas de evaluación y tratamiento e identificar nuevas dianas para su **tratamiento farmacológico**³⁷.

El **Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma BIONAND)**, fundado en el año 2012, es un espacio de investigación multidisciplinar en biomedicina que aglutina la investigación del Hospital Universitario Regional de Málaga, el Hospital Universitario Virgen de la Victoria y la Universidad de Málaga (UMA). El centro desarrolla investigación traslacional para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud más prevalentes, contando con ocho áreas de investigación que reúnen a 94 grupos de trabajo³⁸.

El grupo de **“Vulnerabilidad y Resiliencia al dolor crónico: Implicaciones para la intervención psicológica”**, perteneciente al área de “Neurociencias, cronicidad, envejecimiento y salud en poblaciones vulnerables”, ha desarrollado proyectos en el ámbito del dolor crónico, centrados en el seguimiento del estado de salud mental de los

³⁴ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. *Buscador de estudios clínicos (“dolor crónico”)*. Enlace.

³⁵ Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *¿Qué es el IBS Granada?* Enlace.

³⁶ Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *Grupo de Fisioterapia en Atención Primaria*. Enlace.

³⁷ Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *Grupo de Neurofarmacología del Dolor*. Enlace.

³⁸ Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina. *Quiénes somos*. Enlace.

pacientes y la evaluación del riesgo de comorbilidades como ansiedad, depresión, trastornos del sueño o abuso de medicamentos³⁹.

Como se presentará posteriormente en los resultados del barómetro, el dolor crónico tiene un impacto destacado sobre la **salud mental** de los pacientes, por lo que conocer en profundidad la relación entre la enfermedad y los problemas de salud psicológicos resulta fundamental para optimizar el abordaje del dolor crónico a todos los niveles. Este grupo ha trabajado en el análisis de variables para medir el estado de salud del paciente de dolor crónico a nivel psicológico y su desempeño social, impulsando herramientas digitales para el seguimiento y autogestión de los síntomas.

Todas las iniciativas mencionadas han contribuido a mejorar el conocimiento de la enfermedad de dolor crónico en Andalucía, favoreciendo el estudio de nuevos tratamientos y poniendo en valor la importancia de la prevención en salud mental de los pacientes, que resulta gravemente mermada por el dolor. Este trabajo desarrollado contribuirá a mejorar el abordaje de la enfermedad en el sistema sanitario de Andalucía, teniendo en cuenta la **vertiente biopsicosocial** del dolor.

³⁹ Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina. *Grupo de Vulnerabilidad y Resiliencia al dolor crónico: Implicaciones para la intervención psicológica*. Enlace.

3. Unidades de Tratamiento del Dolor en Andalucía

Desde la publicación, en el año 2011, del documento “**Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad**”⁴⁰, 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** en España, ocho centros más que en el mes de abril de 2023, 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 de carácter público (47% del total), que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y 223 centros de carácter privado (53% del total) (Figura 1).

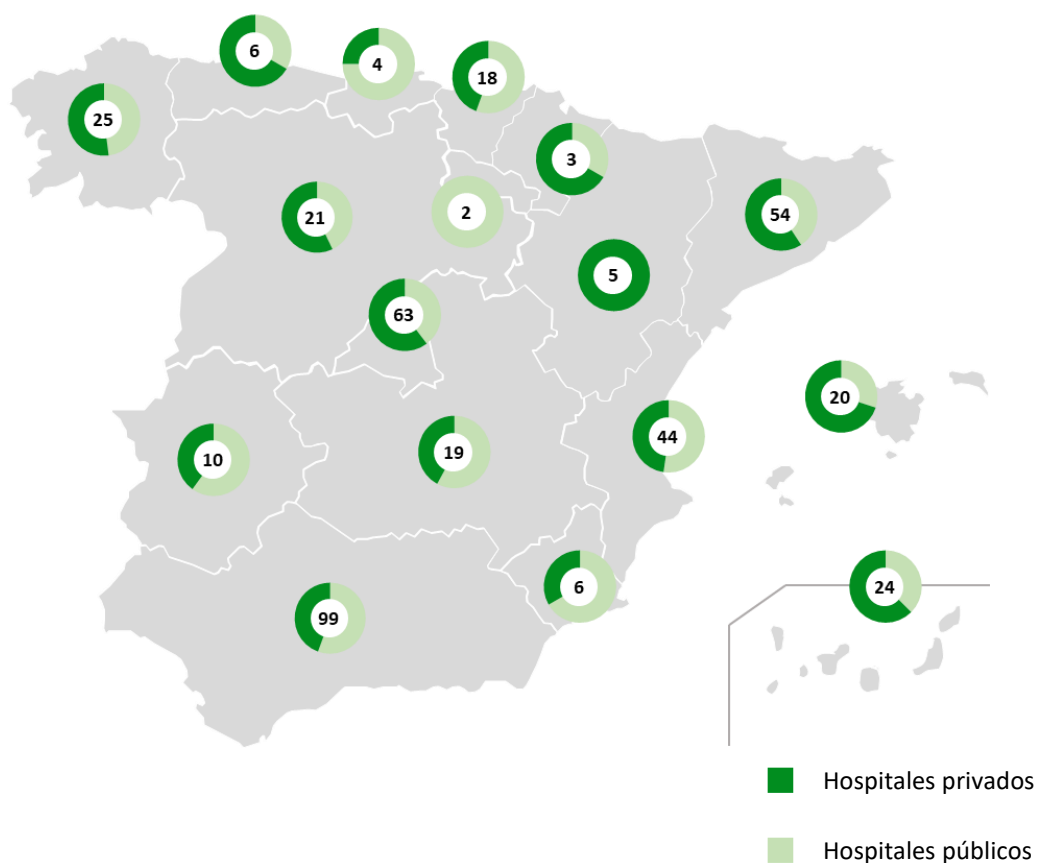


Figura 1. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁴¹.

⁴⁰ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Enlace.

⁴¹ Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*. Enlace.

Andalucía cuenta con **99 hospitales con Unidades de Dolor**, presentes en las ocho provincias de la región, siendo la Comunidad Autónoma con mayor oferta asistencial de unidades de este tipo. 55 de los hospitales son centros de carácter público (55,6% del total) y los 44 restantes son centros de carácter privado (44,4%):

- Málaga: 25 hospitales con UTD (9 públicos, 16 privados).
- Sevilla: 20 hospitales con UTD (12 públicos, 8 privados).
- Cádiz: 13 hospitales con UTD (6 públicos, 7 privados).
- Granada: 12 hospitales con UTD (9 públicos, 3 privados).
- Córdoba: 11 hospitales con UTD (6 públicos, 5 privados)
- Jaén: 8 hospitales con UTD (7 públicos, 1 privado).
- Almería: 6 hospitales con UTD (4 públicos, 2 privados).
- Huelva: 4 hospitales con UTD (2 públicos, 2 privados).

Es interesante destacar que todas las provincias de la región disponen de hospitales públicos y privados con Unidades de Tratamiento del Dolor, siendo Jaén el territorio con mayor peso de las unidades en centros públicos (87,5% de los centros) y Málaga aquel donde las unidades en centros privados tienen un peso mayor (64% de los centros) (Figura 2).

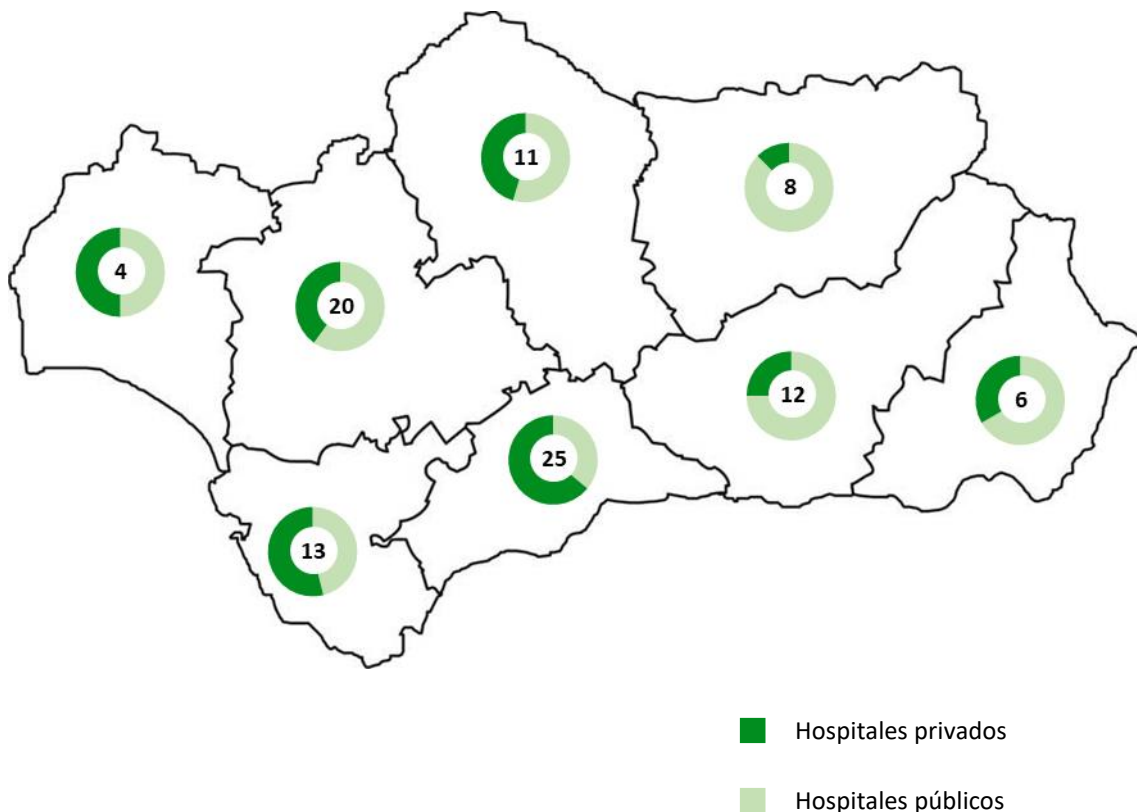


Figura 2. Distribución geográfica de los hospitales con Unidades del Dolor en Andalucía.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁴¹.

A continuación, se detallan los hospitales de Andalucía con Unidades de Dolor (Tabla 1).

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

	Municipio	Centro	Tipología	Carácter
Almería				
1	Almería	Hospital de alta resolución Eltoyo	Hospital General	Público
2	Almería	Hospital Materno Infantil	Hospital General	Público
3	Almería	Hospital Universitario Torrecárdenas	Hospital General	Público
4	El Ejido	Hospital de Poniente	Hospital General	Público
5	Almería	Hospital Mediterráneo	Hospital General	Privado
6	Almería	Hospital Virgen del Mar	Hospital General	Privado
Cádiz				
7	Cádiz	Hospital Universitario Puerta del Mar	Hospital General	Público
8	Algeciras	Hospital Punta de Europa	Hospital General	Público
9	Jerez de la Frontera	Hospital Universitario de Jerez de la Frontera	Hospital General	Público
10	La Línea de la Concepción	Hospital de la Línea de la Concepción	Hospital General	Público
11	Puerto Real	Hospital Universitario de Puerto Real	Hospital General	Público
12	San Fernando	Hospital San Carlos de San Fernando	Hospital General	Público
13	Cádiz	Hospital Doctor López Cano	Hospital General	Privado
14	Cádiz	Hospital HLA Nuestra Señora de la Salud	Hospital General	Privado
15	Los Barrios	Hospital Quirón Campo de Gibraltar	Hospital General	Privado
16	Chiclana de la Frontera	Hospital Viamed Bahía de Cádiz	Hospital General	Privado
17	Jerez de la Frontera	Clínica Los Álamos	Hospital General	Privado

18	Jerez de la Frontera	Hospital Jerez Puerta del Sur	Hospital General	Privado
19	Jerez de la Frontera	Hospital San Juan Grande	Hospital General	Privado
Córdoba				
20	Córdoba	Hospital Los Morales	Hospital General	Público
21	Córdoba	Hospital Materno - Infantil del Hospital Universitario Reina Sofía	Hospital General	Público
22	Córdoba	Hospital Palma del Río	Hospital General	Público
23	Córdoba	Hospital Provincial	Hospital General	Público
24	Córdoba	Hospital Universitario Reina Sofía	Hospital General	Público
25	Pozoblanco	Hospital Valle de los Pedroches	Hospital General	Público
26	Córdoba	Clínica Bau	Hospital Especializado	Privado
27	Córdoba	Hospital Cruz Roja de Córdoba	Hospital General	Privado
28	Córdoba	Hospital QuirónSalud Córdoba	Hospital General	Privado
29	Córdoba	Hospital San Juan de Dios de Córdoba	Hospital General	Privado
30	Lucena	Hospital Centro de Andalucía	Hospital General	Privado
Granada				
31	Granada	Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Hospital Especializado	Público
32	Granada	Hospital Doctor Oloriz	Hospital General	Público
33	Granada	Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Hospital Especializado	Público
34	Granada	Hospital San Cecilio	Hospital General	Público
35	Granada	Hospital Universitario Clínico San Cecilio	Hospital General	Público
36	Granada	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Hospital General	Público
37	Baza	Hospital de Baza	Hospital General	Público
38	Guadix	Hospital de alta resolución de Guadix	Hospital General	Público

39	Motril	Hospital Santa Ana	Hospital General	Público
40	Granada	Hospital de la Inmaculada Concepción	Hospital General	Privado
41	Granada	Hospital San Rafael	Hospital General	Privado
42	Granada	Hospital Vithas Granada	Hospital General	Privado
Huelva				
43	Huelva	Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez	Hospital General	Público
44	Huelva	Hospital Vázquez Díaz	Hospital General	Público
45	Huelva	Clínica Los Naranjos	Hospital General	Privado
46	Huelva	Hospital QuirónSalud Huelva	Hospital General	Privado
Jaén				
47	Jaén	Hospital Doctor Sagaz	Hospital General	Público
48	Jaén	Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario de Jaén	Hospital Especializado	Público
49	Jaén	Hospital Neurotraumatológico del Hospital Universitario de Jaén	Hospital General	Público
50	Jaén	Hospital Puerta de Andalucía	Hospital General	Público
51	Jaén	Hospital Universitario de Jaén	Hospital General	Público
52	Andújar	Hospital Alto Guadalquivir	Hospital General	Público
53	Linares	Hospital San Agustín	Hospital General	Público
54	Jaén	Hospital Metropolitano de Jaén	Hospital General	Privado
Málaga				
55	Málaga	Hospital Civil	Hospital General	Público
56	Málaga	Hospital Materno Infantil del Hospital Universitario Regional de Málaga	Hospital Especializado	Público
57	Málaga	Hospital Universitario Regional de Málaga	Hospital General	Público
58	Málaga	Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Hospital General	Público
59	Málaga	Hospital Valle de Guadalhorce de Cártama	Hospital General	Público
60	Benalmádena	Hospital de alta resolución de Benalmádena	Hospital General	Público
61	Marbella	Hospital Costa del Sol	Hospital General	Público

62	Torremolinos	Hospital Marítimo de Torremolinos	Hospital General	Público
63	Vélez-Málaga	Hospital de la Axarquía	Hospital General	Público
64	Málaga	Clínica de la Encarnación	Hospital General	Privado
65	Málaga	HM El Pilar	Hospital General	Privado
66	Málaga	HM Gálvez	Hospital General	Privado
67	Málaga	Hospital El Ángel	Hospital General	Privado
68	Málaga	Hospital QuirónSalud Málaga	Hospital General	Privado
69	Málaga	Hospital Vithas Parque San Antonio	Hospital General	Privado
70	Benalmádena	Hospital Vithas Xanit Internacional	Hospital General	Privado
71	Estepona	Clínicas del Sur	Hospital General	Privado
72	Estepona	Hospital Vithas Xanit Estepona	Hospital General	Privado
73	Marbella	Centro de Reproducción Asistida de Marbella (CERAM)	Hospital General	Privado
74	Marbella	Clínica Premium Costa del Sol	Hospital Especializado	Privado
75	Marbella	HC Marbella International Hospital	Hospital General	Privado
76	Marbella	Hospital Helicópteros Sanitarios	Hospital General	Privado
77	Marbella	Hospital Ochoa	Hospital General	Privado
78	Marbella	Hospital QuirónSalud Marbella	Hospital General	Privado
79	Torremolinos	Hospital Internacional HM Santa Elena	Hospital General	Privado
Sevilla				
80	Sevilla	Hospital de la Mujer	Hospital Especializado	Público
81	Sevilla	Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío	Hospital Especializado	Público
82	Sevilla	Hospital Infantil	Hospital Especializado	Público
83	Sevilla	Hospital San Lázaro	Hospital General	Público
84	Sevilla	Hospital Universitario Virgen de Valme	Hospital General	Público
85	Sevilla	Hospital Universitario Virgen del Rocío	Hospital General	Público

86	Sevilla	Hospital Universitario Virgen Macarena	Hospital General	Público
87	Alcalá de Guadaíra	Hospital El Tomillar	Hospital General	Público
88	Écija	Hospital de alta resolución De Écija	Hospital General	Público
89	Lebrija	Hospital de alta resolución de Lebrija	Hospital General	Público
90	Osuna	Hospital La Merced	Hospital General	Público
91	Utrera	Hospital de alta resolución de Utrera	Hospital General	Público
92	Sevilla	Clínica Santa Isabel	Hospital General	Privado
93	Sevilla	Hospital Fátima	Hospital General	Privado
94	Sevilla	Hospital QuirónSalud Infanta Luisa	Hospital General	Privado
95	Sevilla	Hospital QuirónSalud Sagrado Corazón	Hospital General	Privado
96	Sevilla	Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz	Hospital General	Privado
97	Sevilla	Hospital Victoria Eugenia de la Cruz Roja Española	Hospital General	Privado
98	Castilleja de la Cuesta	Hospital Vithas Sevilla	Hospital General	Privado
99	Dos Hermanas	Hospital San Agustín	Hospital General	Privado

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁴¹.

Los 425 hospitales con UTD distribuidos por el territorio nacional suponen en la actualidad una oferta asistencial de 0,9 Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes. La situación en Andalucía se encuentra, no obstante, claramente por encima de la media española, con **1,2 UTD por cada 100.000 habitantes** de la región, ocupando la segunda posición en la clasificación nacional (Figura 3).

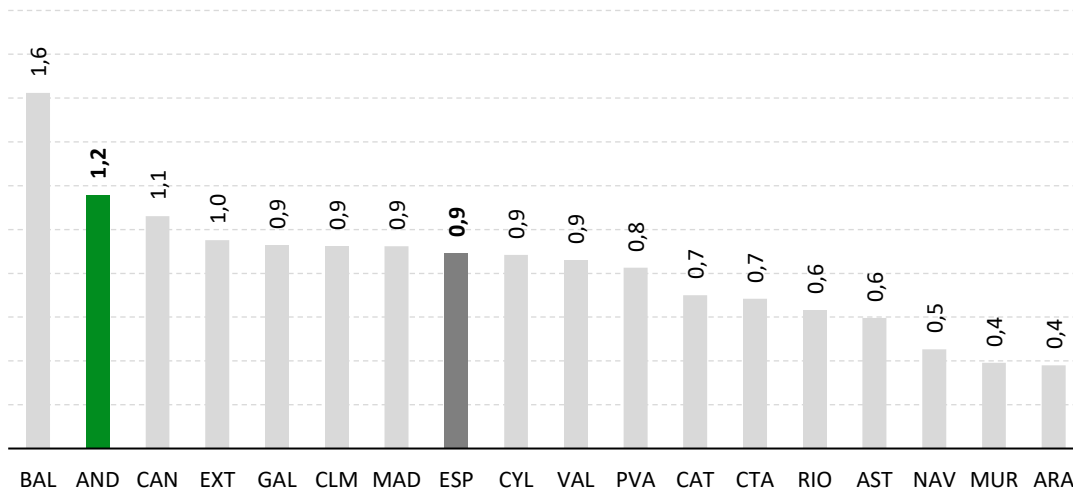


Figura 3. Unidades de Dolor por cada 100.000 habitantes en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁴¹.

Tal y como se ha destacado en apartados anteriores de este documento, el impacto de la enfermedad de dolor crónico es especialmente notable en los individuos de edades avanzadas, que constituyen un colectivo de riesgo. Es por ello que disponer de una adecuada oferta asistencial, fundamentada en las Unidades de Dolor, es crucial para el adecuado abordaje de la patología en estos pacientes.

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. Andalucía presenta, de nuevo, una situación mejor que el promedio nacional, contando con **0,6 UTD por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años**, ocupando de nuevo la segunda posición entre las diferentes regiones (Figura 4).

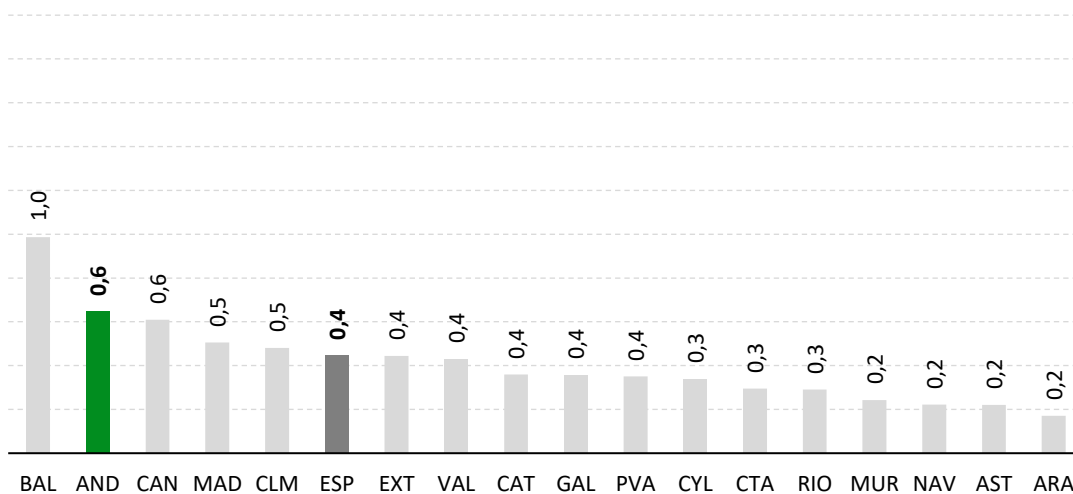


Figura 4. Unidades de Dolor por cada 10.000 habitantes mayores de 65 años en España.

Fuente: elaboración propia a partir de información del Ministerio de Sanidad (2023)⁴¹.

Estos datos posicionan a Andalucía como una **región puntera** en la oferta asistencial de Unidades de Dolor, siendo la Comunidad Autónoma más poblada de España y la que cuenta con un número mayor de UTD totales (segunda en UTD *per capita*).

A pesar de ello, las características demográficas de Andalucía, marcadas por el **creciente envejecimiento de la población**, plantean la necesidad de analizar la evolución del dolor crónico sobre la ciudadanía y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto futuro. El papel de las UTD en este proceso será decisivo, por lo que se antoja fundamental optimizar el acceso de los pacientes a las Unidades de Dolor regionales.

Barómetro del dolor crónico en Andalucía

1. Objetivos

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

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

- Conocer y describir las **características epidemiológicas** y el nivel de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que padecen dolor crónico en la región.
- Identificar **áreas clave para mejorar el abordaje** de la enfermedad, con el propósito de impulsar acciones a nivel institucional y sanitario en la región.

2. 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 digital⁴².

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

⁴² Cint. *Market Research and Insights*. Enlace.

acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

Muestra

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

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

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

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

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

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

En lo que respecta a la Comunidad Autónoma de **Andalucía**, se llevaron a cabo **1.245 entrevistas** a residentes en la región: 1.135 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 110 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

Instrumentos y variables

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

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

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

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

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

Es un cuestionario que permite analizar la **salud física (Physical Component Score, PCS) y la salud mental (Mental Component Score, MCS)** en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud^{43,44}.

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

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (**ansiedad y depresión**) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión^{45,46,47}.

- **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 percibido⁴⁸.

Procedimiento de recogida de datos

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

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas.

⁴³ Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. Enlace.

⁴⁴ Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005. Enlace.

⁴⁵ Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Enlace.

⁴⁶ Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. Enlace.

⁴⁷ Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. Enlace.

⁴⁸ Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63. Enlace.

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.

3. Resultados

Los resultados principales de las **1.245 encuestas** realizadas en este proyecto en la Comunidad Autónoma de Andalucía se presentan en este apartado.

Se llevaron a cabo 1.135 encuestas online CAWI a ciudadanos entre 18 y 75 años, y 110 encuestas telefónicas CATI a ciudadanos entre 76 y 85 años.

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

3.1. Características de la muestra

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

Datos sociodemográficos

El porcentaje de la población residente en Andalucía dentro de la muestra nacional encuestada fue del 17,6% (1.245 de los 7.058 encuestados totales), cifra cercana a la proporción de la población española que reside en esta región, 17,9% (6,8 millones de los 37,8 millones de habitantes mayores de edad totales).

Edad

Los encuestados de Andalucía presentaron una **edad media de 48 años** (desviación típica, DT=16,9) y una **edad mediana de 46 años** (rango intercuartílico, RI=28), siendo el grupo de edad más numeroso el de 35 a 54 años, que constituyó el 36,2% del total (Figura 5).

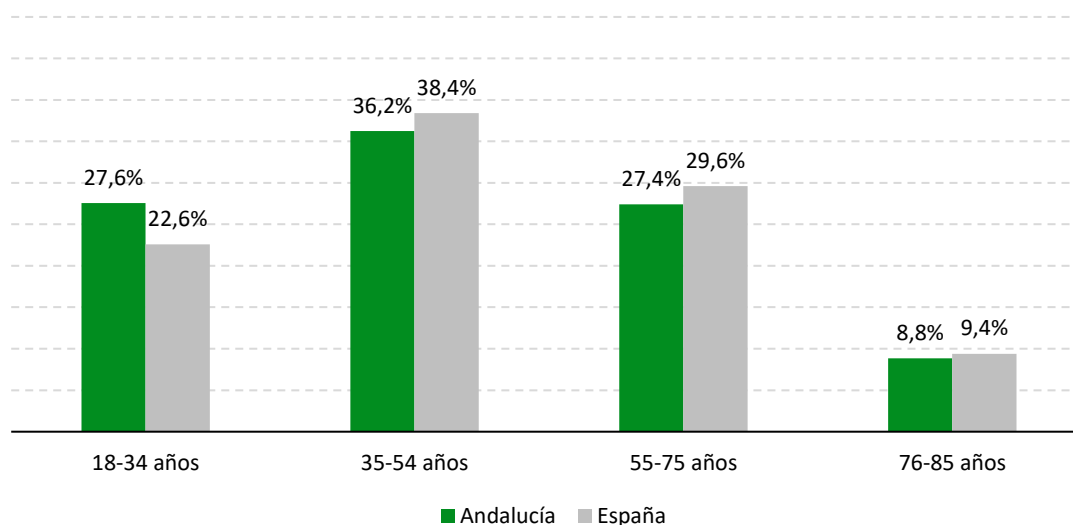


Figura 5. Distribución muestral por grupo de edad.

La muestra encuestada en Andalucía presentó una edad media inferior al promedio de los encuestados a nivel nacional (49,5 años; DT=16,5).

Cabe destacar que, si bien el **grupo poblacional entre 35 y 54 años** fue también el más numeroso entre los encuestados españoles (38,4%), la población entre 18 y 34 años es la segunda más representada en la muestra de Andalucía, con un 27,6% (siendo el tercer grupo de edad en España, con un 22,6%).

Sexo

La muestra de ciudadanos encuestados en Andalucía presentó una **proporción de hombres (58,4%) superior a la de mujeres (41,6%)** (Figura 6).

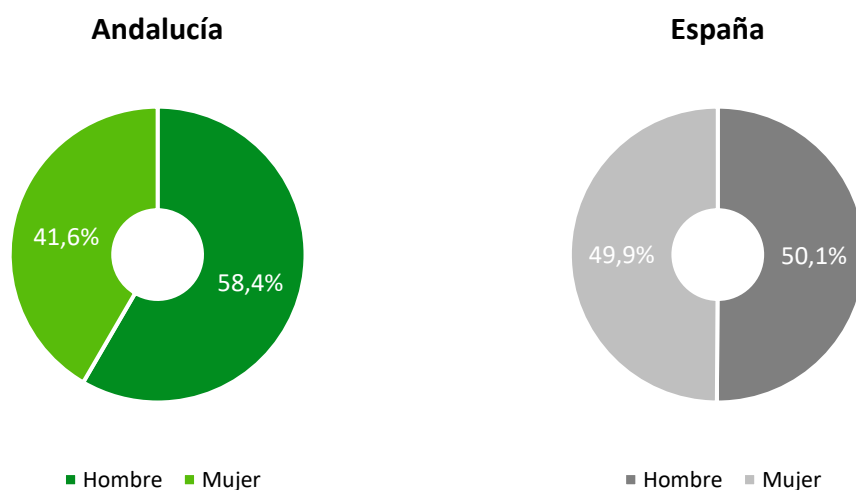


Figura 6. Distribución muestral por sexo.

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

Nivel de estudios

El 89,6% de los encuestados de Andalucía manifestaron tener estudios, siendo el **nivel educativo universitario** el más frecuente, englobando a un 46,1% de encuestados.

Formación profesional (25,6%) y estudios secundarios (20,6%) fueron los siguientes niveles de estudios más habituales en los encuestados de la región (Figura 7).

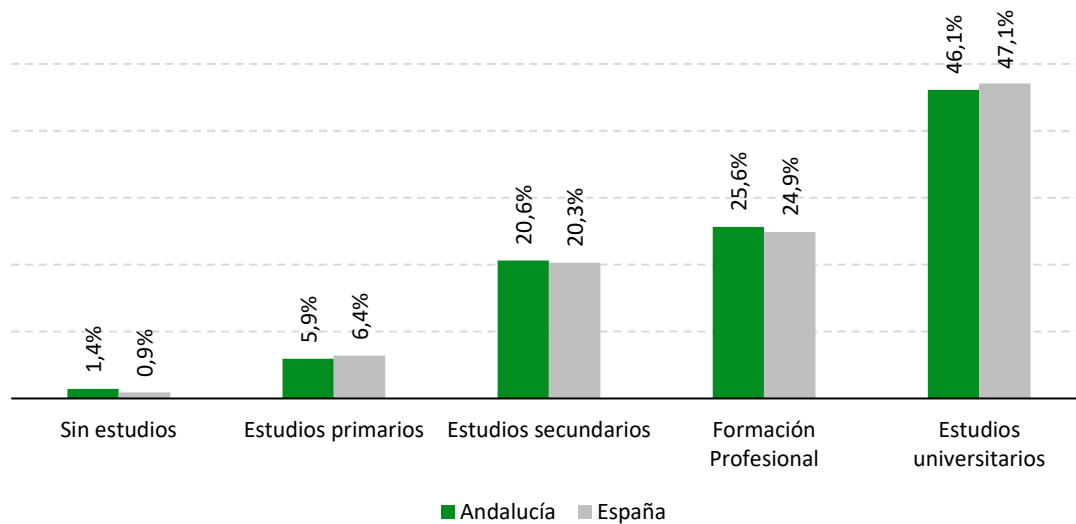


Figura 7. Distribución muestral por nivel de estudios.

La distribución a nivel regional fue muy similar a la de la población encuestada de toda España, siendo de nuevo los estudios universitarios el nivel formativo más frecuente en los encuestados a nivel nacional (47,1%).

Situación laboral

El 54,1% de los encuestados de Andalucía tenían una ocupación remunerada en el momento de la encuesta, si bien el 27,4% se encontraban en situación de **baja laboral**.

En el cómputo nacional la situación es similar, con un 57,1% de los encuestados que desempeñaban una ocupación remunerada, estando en situación de baja laboral el 29,9% de los mismos (Figura 8).

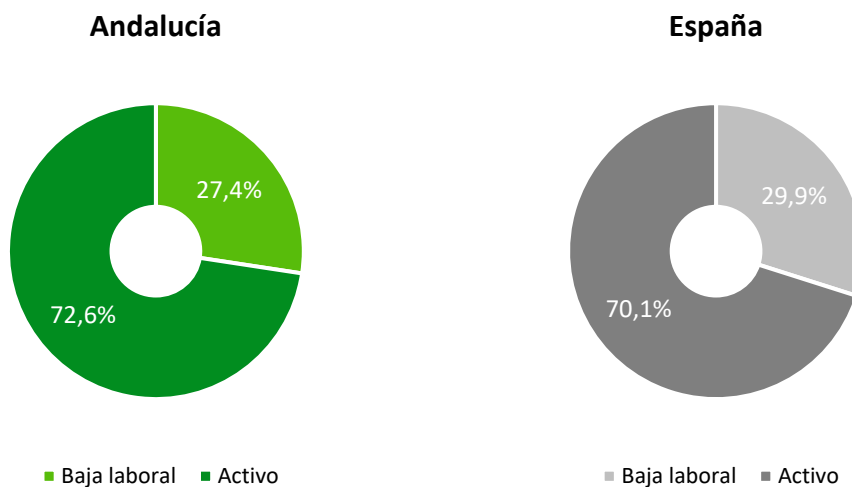


Figura 8. Distribución muestral por baja laboral.

De los encuestados que no estaban desempeñando un trabajo remunerado en la región andaluza (45,9% del total), el grupo de **jubilados/retirados** fue el más numeroso, formando parte de este el 20,1% de los encuestados.

Este mismo grupo presentó también la mayor frecuencia entre los españoles que no tienen un trabajo remunerado, con una proporción del 21,8%. Cabe destacar la mayor **tasa de desempleo** entre los encuestados andaluces (12,9% de encuestados en paro en la región frente a 9,5% en toda España) (Figura 9).

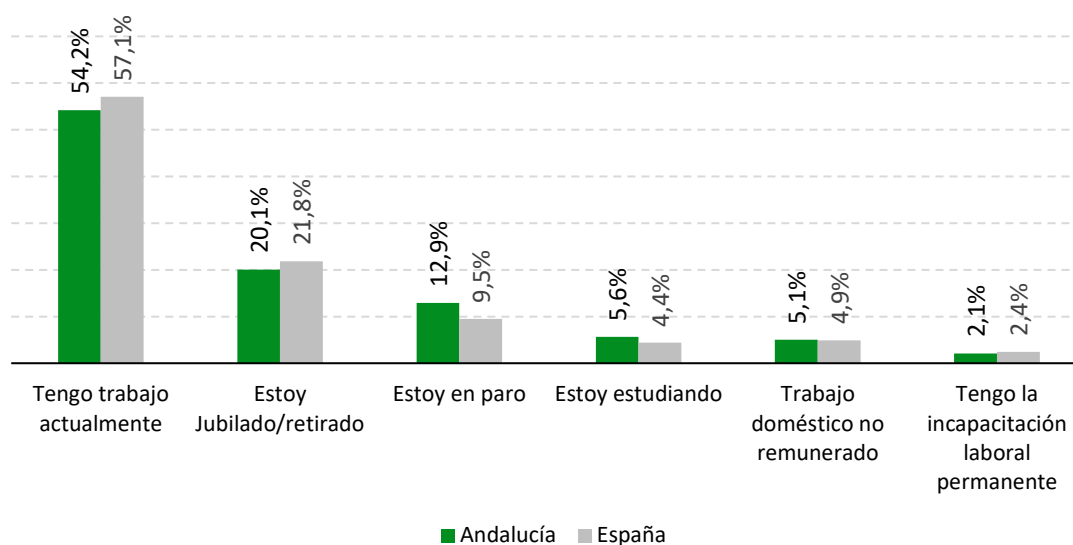


Figura 9. Distribución muestral por situación laboral.

Uso del sistema sanitario

El 41,9% de la población encuestada en Andalucía había acudido al **sistema sanitario** en las últimas cuatro semanas.

A nivel nacional la cifra es algo inferior, con un 38,6% de encuestados que habían acudido a atención sanitaria en este mismo periodo (Figura 10).

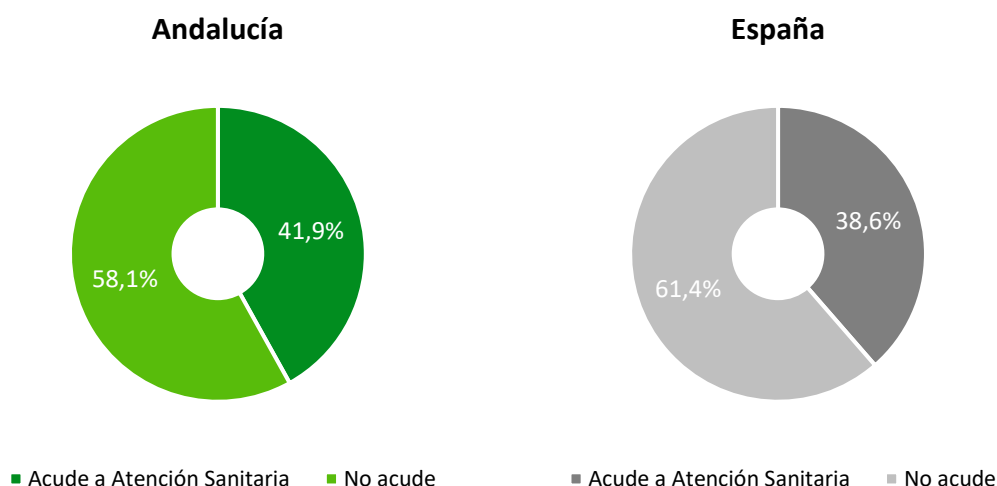


Figura 10. Distribución muestral por uso del sistema sanitario.

Atención Primaria fue el nivel asistencial más utilizado por la población andaluza, visitado por un 84,5% de los encuestados que habían acudido al sistema sanitario en el último mes. A nivel nacional, Atención Primaria fue también el nivel asistencial de uso más frecuente, con un 83,6% de encuestados españoles en el mencionado periodo.

Atención Especializada, Urgencias y Atención Hospitalaria mostraron también un uso similar en Andalucía y España, si bien la proporción de individuos que visitan estos niveles fue ligeramente superior a nivel regional (Figura 11).

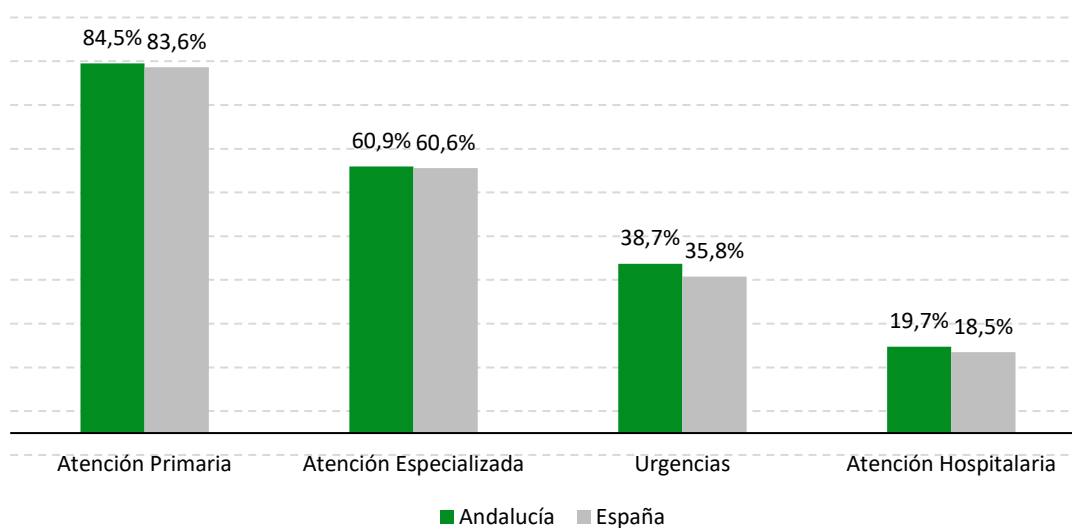


Figura 11. Distribución muestral por niveles asistenciales utilizados.

Estado de salud

Escalas

Con el fin de determinar la calidad de vida física y mental, la presencia de indicios de depresión y ansiedad y el apoyo social percibido en la población encuestada, se utilizaron, respectivamente, los cuestionario SF-12v2, HADS y Duke. (Figura 12).

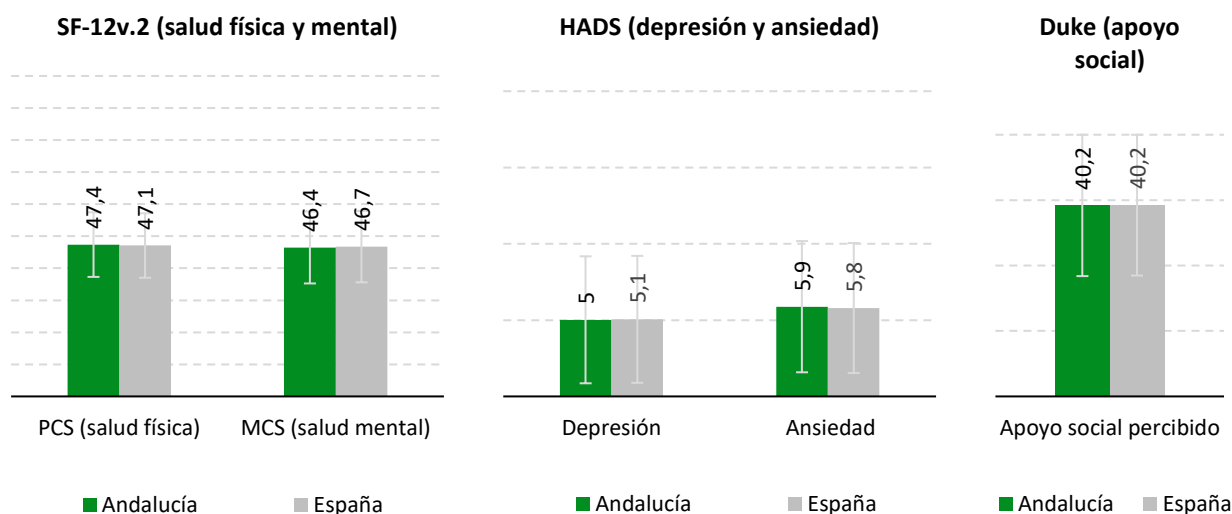


Figura 12. Estado de salud de los encuestados.

Salud física y mental

Los encuestados en Andalucía presentaron un valor promedio de 47,4 puntos (DT=10,1) de **calidad de vida a nivel físico**, cuantificado por medio de la escala PCS (*Physical Component Score*), y un valor mediano de 50,2 puntos (RI=13,1).

Los encuestados de la región mostraron un valor promedio de 46,4 puntos (DT=11,3) de **calidad de vida a nivel mental**, medido con la escala MCS (*Mental Component Score*), y un valor mediano de 47,6 puntos (RI=16,6).

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

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

Depresión y ansiedad

Los encuestados andaluces presentaron una puntuación media de 5 puntos (DT=4,2) de **nivel de depresión**, medida por medio de la escala HADS, con un nivel mediano de 4 puntos (RI=6). De forma similar, se observó una puntuación media de 5,9 puntos (DT=4,3) de **nivel de ansiedad**, con un nivel mediano de 5 puntos (RI=7).

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

Un 12% de los encuestados en la región mostraron una puntuación superior a los 10 puntos en la escala de **depresión**, valores indicativos de la enfermedad. A su vez, un 15,5% adicional fueron calificados como casos dudosos de depresión.

De forma paralela, el 15,3% de los encuestados en Andalucía mostraron **ansiedad** y otro 19,3% presentaron casos dudosos de la enfermedad.

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

Apoyo social

Finalmente, la puntuación media de **apoyo social percibido** por los encuestados de Andalucía se situó en los 40,2 puntos (DT=10,8) y la puntuación mediana fue de 42 puntos (RI=16), valores superiores a la barrera de 32 puntos e indicativos de un **adecuado apoyo percibido**. El 79,5% de los encuestados andaluces manifestaron un apoyo “normal”, mientras que 20,5% restante percibían un apoyo “bajo”.

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

Limitaciones en la vida diaria

Los individuos encuestados residentes en Andalucía presentaron un **adecuado estado de salud general**, tal y como se observa en los resultados de las escalas anteriormente detallados. No obstante, es interesante conocer las limitaciones que identificaron estos ciudadanos en el desarrollo de sus **actividades diarias** (Figura 13).

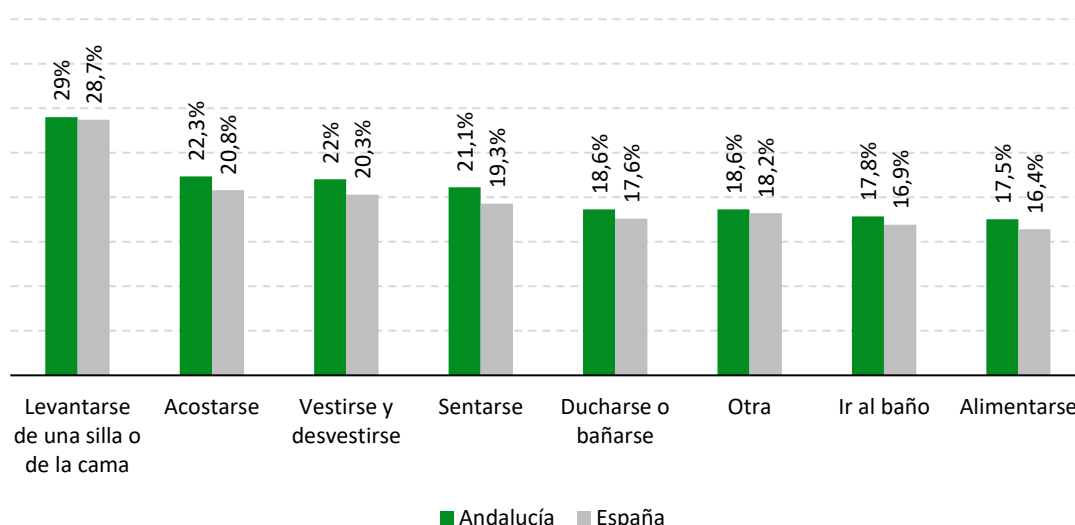


Figura 13. Distribución muestral por limitaciones en la vida diaria.

La actividad para la que la muestra encuestada en Andalucía presentaba más dificultades fue **levantarse de una silla o de la cama**, dificultada (alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos) en el 29% de los individuos.

Por el contrario, la actividad en la que los encuestados andaluces refirieron una mayor autonomía fue alimentarse, con dificultades únicamente para el 17,5%.

Las actividades limitadas para la población encuestada en España presentaron una gran coincidencia, siendo también levantarse de una silla o de la cama la actividad asociada a mayores limitaciones (28,7%) y alimentarse la que generaba menor dificultad (16,4%). Es interesante observar que los encuestados andaluces presentaron una limitación algo mayor para todas las actividades analizadas.

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

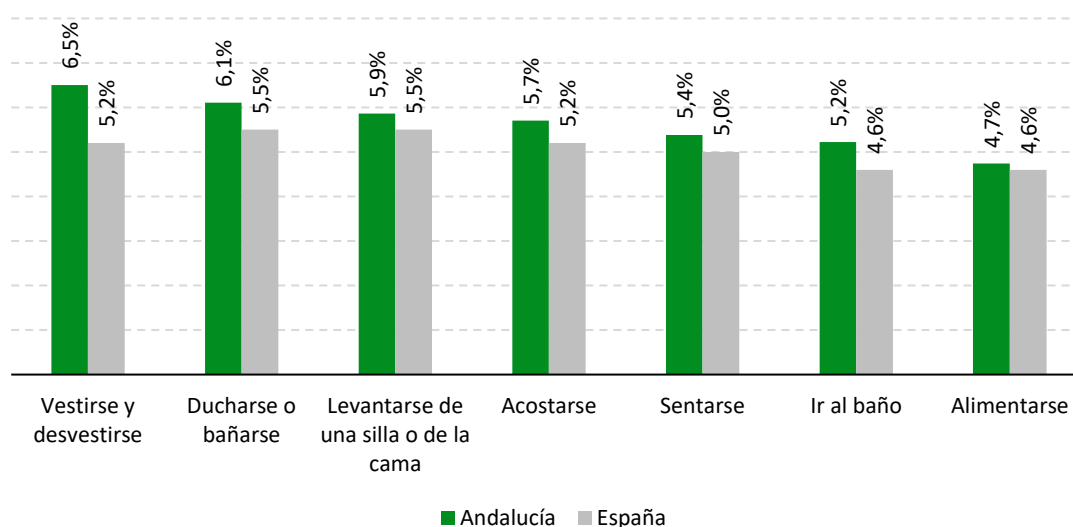


Figura 14. Distribución muestral por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

La actividad de **vestirse y desvestirse**, tercera más limitada, es la que contaba con un mayor nivel de apoyo a nivel regional, recibiendo ayuda para hacerla un 6,5% de los encuestados andaluces.

Alimentarse, que fue la actividad en la que los encuestados de Andalucía manifestaron menores limitaciones, fue de nuevo la que contaba con un menor nivel de apoyo en la región, siendo únicamente el 4,7% de los encuestados ayuda para desarrollarla.

A nivel nacional, ducharse o bañarse y levantarse de una silla o de la cama fueron las actividades para las que los encuestados contaban con mayor nivel de ayuda, 5,5%. Al igual que se observó con las limitaciones, la ayuda recibida por los encuestados andaluces fue ligeramente superior en todas las actividades analizadas.

3.2. Prevalencia de dolor crónico y dolor continuo

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

Prevalencia general

Para cuantificar de forma precisa las prevalencias en la región, se llevó a cabo un ajuste por grupos de edad y sexo sobre el valor de prevalencia bruto obtenido de las encuestas, teniendo en cuenta la estructura poblacional de Andalucía.

De este modo, se determinó que un **26,6%** de la población andaluza padece de **dolor crónico** (IC95%: 23,5-28,4%) y un **7,9%** de los encuestados sufren de dolor continuo no crónico (IC95%: 6,6-9,7%) (Figura 15).

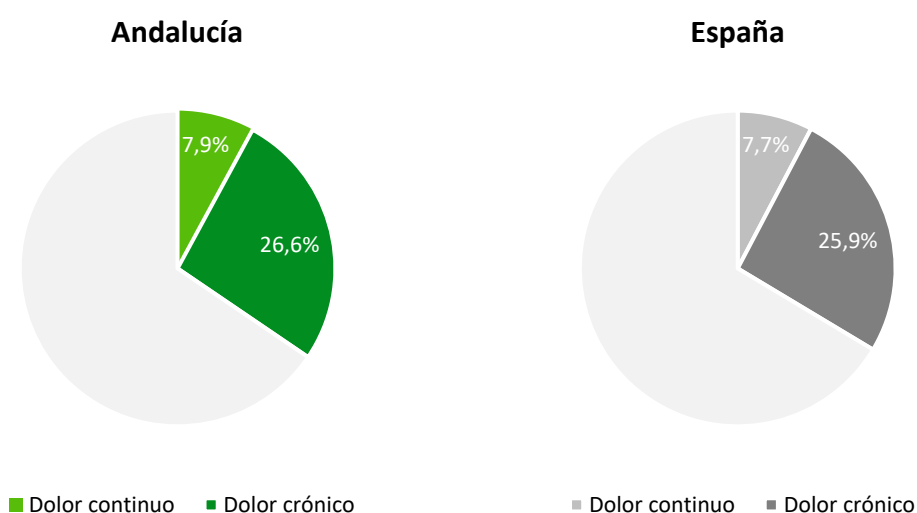


Figura 15. Prevalencia de dolor crónico y continuo.

Estos datos posicionan a la Comunidad Autónoma de Andalucía como la **sexta región con mayor prevalencia de dolor crónico**, superando ligeramente la prevalencia a nivel nacional, situada en el 25,9% (IC95%: 24,8-26,9%) (Figura 16).

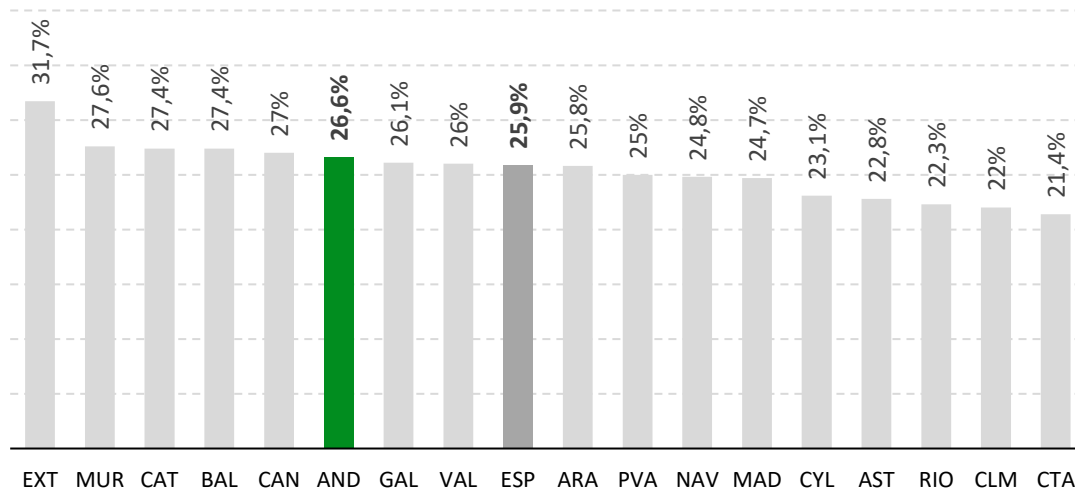


Figura 16. Prevalencia de dolor crónico por Comunidades Autónomas.

También la prevalencia de dolor continuo en la región es superior a la media nacional, situada en el 7,7% (IC95%: 7,1-8,3%), siendo Andalucía la octava Comunidad Autónoma más afectada. (Figura 17).

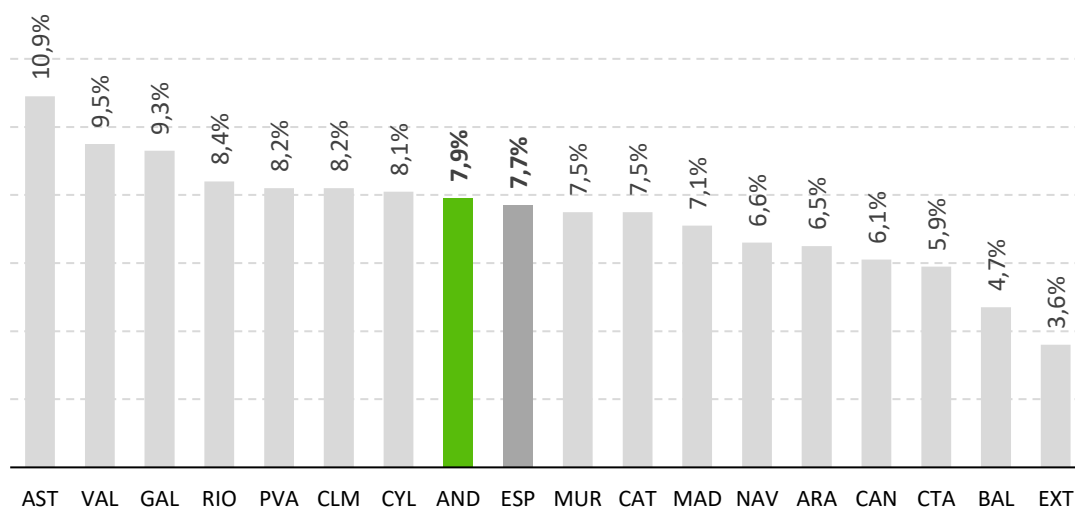


Figura 17. Prevalencia de dolor continuo por Comunidades Autónomas.

Si bien la prevalencia global de dolor crónico y continuo no crónico en Andalucía se han cuantificado en el 26,6% y el 7,9%, respectivamente, el alcance del dolor varía en los diferentes grupos poblacionales, observándose **diferencias en función de la edad y el sexo**.

La prevalencia de dolor crónico en la región es máxima en los **individuos entre 55 y 75 años (31,4%; IC95%: 26,3-36,5%)**, grupo que también resulta el más afectado a nivel nacional (30,6%; IC95%: 28,6-32,6%).

A excepción del grupo entre 18 y 34 años, en el que la prevalencia es mayor a nivel nacional, la prevalencia del dolor crónico es ligeramente superior en la población andaluza (Figura 18).

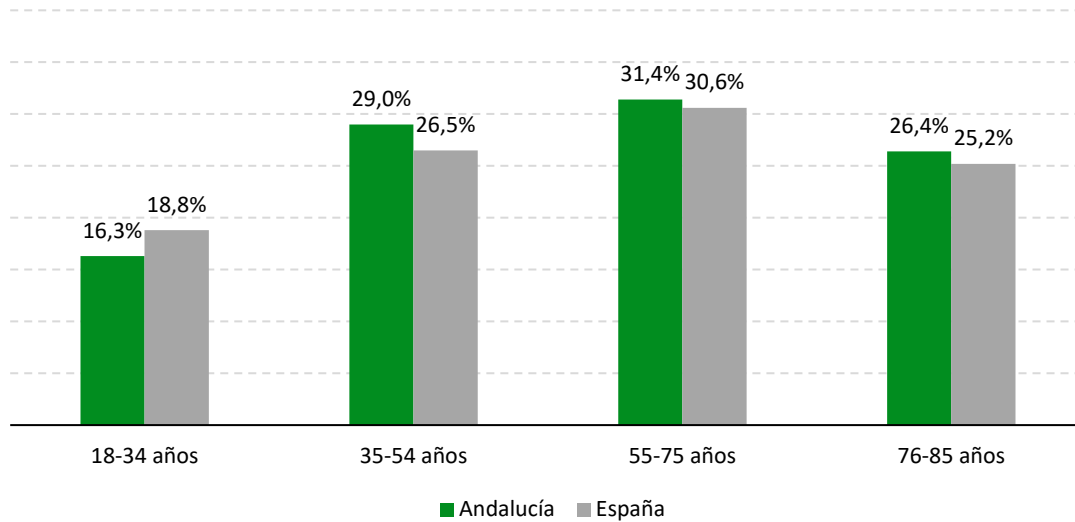


Figura 18. Prevalencia de dolor crónico por grupo de edad.

La prevalencia máxima de dolor continuo no crónico en la población de Andalucía se observa en los individuos entre 18 y 34 años (10,5%; IC95%: 7,1-13,9%), grupo que presenta también la prevalencia más elevada en el total nacional (11,2%; IC95%: 9,6-12,7%).

El alcance del dolor continuo es muy similar a nivel regional y nacional en todos los grupos de edad analizados, siendo algo superior en la población andaluza, a excepción del grupo entre 18 y 34 años (Figura 19).

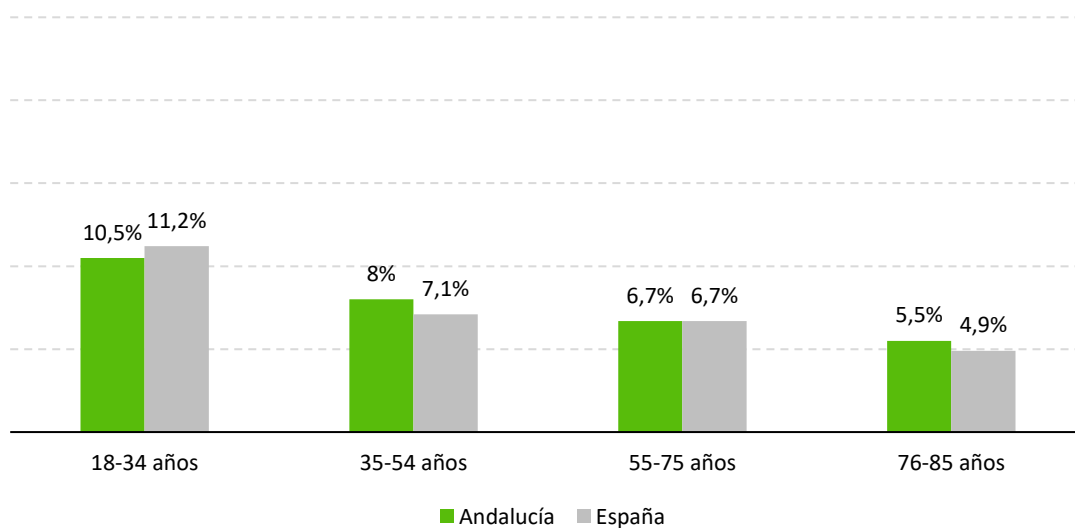


Figura 19. Prevalencia de dolor continuo por grupo de edad.

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

A nivel regional, las **mujeres son más afectadas** por la enfermedad que los hombres, siendo la prevalencia del 32,4% (IC95%: 28,3-36,6,9%) en el sexo femenino y del 21,3% (IC95%: 18,3-24,6%) en el sexo masculino.

Esta tendencia se mantiene a nivel nacional, con una prevalencia del 30,5% (IC95%: 28,9-32%) en mujeres y del 21,3% (IC95%: 19,9-22,6%) en hombres.

En lo que respecta al dolor continuo, la prevalencia a nivel regional es de nuevo mayor en la población femenina: 9,7% (IC95%: 7-12,3%) en mujeres y 7% (IC95%: 5,1-8,9%) en hombres.

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

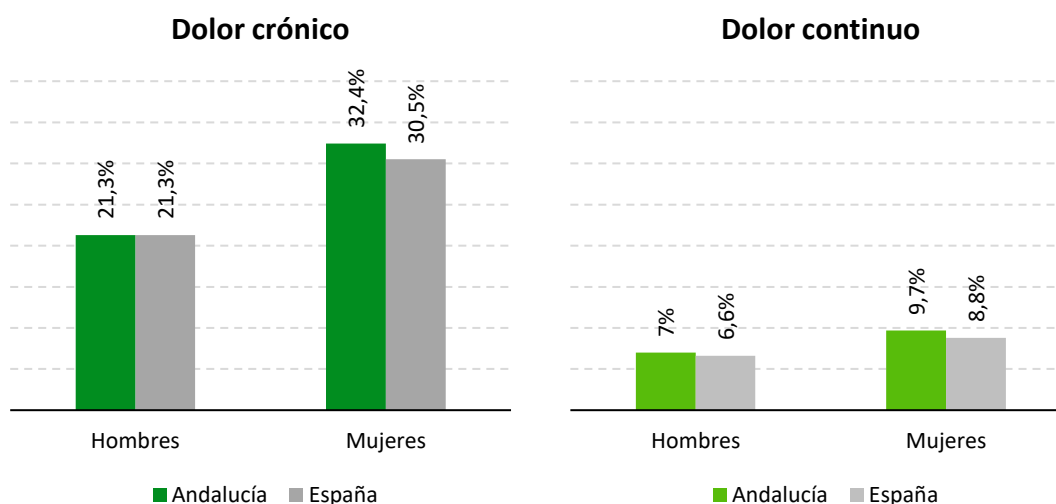


Figura 20. Prevalencia de dolor crónico y continuo por grupo de edad.

3.3. Características asociadas con el dolor crónico

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

Duración e intensidad del dolor crónico

De acuerdo con los resultados de las encuestas presentados anteriormente, la enfermedad de dolor crónico tiene un impacto significativo en la población andaluza, siendo la sexta Comunidad Autónoma con mayor prevalencia en España (26,6%).

De forma adicional a esta prevalencia, superior a la observada a nivel nacional (25,9%), los pacientes afectados por el dolor crónico en Andalucía conviven con la enfermedad durante un **tiempo medio de 5,7 años** (DT=6,9), periodo notablemente inferior a la duración de la enfermedad en los pacientes españoles, 6,8 años (DT=8,4). La duración mediana de la enfermedad en los pacientes andaluces alcanza los 3 años (RI=6).

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

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

Hasta un **58,2%** de los pacientes de la región manifiesta “**mucho**” dolor (puntuaciones entre 7 y 9 en la escala de intensidad) y un 32,8% manifiesta un dolor “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6). Los datos a nivel nacional ofrecen una imagen similar, siendo de nuevo “mucho” dolor la clasificación más habitual (57,6%).

Cabe destacar que el **5%** de los pacientes con dolor crónico de la región sufren de un **dolor “insoportable”**, calificación máxima de la escala, proporción que supera al 4,4% en los pacientes españoles (Figura 21).

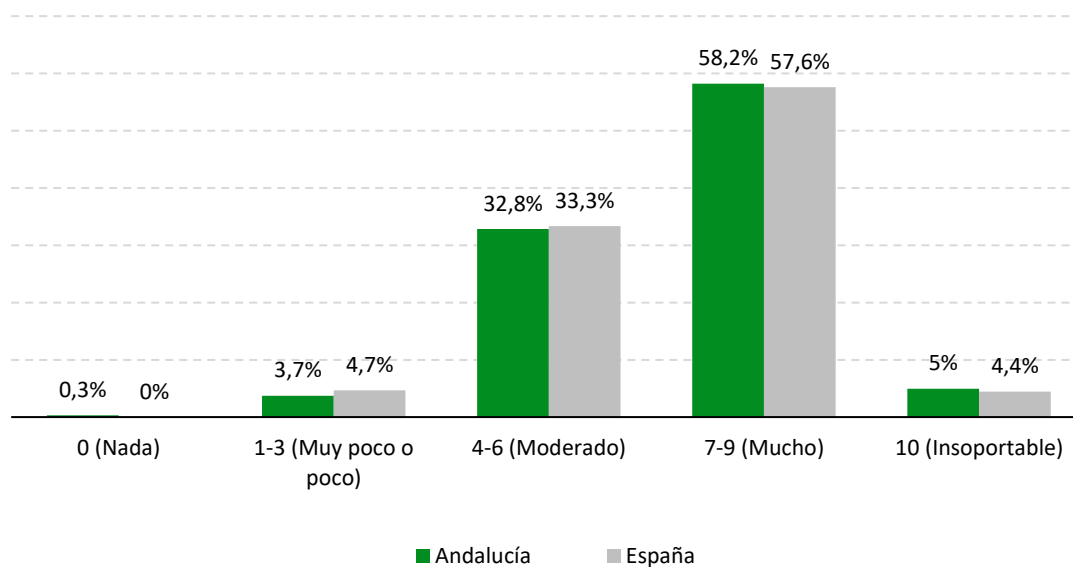


Figura 21. Intensidad del dolor crónico.

Causa diagnóstica del dolor crónico

El dolor crónico que experimentan los pacientes suele tener un **origen diagnosticado**, que permite asociar la enfermedad con una o varias patologías conocidas. A pesar de ello, un **27,6%** de los pacientes andaluces desconocen la causa de su enfermedad, lo que dificulta su tratamiento terapéutico (Figura 22).

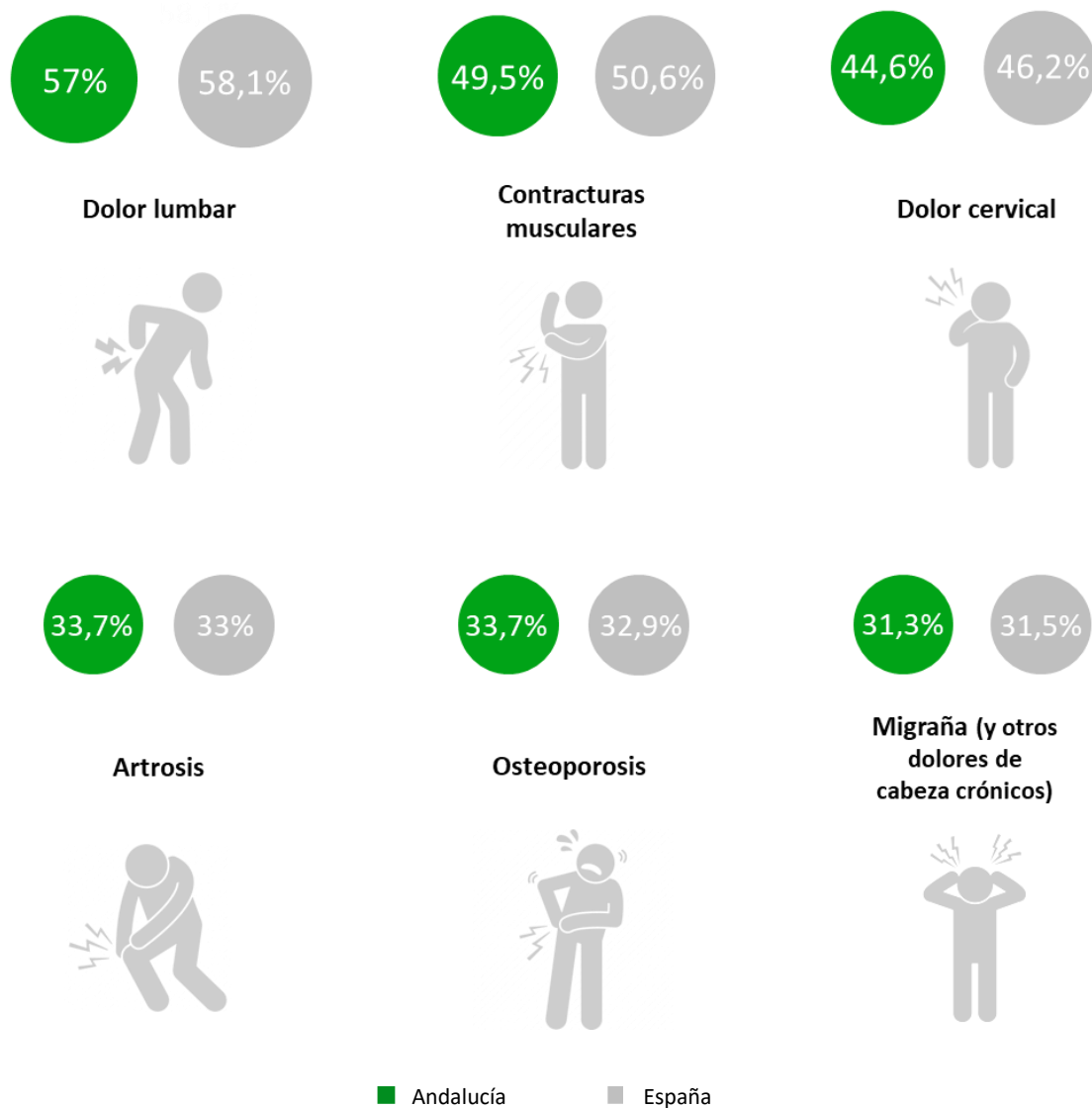


Figura 22. Causas diagnósticas del dolor crónico.

El **dolor lumbar**, que alcanza al **57%** de pacientes en Andalucía, constituye la causa diagnóstica más frecuente de dolor crónico. Las contracturas musculares (49,5%), el dolor cervical (44,6%) y la artrosis (33,7%) son también causas habituales de la enfermedad en la región.

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

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

Localización anatómica del dolor crónico

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

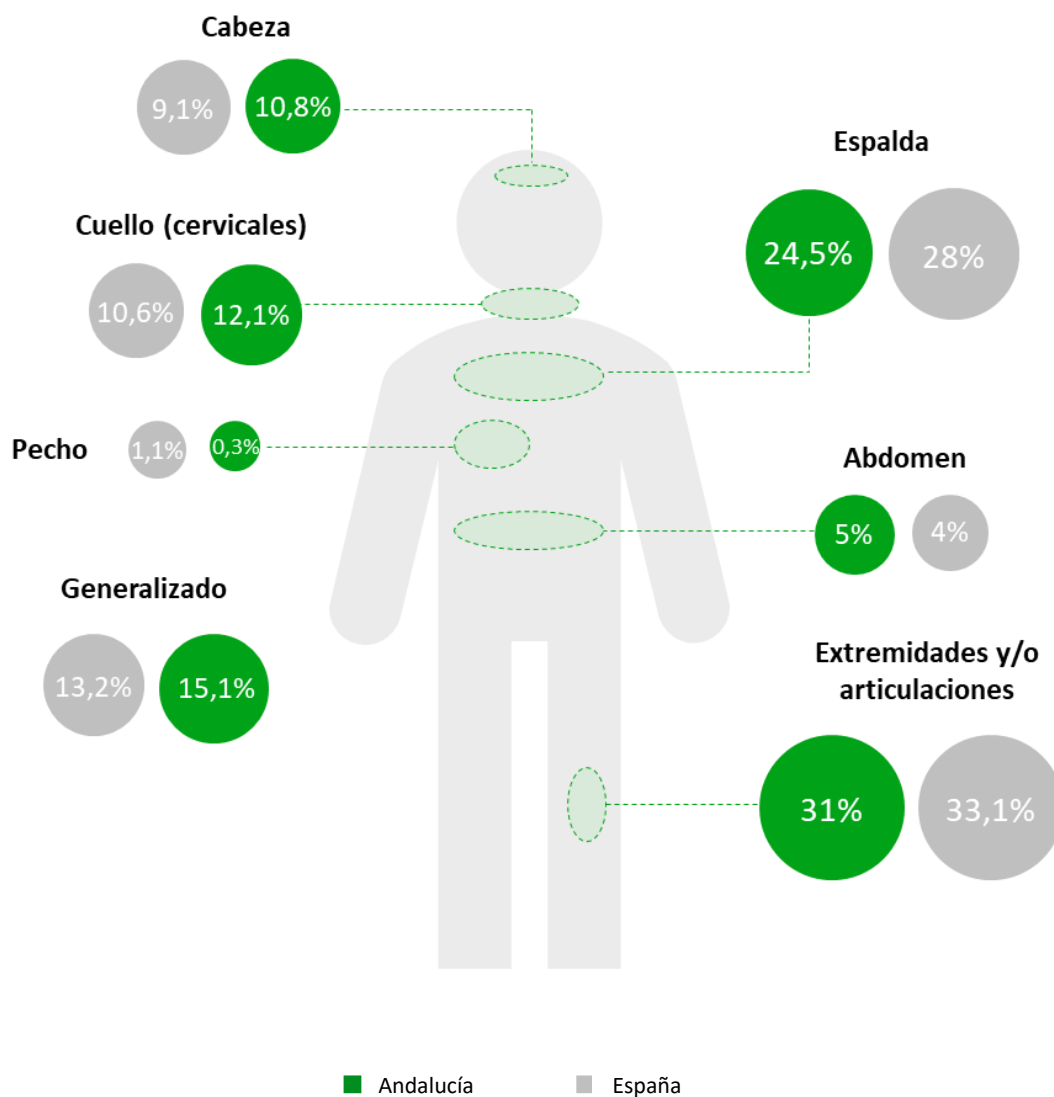


Figura 23. Localizaciones anatómicas del dolor crónico.

La **espalda** es la región corporal mayoritaria en la que se concentra el dolor en los pacientes andaluces, siendo la localización anatómica del dolor en el **31%** de los casos.

El dolor de espalda (24,5%) y el dolor generalizado (15,1%) son también manifestaciones frecuentes del dolor a nivel regional.

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

Consecuencias del dolor crónico

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

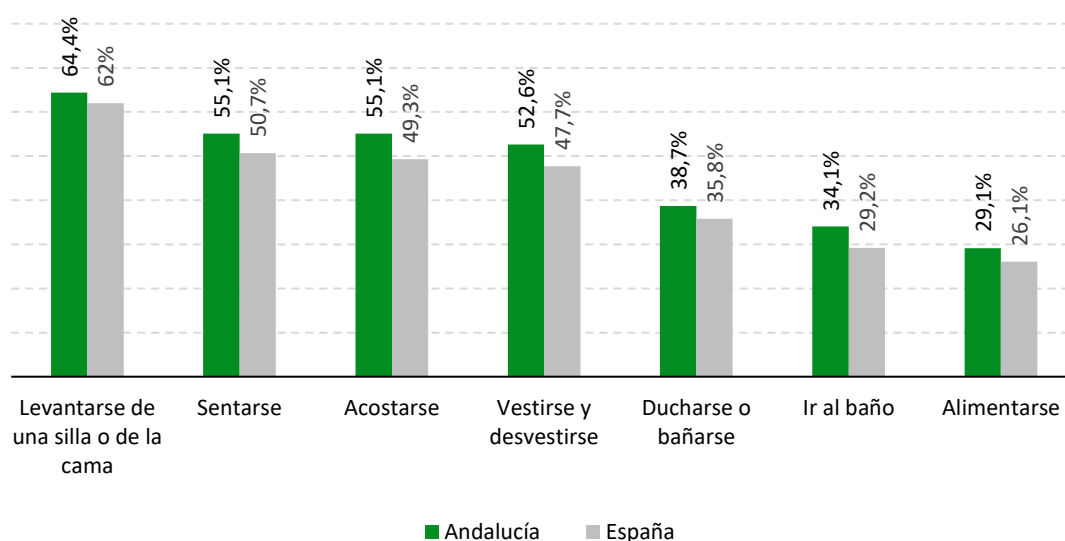


Figura 24. Actividades cotidianas limitadas por causa del dolor crónico.

La actividad que resulta más limitada en las personas con dolor crónico en Andalucía es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades para el **64,4%** de los pacientes. Sentarse y acostarse (55,1% para ambas) se ven también frecuentemente limitadas.

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

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

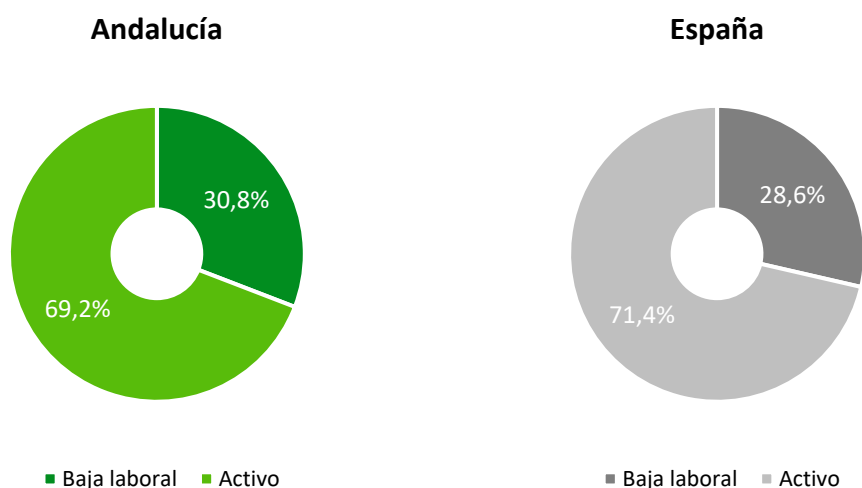


Figura 25. Situación de baja laboral por causa del dolor crónico.

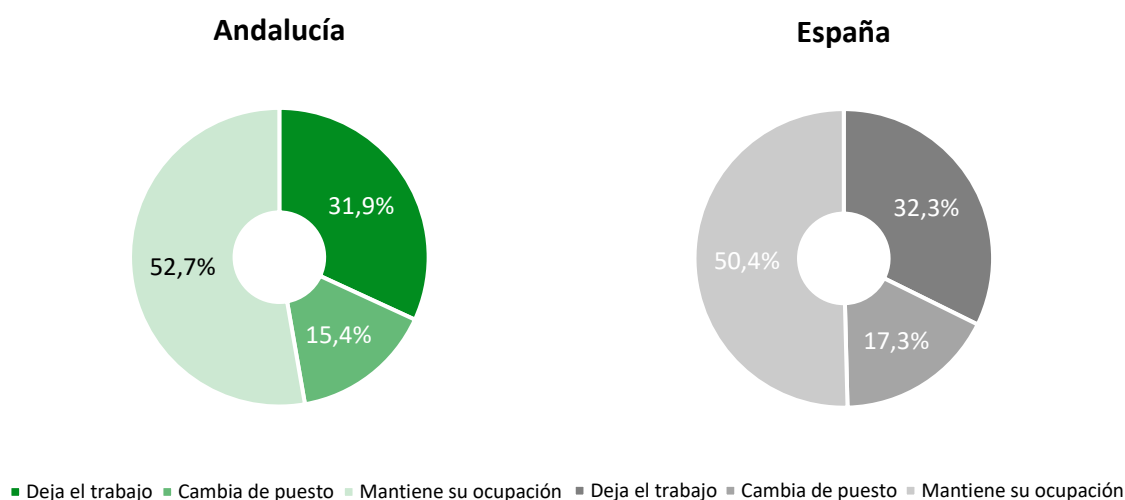


Figura 26. Actividades laborales limitadas por causa del dolor crónico.

En el último año un **30,8%** de los pacientes con dolor crónico residentes en Andalucía han estado en situación de **baja laboral**. Es importante destacar que este dato se ha calculado sobre el total de pacientes con dolor crónico en la región, que incluye también a aquellos que no desempeñan actividades profesionales (estudiantes, jubilados, desempleados...), por lo que el impacto de la enfermedad sobre la población trabajadora se estima mayor.

El **tiempo medio** de duración de las **bajas laborales** requeridas por los pacientes andaluces ha sido de **4,5 meses** en el último año (DT=4,4), con una duración mediana de 3 meses (RI=6).

Estas bajas laborales han supuesto que un 31,9% de los afectados hayan abandonado su ocupación y otro 15,4% se hayan visto forzados a modificar su puesto de trabajo como consecuencia del dolor crónico.

A nivel nacional el impacto es similar, con un 28,6% de afectados por dolor crónico que, independientemente de su ocupación o situación laboral, han necesitado de baja laboral en el último año, con un periodo medio de baja de 4,6 meses (DT=4,4). Además, el 32,3% de pacientes de baja han abandonado su ocupación previa y el 17,3% han cambiado de puesto de trabajo por causa del dolor.

Como dato de interés, cabe mencionar que el malestar derivado del dolor supone para los pacientes dificultades para conciliar el sueño, lo que genera que un **68,7%** de los pacientes con dolor crónico en Andalucía presenten **trastornos del sueño**, cuantía que supera al 64,8% observado a nivel nacional.

Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico

Como se ha evidenciado a lo largo de este análisis de resultados, el dolor crónico tiene un impacto significativo sobre pacientes, condicionando su vida diaria y afectando negativamente a su bienestar cotidiano. Es por ello que los pacientes con dolor crónico suelen hacer un uso frecuente de la **atención sanitaria** (Figura 27).

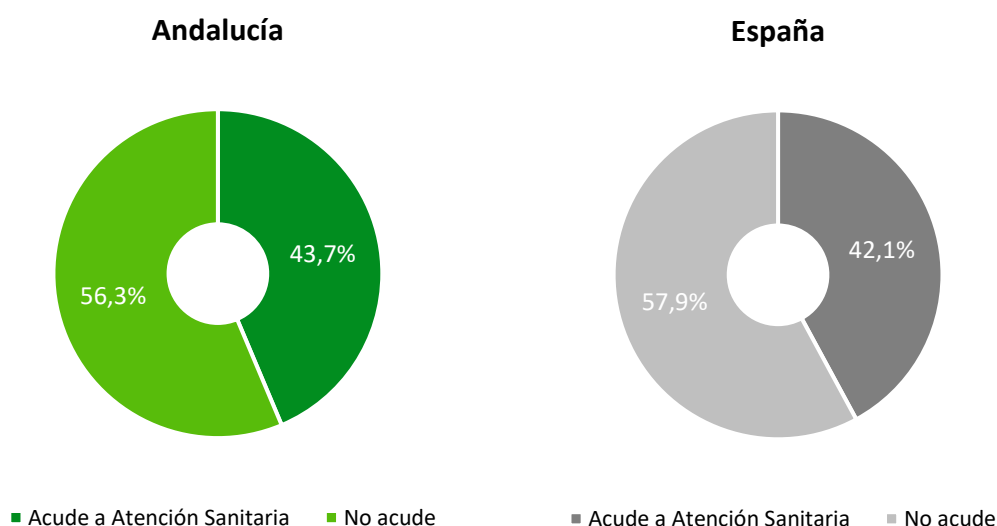


Figura 27. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Un **43,7%** de los pacientes andaluces con dolor crónico han acudido a los **servicios sanitarios** en el último mes, destacando la **Atención Primaria** como nivel asistencial más habitual, visitado por el **87,2%** de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios.

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

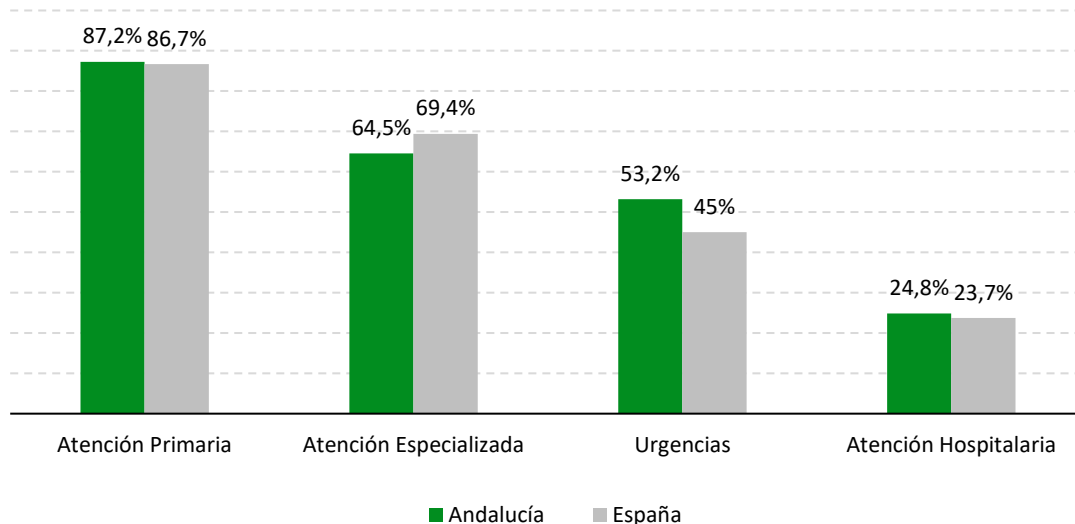


Figura 28. Uso del sistema sanitario por los pacientes con dolor crónico.

Cabe destacar que, si bien los pacientes con dolor crónico en Andalucía acuden al sistema sanitario con una frecuencia ligeramente más alta que los pacientes nacionales, la tendencia se invierte en la Atención Especializada, visitada por el 64,5% de los pacientes andaluces y el 69,4% de los pacientes españoles en el último mes.

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

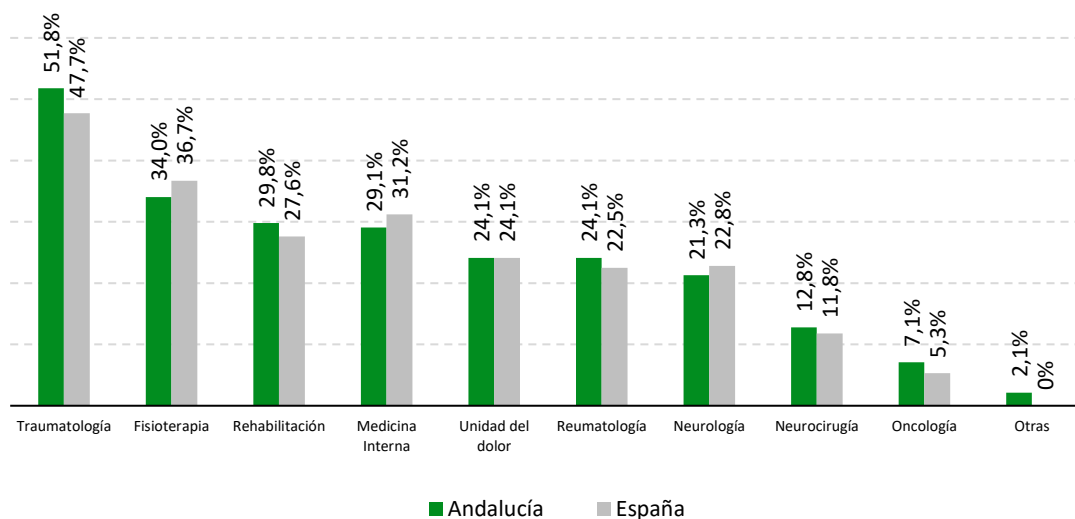


Figura 29. Uso de especialidades sanitarias por los pacientes con dolor crónico.

Traumatología constituye la especialidad más visitada a nivel regional, con un **51,8%** de pacientes que han acudido a este servicio en el último mes del total de pacientes que han hecho uso de la Atención Especializada. También a nivel nacional Traumatología es la especialidad más frecuente (47,7%).

Cabe destacar que la **Unidad del Dolor** es uno de los servicios de Atención Especializada con mayor peso en la asistencia a los pacientes de dolor crónico, siendo utilizada por un **24,1%** de los pacientes de Andalucía. A nivel nacional, se observa una frecuencia de uso idéntica.

Los pacientes que hacen uso de estas unidades en la región tienen un **tiempo medio de espera** de **12,3 meses** (DT=11,5) hasta la primera consulta y una espera mediana de 12 meses (DT=23,3).

Estos tiempos de espera, superiores a la espera promedio a nivel nacional (10,5 meses; DT=9,7), suponen una **barrera temporal para el acceso de los pacientes** a los recursos especializados propios de estas unidades de referencia, lo que destaca como uno de los principales puntos de mejora en la asistencia a los pacientes en Andalucía.

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

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

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

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

Datos sociodemográficos

Edad

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

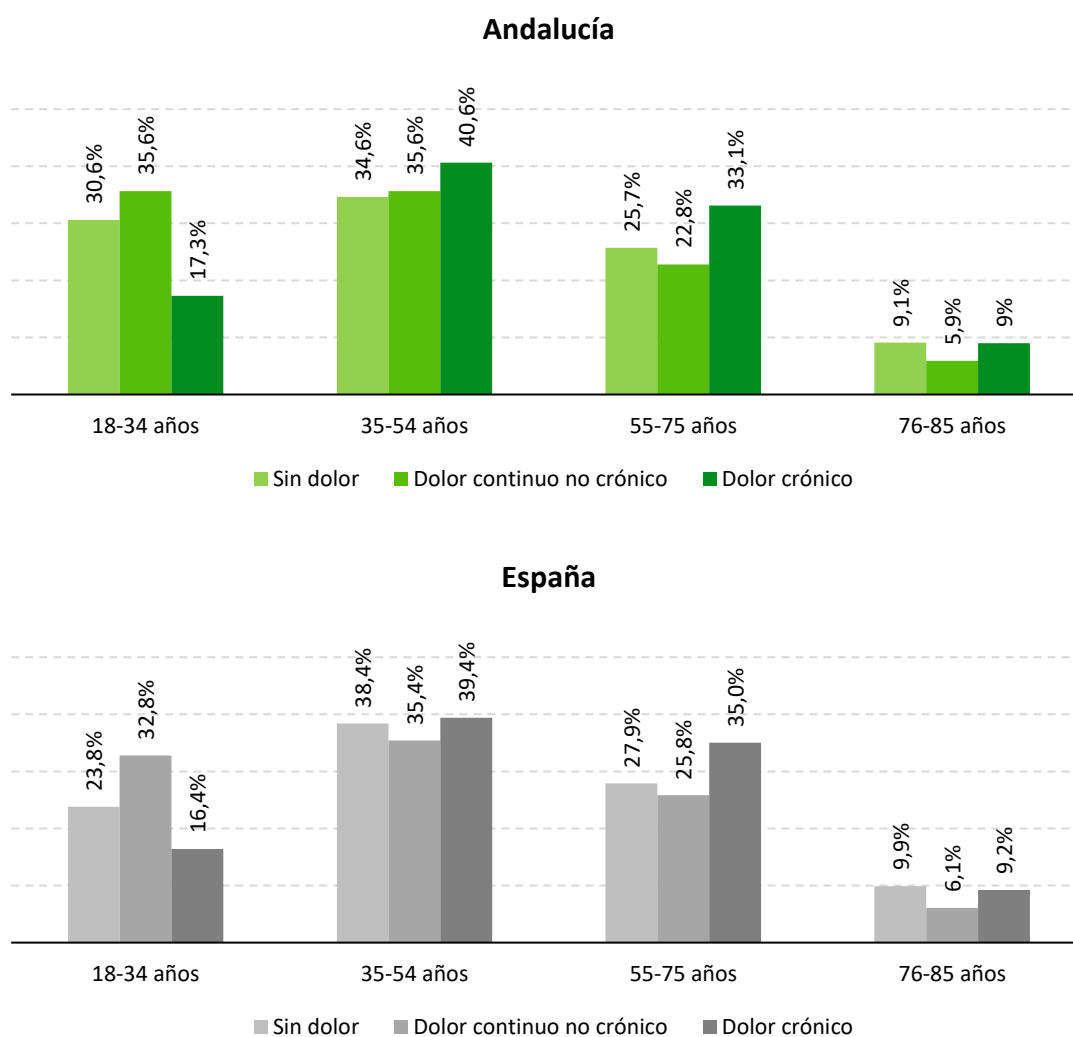


Figura 30. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por grupos de edad.

El conjunto de individuos con dolor crónico, tanto a nivel autonómico como estatal, está constituido por una **proporción elevada de pacientes entre 35 y 75 años**, siendo el grupo entre 35 y 54 el más numeroso: 40,6% en Andalucía y 39,4% en España.

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

Esta distribución guarda relación con la **prevalencia de la enfermedad**, que afecta de forma principal a los individuos entre 35 y 75 años, alcanzando su **máximo en los individuos entre 55 y 75 años** (31,4% de prevalencia en Andalucía y 30,6% en España). Esta prevalencia es notablemente inferior en los individuos entre 18 a 34 años y en mayores de 76.

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

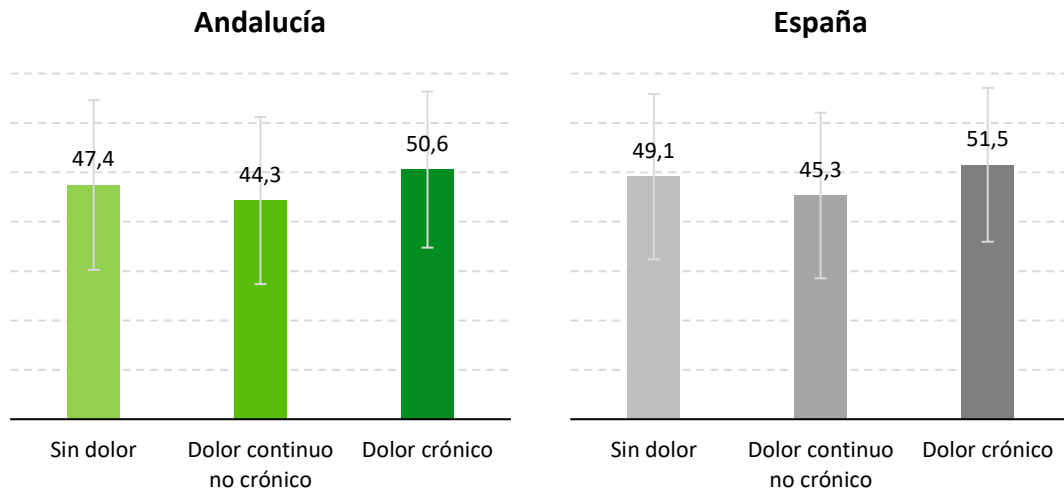


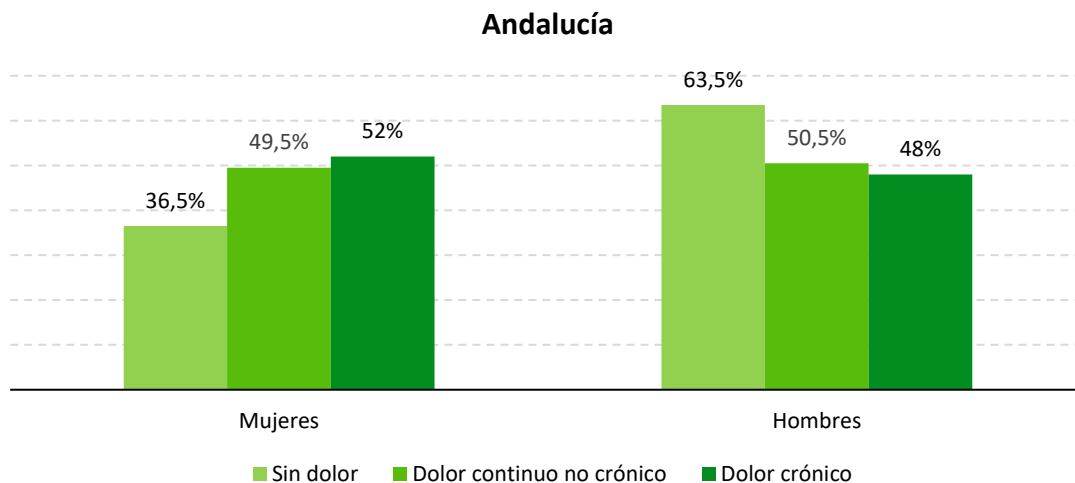
Figura 31. Edad media de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los pacientes con dolor crónico presentan una edad media superior que los pacientes con dolor continuo y los individuos sin dolor, tanto a nivel regional como en el total nacional, resultado de la elevada prevalencia de la enfermedad en los individuos entre 55 y 75 años.

Cabe mencionar que la edad media de la población española es mayor que la edad media de la población andaluza en los tres grupos analizados.

Sexo

La distribución de la población según el sexo es similar entre los ciudadanos de Andalucía y la población española para los tres grupos de análisis ([Figura 32](#)).



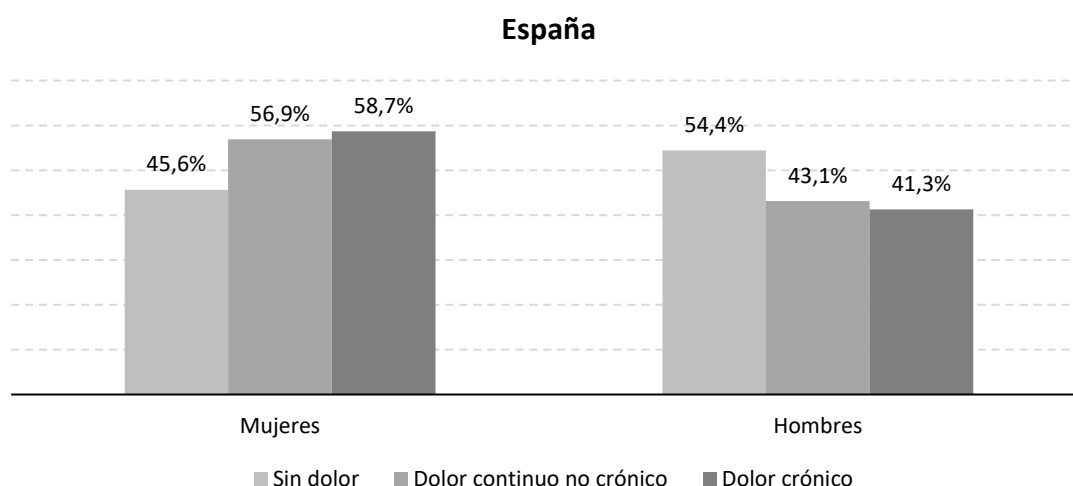


Figura 32. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por sexo.

La **población femenina es mayoritaria** entre los individuos con dolor crónico a nivel regional (52% en Andalucía) y nacional (58,7%). Adicionalmente, el grupo de individuos con dolor continuo presenta también predominancia femenina a nivel nacional.

Este mayor peso de la población femenina entre los individuos con dolor crónico se debe al **mayor alcance de la enfermedad de dolor crónico en la población femenina**, con una prevalencia del 32,4% en Andalucía (21,3% en hombres) y 30,5% en el total de España (21,3% en hombres).

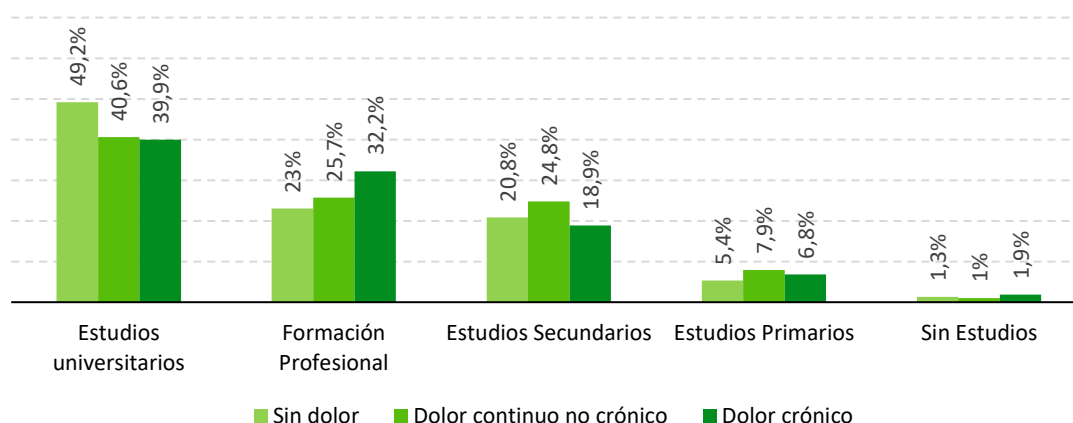
Si bien la prevalencia de dolor continuo también es mayor en la población femenina a nivel regional y nacional, es interesante observar que, en Andalucía, la proporción de hombres con dolor continuo es superior (50,5%).

Esto se debe a la sobrerrepresentación del sexo masculino en la muestra encuestada en Andalucía, en la que el 58,4% de los individuos son hombres. La mayor prevalencia del dolor continuo en mujeres tiende a igualar la proporción de ambos sexos en los pacientes (al igual que sucede en el caso del dolor crónico), pero en este caso no llega a corregir el elevado peso de hombres en la muestra.

Nivel de estudios

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

Andalucía



España

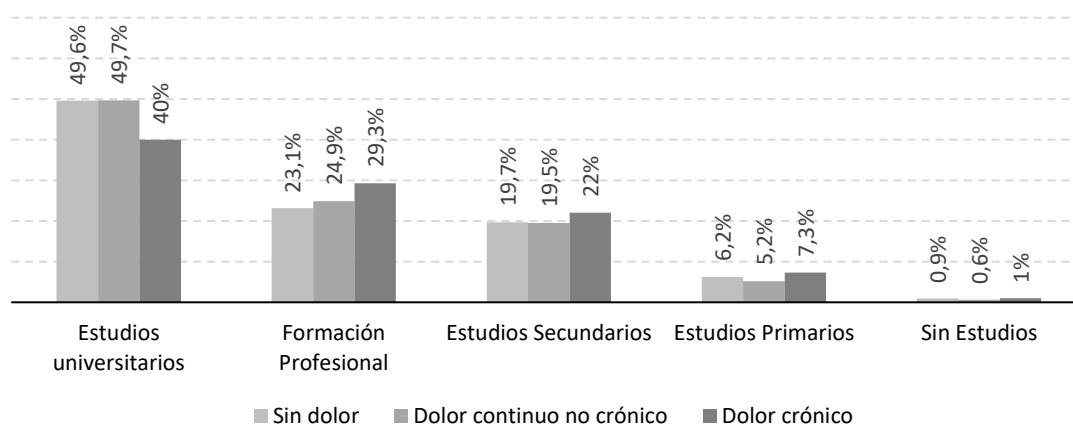


Figura 33. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por nivel de estudios.

El **nivel de estudios universitarios** es el más habitual entre los pacientes con dolor crónico, tanto a nivel regional (39,9%) como nacional (40%), si bien la proporción de pacientes que alcanzan este nivel es menor que en los individuos sin dolor o con dolor continuo.

Cabe destacar la **mayor proporción de individuos sin estudios en la población andaluza**, observable en los tres grupos y especialmente notoria en los pacientes con dolor crónico, grupo en que duplica a la proporción de personas sin estudios en España (1,9% en los pacientes andaluces y 1% en los españoles)

Situación laboral

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

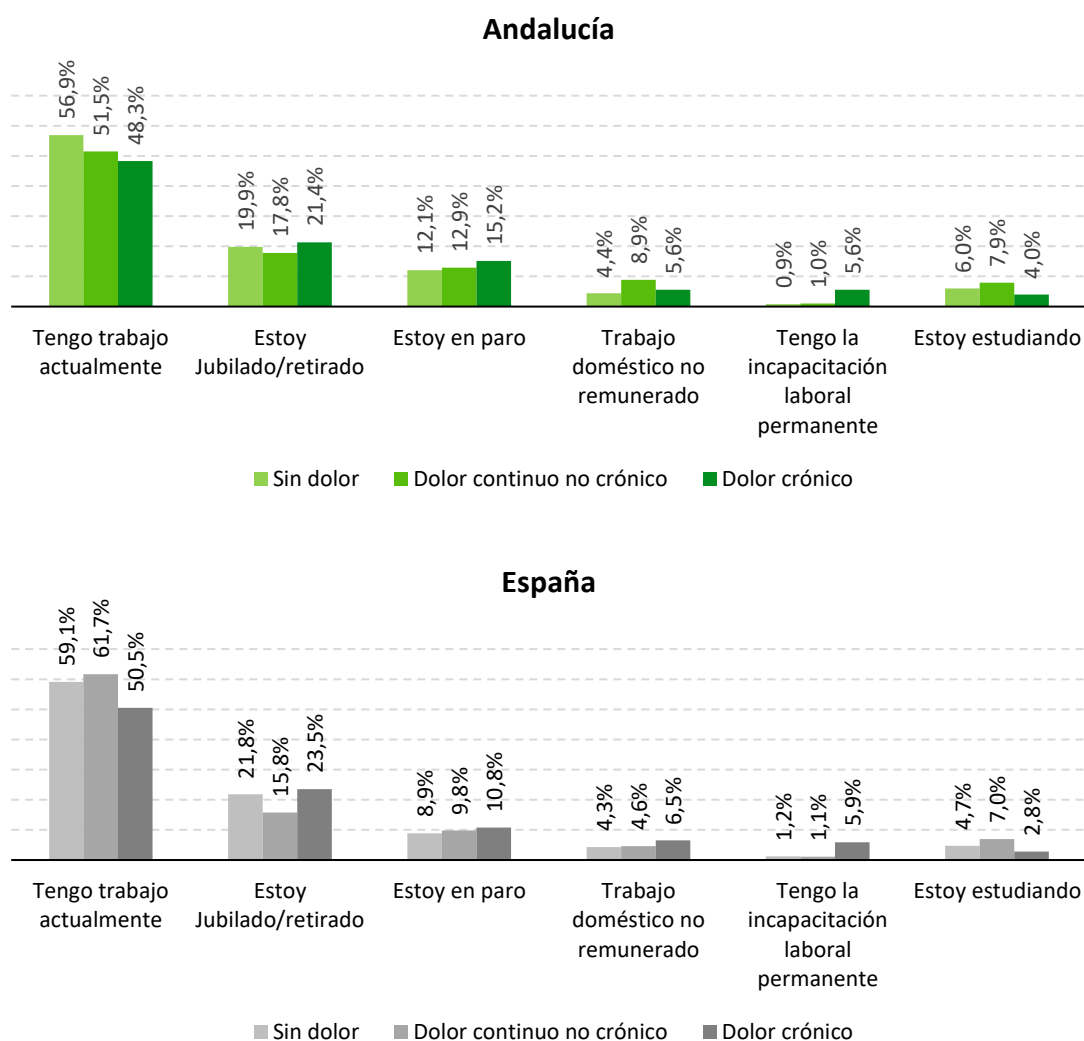


Figura 34. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación laboral.

En las poblaciones andaluza y española la proporción de trabajadores en activo con dolor crónico (48,3% en Andalucía y 50,5% en España) se sitúa por debajo de la proporción de individuos con trabajo remunerado sin dolor y con dolor continuo.

Esta **menor proporción de trabajadores en activo** en los pacientes con dolor crónico podría explicarse por el impacto que genera la enfermedad sobre las actividades profesionales, dificultando el desempeño laboral. Estas limitaciones a nivel laboral se reflejan adicionalmente en la **elevada proporción de individuos en situación de incapacidad laboral** permanente en el grupo de dolor crónico (5,6% en Andalucía y 5,9% en España).

Adicionalmente, cabe destacar la **mayor tasa de parados en la población andaluza** con respecto al total de España, que es especialmente visible en los pacientes con dolor crónico, grupo en el que se encuentran el 15,2% de pacientes andaluces y el 10,8% de pacientes españoles.

Los datos muestran también que una proporción destacada de los trabajadores en activo han recibido una **baja laboral**, siendo la proporción de ciudadanos que han estado en situación de baja laboral superior en España que en Andalucía.

El peso de las bajas laborales es más elevado en los pacientes con dolor crónico que en los individuos sin dolor o con dolor continuo (43,6% en Andalucía y 46,5% en España), lo que indica el impacto de la enfermedad sobre la vida profesional de los pacientes, incrementando la propensión a las bajas laborales (Figura 35).

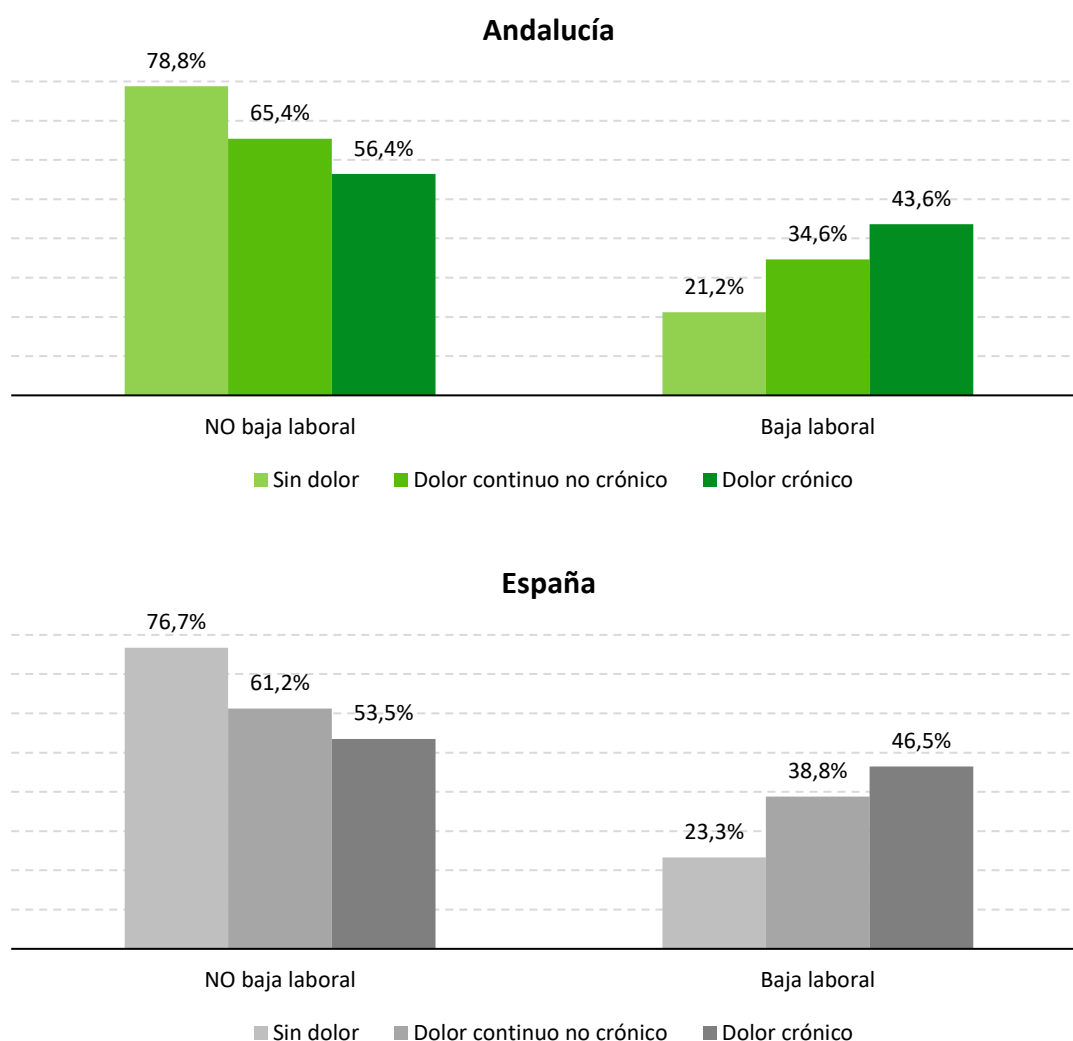


Figura 35. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por situación de baja laboral.

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

Uso del sistema sanitario

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

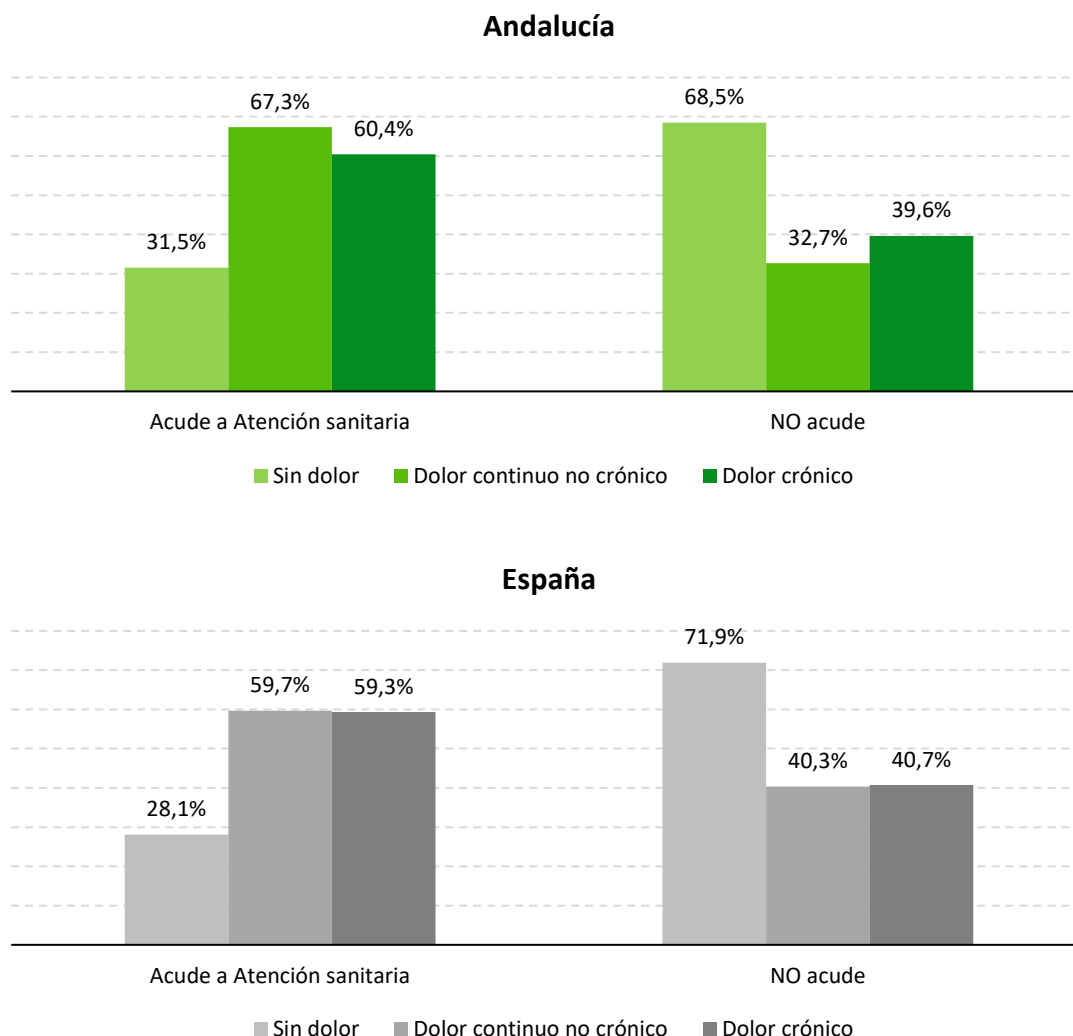


Figura 36. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por uso del sistema sanitario.

Cabe destacar que los pacientes con **dolor continuo y dolor crónico** hacen un **mayor uso de los servicios sanitarios** que los individuos sin dolor, habiendo acudido una amplia mayoría de estos pacientes a atención sanitaria en el último mes.

Si bien el 60,4% de los pacientes con dolor crónico en Andalucía y el 59,3% en España han acudido al sistema sanitario en este periodo, la proporción de pacientes con dolor continuo que acuden a atención sanitaria es incluso mayor: 67,3% a nivel regional y 59,7% a nivel nacional.

Estas cuantías contrastan con la menor utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin dolor, grupo en el que tan sólo el 31,5% en Andalucía y el 28,1% en España refieren haber acudido a los servicios médicos en el último mes.

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

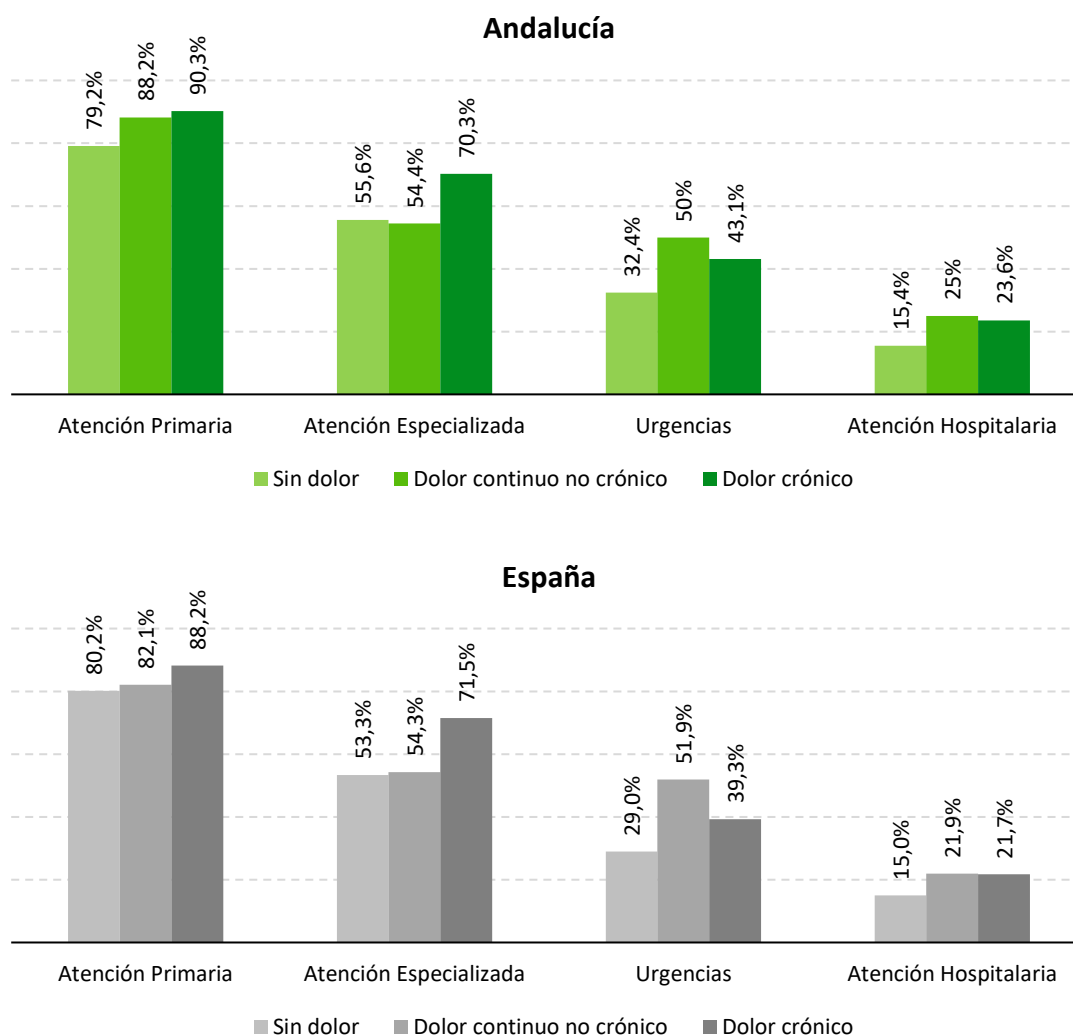


Figura 37. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por niveles asistenciales utilizados.

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

Hasta un 70,3% de los pacientes con dolor crónico en Andalucía y un 71,5% en España han visitado a médicos especialistas en el último mes, cifra que supera de forma significativa la proporción de pacientes con dolor continuo no crónico o individuos sin dolor que han recibido asistencia especializada en el mencionado periodo.

También resulta interesante observar cómo las urgencias son utilizadas de forma mayoritaria por los individuos con dolor continuo, tanto en Andalucía como en España.

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

Estado de salud

Escalas

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

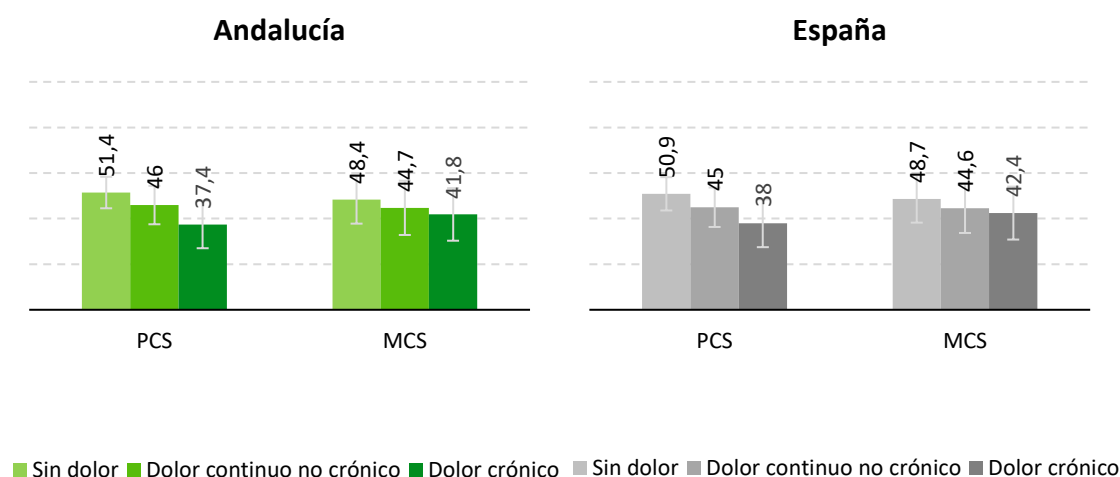


Figura 38. Calidad de vida física y mental de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los **individuos libres de dolor** presentan una **mayor calidad de vida física y mental** promedio que los pacientes con dolor continuo y dolor crónico, tanto en Andalucía como en España.

La puntuación media de calidad de vida a nivel físico del grupo sin dolor se sitúa en 51,4 puntos (DT=6,9) en Andalucía y 50,9 puntos (DT=7,3) en España, valores ligeramente superiores al valor de referencia de 50 puntos, lo que indica un adecuado estado de salud a nivel físico en los individuos que no sufren de dolor.

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

Los individuos con dolor continuo no crónico y dolor crónico, tanto a nivel regional como nacional, tampoco alcanzan el valor de referencia en las escalas, siendo los pacientes con dolor crónico los que presentan una menor calidad de vida a nivel físico y mental.

Resulta llamativo que la puntuación a nivel físico, más alta que la puntuación a nivel mental en los individuos sin dolor, sufre el descenso más notable cuando los individuos sufren de dolor (continuo o crónico), pasando a mostrar valores menores que la puntuación a nivel mental en los pacientes con dolor crónico.

Los pacientes con dolor crónico en Andalucía presentan 37,4 puntos (DT=10,4) en la escala PCS y 41,8 puntos (DT=11,5) en la escala MCS, datos muy cercanos a los observados en España: 38 puntos (DT=10,5) en el ámbito físico y 42,4 puntos (DT=11,6) en el ámbito mental.

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

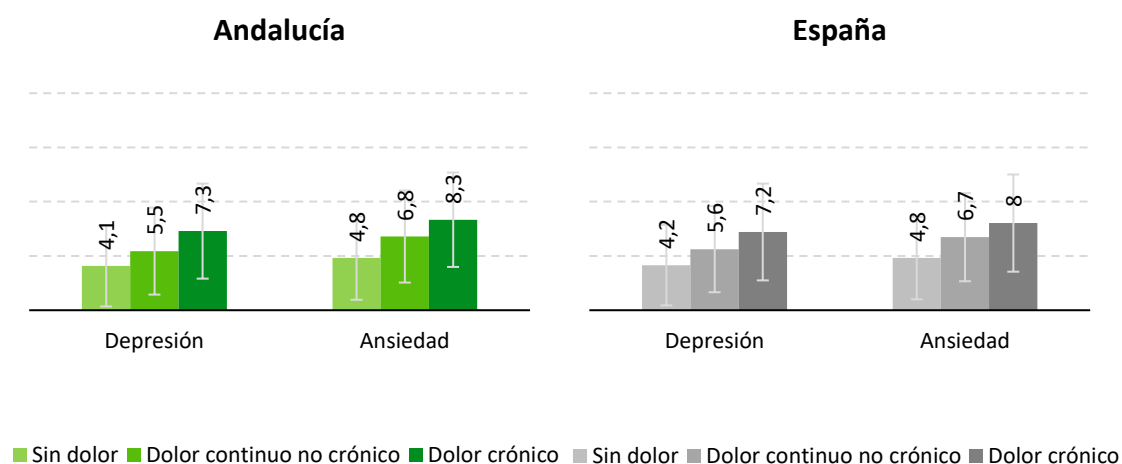


Figura 39. Nivel de depresión y ansiedad de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los encuestados pertenecientes al **grupo sin dolor** presentan un nivel promedio de **depresión** de 4,1 puntos (DT=3,7) y un nivel de **ansiedad** de 4,8 puntos (DT=3,9) en Andalucía y España, valores **inferiores** a los observados en la población con dolor continuo y dolor crónico.

A su vez, los individuos con **dolor crónico** muestran un mayor nivel de depresión y ansiedad que los individuos con dolor continuo a nivel autonómico y estatal. Adicionalmente, los valores promedio medidos en el grupo de pacientes con dolor crónico para **depresión** (7,3 puntos; DT=4,4 en Andalucía y 7,2 puntos; DT=4,5 en España) y **ansiedad** (8,3 puntos; DT=4,4 en Andalucía y 8 puntos; DT=4,5 en España) son ligeramente superiores a nivel regional.

Estas escalas permiten determinar el mayor riesgo de aparición de trastornos de depresión y ansiedad en la población con dolor crónico. Hasta un 22,3% de los pacientes andaluces con dolor crónico y un 22,2% de los españoles muestran casos de depresión. En el mismo sentido, un 29,1% de los pacientes andaluces y un 27,6% de los pacientes españoles padecen de ansiedad.

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

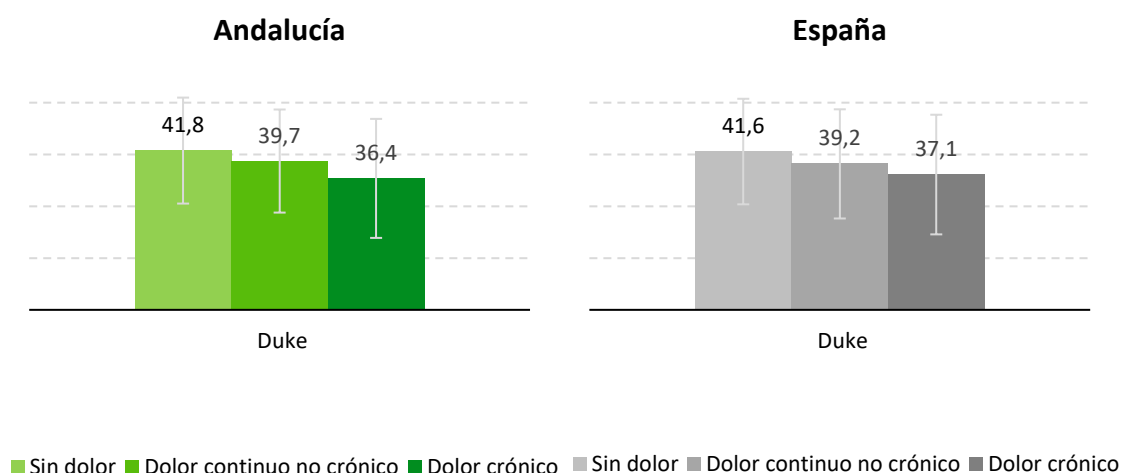


Figura 40. Apoyo social percibido de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor.

Los encuestados del **grupo libre de dolor** presentan un **apoyo social percibido** promedio de 41,8 puntos (DT=10,2) en Andalucía y 41,6 puntos (DT=10,2) en España, valor **superior** al observado en los grupos de pacientes con dolor.

Los pacientes con **dolor crónico** perciben, a su vez, un menor apoyo social que los pacientes con **dolor continuo**, si bien los valores medidos en ambos grupos se sitúan por encima del umbral de 32 puntos que indica un **adecuado apoyo social**.

En Andalucía, un 68,1% de los pacientes con dolor crónico manifiestan un apoyo “normal” y la puntuación de apoyo percibido se sitúa en los 36,4 puntos (DT=11,5). A nivel estatal, el 71% de los pacientes valoran como “normal” el apoyo recibido y la puntuación Duke media es de 37,1 puntos (DT=11,6). Esto subraya la **importancia de los cuidadores y familiares** de los enfermos en el apoyo cotidiano, para favorecer el desarrollo de las actividades diarias.

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

Limitaciones de la vida diaria

Tal y como se refleja en las escalas anteriormente presentadas, el estado de salud de la población con dolor crónico está más comprometido que en la población sin dolor y con dolor continuo no crónico. En este hecho influyen las dificultades que experimentan los individuos en la realización de sus actividades diarias (Figura 41).

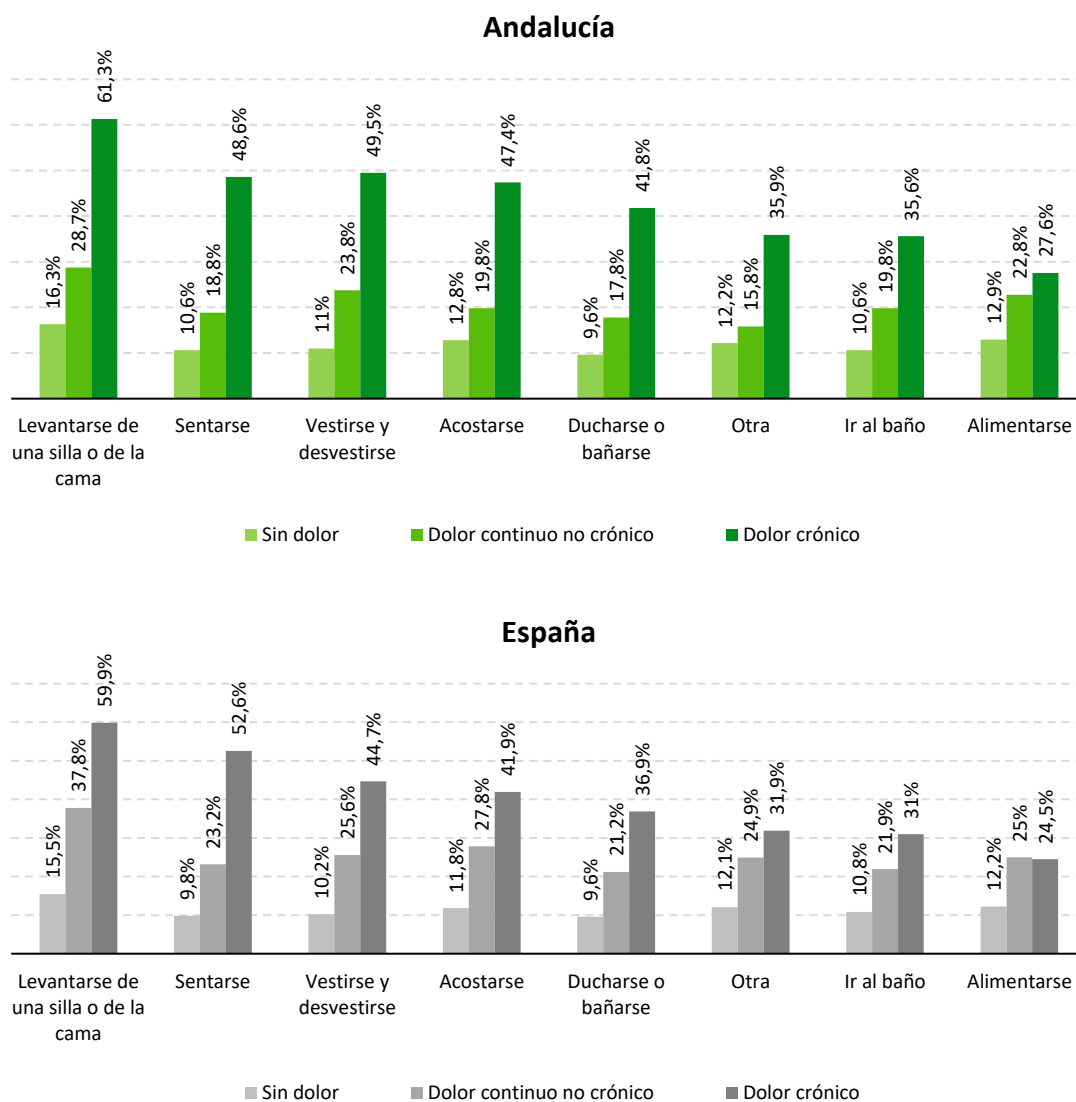


Figura 41. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por dificultad para desarrollar las actividades diarias.

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

La actividad para la que los pacientes con **dolor crónico** presentan una menor autonomía es **levantarse de una silla o de la cama**, para la que presentan alguna

dificultad o son incapaces de realizarla el 61,3% de los pacientes andaluces con dolor crónicos y el 59,9% de los pacientes españoles.

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

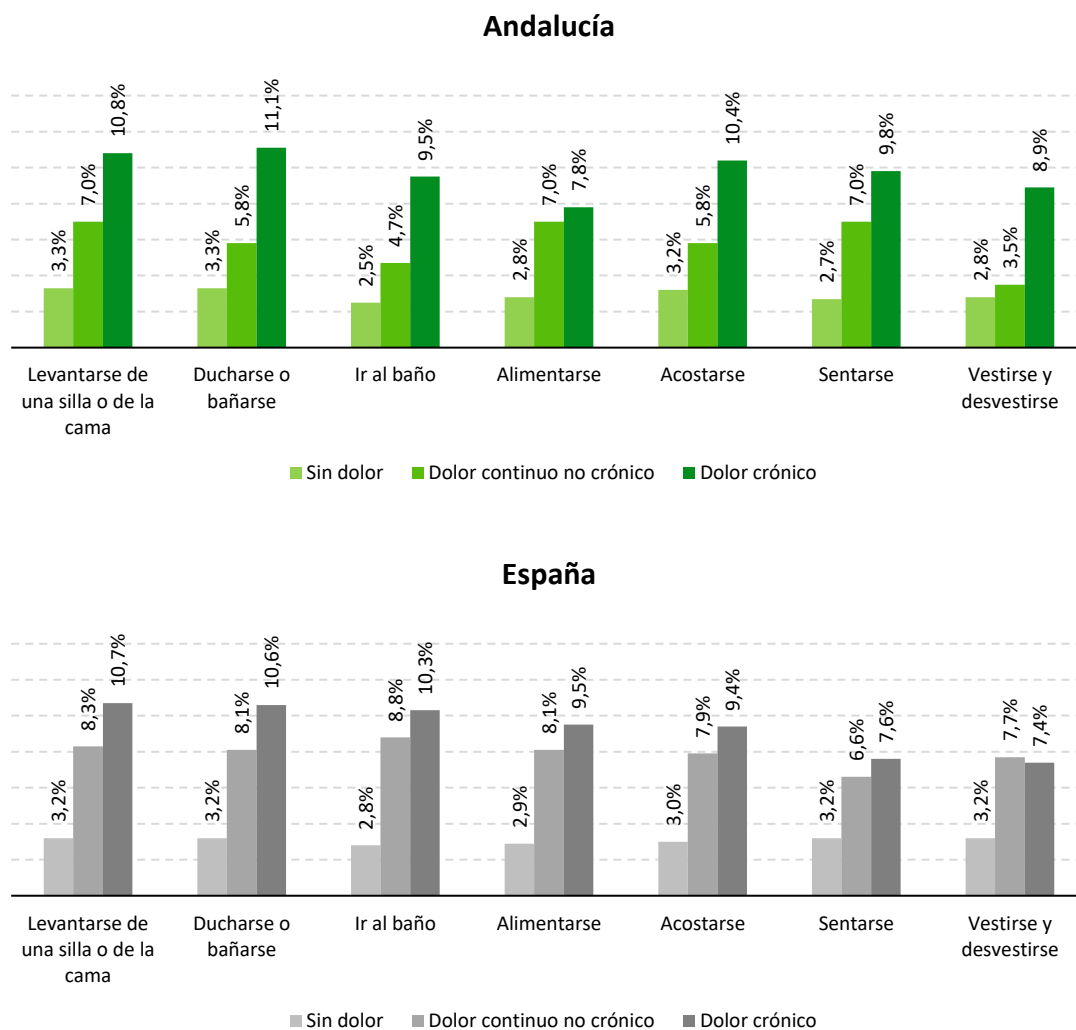


Figura 42. Distribución de la población con dolor crónico, dolor continuo y sin dolor por apoyo recibido para desarrollar las actividades diarias.

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

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

4. Conclusiones

En los últimos años las instituciones de Andalucía han dirigido sus esfuerzos hacia la enfermedad de dolor crónico, desafío de salud pública con gran impacto en la región, planteándose como actuaciones clave en materia sanitaria la mejora en su conocimiento y abordaje.

Este compromiso con el dolor crónico en la región se ha traducido en la publicación de planes sanitarios de impacto, destacando el “**Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor**”, que tiene como objetivo “lograr un mejor abordaje de este malestar en sus distintas vertientes: prevención, detección, seguimiento y tratamiento”

Adicionalmente, otras estrategias sanitarias como el “**Proceso Asistencial Integrado de dolor crónico no oncológico**”, el “**Plan Andaluz de Atención a Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas**” y el “**Plan Integral de Cefaleas de Andalucía**” han permitido optimizar el tratamiento multidisciplinar del dolor y atender de forma específica las patologías de mayor impacto asociadas al mismo.

De manera paralela, el dolor crónico ha sido uno de los principales focos de investigación en el ámbito de la salud, siendo los centros de investigación biomédica de la región los principales impulsores de iniciativas en este sentido, destacando entidades como el **Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)**, el **Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)**, el **Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (IBS Granada)** y el **Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma BIONAND)**.

Si bien este mencionado trabajo ha sido positivo, la creciente aceleración del **envejecimiento poblacional** en Andalucía, sólo superada por Canarias y Cantabria a nivel nacional, resalta la importancia de optimizar la respuesta ante el dolor crónico, siendo los ciudadanos de edad avanzada uno de los principales colectivos de riesgo.

Con este propósito, resulta clave fortalecer el papel de las **Unidades de Dolor** en el proceso asistencial, que dan servicio en la actualidad al **24,1%** de los pacientes con dolor crónico que hacen uso de la Atención Especializada en Andalucía. La región cuenta con **99 UTD en su territorio** (55 ubicadas en hospitales públicos y 44 en privados) y el **periodo medio de espera** de los pacientes para acceder a las mismas es de **12,3 meses**.

Esta disponibilidad de unidades, **próxima a 1,2 UTD por cada 100.000 habitantes**, supera significativamente la media española y sitúa a Andalucía como la segunda Comunidad Autónoma con mejor dotación *per capita*, sólo superada por Islas Baleares. No obstante, el destacado alcance de la enfermedad plantea la necesidad de reducir los tiempos de espera y agilizar el acceso de los pacientes.

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

La enfermedad de dolor crónico tiene una prevalencia del **26,6% en la población adulta** residente en Andalucía, lo que significa que más de un millón y medio de personas mayores de edad se vean afectadas por esta enfermedad en la región.

El grupo de **edad entre 55 y 75 años** es el más afectado por la enfermedad, con una prevalencia del **31,4%**, siendo los individuos entre 18 y 34 años los que presentan una prevalencia más baja, 16,3%.

Adicionalmente, las **mujeres** se ven más afectadas que los hombres por el dolor crónico, con una prevalencia del **32,4%**, que se reduce al 21,3% en la población masculina.

Tal y como se ha justificado a lo largo de este análisis, el dolor crónico genera un gran impacto en los individuos que lo sufren, los cuales se ven afectados por la enfermedad durante un **periodo medio de 5,7 años**. En este tiempo experimentan una **intensidad de dolor media de 6,9 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable), presentando un **58,2%** de los pacientes **“mucho” dolor** (valores de 7 a 9).

La **causa diagnóstica** más frecuente de dolor crónico en la región es el **dolor lumbar**, manifestado por un **57%** de los pacientes, si bien hasta un 27,6% no conocen el origen de su dolencia, lo que dificulta el abordaje asistencial. A su vez, la **localización anatómica** más frecuente se encuentra en las **extremidades y/o articulaciones**, con un **31%** de pacientes afectados.

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

Los pacientes con dolor crónico tienen problemas de autonomía para llevar a cabo sus actividades rutinarias, siendo la actividad más limitada **levantarse de una silla o de la cama**, que genera dificultades a un **64,4%**.

Resulta interesante señalar también que un **68,7%** de los pacientes con dolor crónico en Andalucía presentan **trastornos del sueño** debidos a la enfermedad, lo que resalta la importancia de la prevención y el cuidado en salud mental.

En lo que respecta a las actividades profesionales, un **30,8%** del total de pacientes en la región ha tenido situaciones de **baja laboral** en el último año, prolongándose estas durante un tiempo promedio de **4,5 meses**. Esta necesidad de baja laboral ha forzado a un 31,9% de los pacientes a abandonar su ocupación previa y a un 15,4% adicional a modificar su puesto de trabajo a causa del dolor.

Todos estos datos, que destacan el alcance de la enfermedad a todos los niveles, se resumen en el hecho de que hasta un **43,7%** de los pacientes con dolor crónico en la región han acudido al **sistema sanitario** en el último mes, siendo **Atención Primaria** el nivel asistencial de referencia, visitado por el **87,2%** de los pacientes.

Los servicios especializados, utilizados por un 64,5% de los pacientes, presentan también un gran peso en la asistencia, destacándose **Traumatología** como la especialidad más frecuentemente visitada, con un **51,8%** de los pacientes de Atención Especializada.

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

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

Además, las características demográficas de la región, influenciadas por el proceso de **envejecimiento poblacional acelerado**, resaltan la importancia de actuar ante el alcance futuro del dolor crónico, enfermedad en la que la población de mayor edad representa uno de los principales grupos de riesgo.

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

Retos futuros en el abordaje del dolor crónico

- 1. Avanzar en el desarrollo del nuevo “Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor”**, que permita evaluar y actualizar las líneas de trabajo del plan anterior y se posicione como estrategia de referencia en dolor a nivel nacional.
- 2. Agilizar el acceso a las Unidades de Tratamiento del Dolor**, favoreciendo la derivación ágil de los pacientes desde la Atención Primaria y Especializada y reduciendo los tiempos de espera para la primera consulta.
- 3. Fomentar la expansión de la telemedicina** y las nuevas tecnologías sanitarias, para mejorar la atención continuada a los pacientes con dolor crónico en un contexto sociodemográfico de envejecimiento y dispersión poblacional.
- 4. Dar respuesta a las necesidades de los pacientes en el ámbito laboral**, atendiendo a la elevada tasa de paro en este colectivo y optimizando la coordinación asistencial para una mejora de la calidad de vida a nivel profesional.
- 5. Impulsar la prevención del dolor crónico a todos los niveles**, por medio de la mejora en la concienciación social, la promoción de hábitos saludables y la atención al dolor agudo y continuo, como herramientas para mitigar la cronificación.

Bibliografía

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*. Enlace.
2. Fundación Grünenthal. *Presentación*. Enlace.
3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*. Enlace.
4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*. Enlace.
5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*. Enlace.
6. More Than Research. *Inicio*. Enlace.
7. BioInnova Consulting. *Inicio*. Enlace.
8. Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. *El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes*. Enlace.
9. Instituto Nacional de Estadística, 2020. *Proyecciones de población 2020-2070*. Enlace.
10. Instituto Nacional de Estadística, 2023. *Índice de Envejecimiento por comunidad autónoma*. Enlace.
11. Herrera J. et al., 2012. *Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía*. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Enlace.
12. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2019. *Los expertos estiman que en Andalucía padece dolor crónico alrededor del 17% de la población*. Enlace.
13. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2013. *Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012*. Enlace.
14. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2017. *Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016*. Enlace.
15. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2021. *Modelo de atención centrada en la persona con enfermedad y dolor crónico*. Enlace.
16. Expansión, 2024. *Evolución: PIB anual España*. Enlace.
17. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010. *Plan Andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013*. Enlace.
18. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Andalucía trabaja en la evaluación y actualización del Plan de Atención a las Personas con Dolor*. Enlace.
19. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Andalucía trabaja en un nuevo Plan de Atención a las Personas con Dolor, previsto para 2024*. Enlace.
20. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, 2014. *Dolor crónico no oncológico. Proceso Asistencial Integrado*. Enlace.

21. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2018. *Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Enlace.
22. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, 2023. *Plan Integral de Cefaleas de Andalucía*. Enlace.
23. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021. *Estrategia de Atención Primaria. Plan Estratégico 2020-2022*. Enlace.
24. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007. *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012*. Enlace.
25. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2011. *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016*. Enlace.
26. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2020. *La Junta avanza en la elaboración del nuevo Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2022-2026*. Enlace.
27. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2022. *Salud y Familias inicia el diseño de una nueva Estrategia de Atención a la Cronicidad en Andalucía*. Enlace.
28. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2015. *Estrategia de Cuidados de Andalucía*. Enlace.
29. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021. *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Enlace.
30. Instituto de Salud Carlos III. *Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados*. Enlace.
31. Instituto de Biomedicina de Sevilla. *Quiénes somos*. Enlace.
32. Instituto de Biomedicina de Sevilla. *Grupo de Salud, Fisioterapia y Actividad Física*. Enlace.
33. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. *Quiénes Somos*. Enlace.
34. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. *Buscador de estudios clínicos (“dolor crónico”)*. Enlace.
35. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *¿Qué es el ibs Granada?* Enlace.
36. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *Grupo de Fisioterapia en Atención Primaria*. Enlace.
37. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. *Grupo de Neurofarmacología del Dolor*. Enlace.
38. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina. *Quiénes somos*. Enlace.

39. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina. *Grupo de Vulnerabilidad y Resiliencia al dolor crónico: Implicaciones para la intervención psicológica*. Enlace.
40. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. *Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Enlace.
41. Ministerio de Sanidad. *Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios (REGCESS)*. Enlace.
42. Cint. *Market Research and Insights*. Enlace.
43. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024. Enlace.
44. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005. Enlace.
45. Zigmond A. & Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Enlace.
46. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135. Enlace.
47. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4. Enlace.
48. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63. Enlace.

ANEXO 1 - Metodología

Distribución poblacional y muestral

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

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	6.772.098	3.334.010	49,2%	3.438.088	50,8%	1.618.733	23,9%	1.250.859	18,5%	1.368.227	20,2%	1.184.548	17,5%	808.400	11,9%	541.324	8,0%
Aragón	1.045.219	517.502	49,5%	527.717	50,5%	226.086	21,6%	179.943	17,2%	208.948	20,0%	187.547	17,9%	139.627	13,4%	103.067	9,9%
Principado de Asturias	832.723	400.319	48,1%	432.404	51,9%	139.177	16,7%	135.774	16,3%	167.270	20,1%	162.185	19,5%	136.253	16,4%	92.059	11,1%
Islas Baleares	988.720	493.754	49,9%	494.966	50,1%	245.332	24,8%	202.535	20,5%	204.796	20,7%	157.561	15,9%	108.971	11,0%	69.521	7,0%
Canarias	1.866.634	922.384	49,4%	944.250	50,6%	447.550	24,0%	347.161	18,6%	398.383	21,3%	324.793	17,4%	213.253	11,4%	135.486	7,3%
Cantabria	473.412	231.546	48,9%	241.866	51,1%	90.918	19,2%	83.266	17,6%	96.393	20,4%	88.661	18,7%	69.570	14,7%	44.603	9,4%

Castilla y León	1.926.752	960.071	49,8%	966.681	50,2%	367.038	19,0%	305.701	15,9%	372.918	19,4%	374.460	19,4%	286.787	14,9%	219.843	11,4%
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	50,4%	803.129	49,6%	379.179	23,4%	295.808	18,3%	327.169	20,2%	289.049	17,8%	190.081	11,7%	139.006	8,6%
Cataluña	6.076.627	2.968.762	48,9%	3.107.865	51,1%	1.454.308	23,9%	1.103.224	18,2%	1.234.873	20,3%	999.873	16,5%	755.207	12,4%	529.154	8,7%
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	49,1%	2.067.977	50,9%	904.961	22,3%	728.876	17,9%	829.850	20,4%	708.199	17,4%	528.492	13,0%	364.748	9,0%
Extremadura	848.349	422.877	49,8%	425.472	50,2%	193.111	22,8%	141.466	16,7%	162.737	19,2%	161.597	19,0%	108.914	12,8%	80.527	9,5%
Galicia	2.197.253	1.065.099	48,5%	1.132.154	51,5%	407.763	18,6%	376.974	17,2%	439.327	20,0%	390.474	17,8%	325.301	14,8%	257.416	11,7%
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	47,7%	2.819.294	52,3%	1.298.146	24,1%	1.015.842	18,9%	1.123.008	20,8%	884.649	16,4%	627.562	11,6%	439.638	8,2%
Región de Murcia	1.187.794	593.981	50,0%	593.813	50,0%	304.857	25,7%	228.000	19,2%	242.819	20,4%	195.426	16,5%	128.821	10,8%	87.868	7,4%
La Rioja	250.685	123.931	49,4%	126.754	50,6%	53.036	21,2%	44.386	17,7%	50.800	20,3%	44.963	17,9%	33.436	13,3%	24.074	9,6%
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	49,6%	261.428	50,4%	118.996	22,9%	90.187	17,4%	105.402	20,3%	89.809	17,3%	66.751	12,9%	47.491	9,2%
País Vasco	1.742.688	845.073	48,5%	897.615	51,5%	347.905	20,0%	285.006	16,4%	350.896	20,1%	324.277	18,6%	252.544	14,5%	182.062	10,4%
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

INTRODUCCIÓN:

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 incapacitación 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,...)	1	2	3	4	5	6
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, dígame ¿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 Andalucía.

Variables	Categorías	N	%
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Edad	Media (DT)	48 (16,9)	
	Mediana (RI)	46 (28)	
	18-34	343	27,6%
	35-54	451	36,2%
	55-75	341	27,4%
	76-85	110	8,8%
Sexo	Hombre	727	58,4%
	Mujer	518	41,6%
Nivel de estudios	Sin Estudios	18	1,4%
	Estudios Primarios	74	5,9%
	Estudios Secundarios	257	20,6%
	Formación Profesional	319	25,6%
	Estudios universitarios	574	46,1%
	No contesta	3	0,2%
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	675	54,1%
	Estoy en paro	161	12,9%
	Estoy Jubilado/retirado	250	20,1%
	Tengo la incapacidad laboral permanente	26	2,1%
	Estoy estudiando	70	5,6%
	Trabajo doméstico no remunerado	63	5,1%
Baja Laboral (N=675) (<i>Contestan sólo los que trabajan actualmente</i>)	Sí	185	27,4%
	No	490	72,6%
USO SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	522	41,9%
	No	723	58,1%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (<i>contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior</i>) (N=522)	Ninguna vez	81	15,5%
	1 vez	294	56,3%
	2 veces	90	17,2%
	3 veces o más	57	10,9%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>) (N=522)	Ninguna vez	204	39,1%
	1 vez	225	43,1%
	2 veces	48	9,2%
	3 veces o más	45	8,6%
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>) (N=522)	Ninguna vez	419	80,3%
	1 vez	62	11,9%
	2 veces	14	2,7%
	3 veces o más	27	5,2%
Frecuencia con la que acude a Urgencias (<i>contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S</i>) (N=522)	Ninguna vez	320	61,3%
	1 vez	149	28,5%
	2 veces	23	4,4%
	3 veces o más	50	5,7%
CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	47,4 (10,1)	
	Mediana (RI)	50,2 (13,1)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	46,4 (11,3)	
	Mediana (RI)	47,6 (16,6)	

HADS- Depresión	Media (DT)	5 (4,2)	
	Mediana (RI)	4 (6)	
	No Caso	902	72,4%
	Caso dudoso	193	15,5%
HADS- Ansiedad	Media (DT)	5,9 (4,3)	
	Mediana (RI)	5 (7)	
	No Caso	814	65,4%
	Caso dudoso	240	19,3%
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	Caso	150	12%
	No puedo hacerlo por mí mismo	62	5%
	Sí, mucha dificultad	53	4,3%
	Sí alguna dificultad	103	8,3%
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No, ninguna dificultad	1027	82,5%
	No puedo hacerlo por mí mismo	48	3,9%
	Sí, mucha dificultad	41	3,3%
	Sí alguna dificultad	174	14%
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No, ninguna dificultad	982	78,9%
	No puedo hacerlo por mí mismo	45	3,6%
	Sí, mucha dificultad	72	5,8%
	Sí alguna dificultad	244	19,6%
Limitaciones vida diaria: Acostarse	No, ninguna dificultad	884	71%
	No puedo hacerlo por mí mismo	45	3,6%
	Sí, mucha dificultad	49	3,9%
	Sí alguna dificultad	184	14,8%
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No, ninguna dificultad	967	77,7%
	No puedo hacerlo por mí mismo	53	4,3%
	Sí, mucha dificultad	52	4,2%
	Sí alguna dificultad	169	13,6%
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No, ninguna dificultad	971	78%
	No puedo hacerlo por mí mismo	47	3,8%
	Sí, mucha dificultad	39	3,1%
	Sí alguna dificultad	136	10,9%
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No, ninguna dificultad	1023	82,2%
	No puedo hacerlo por mí mismo	55	4,4%
	Sí, mucha dificultad	50	4%
	Sí alguna dificultad	127	10,2%
Limitaciones vida diaria: Otra	No, ninguna dificultad	1013	81,4%
	No puedo hacerlo por mí mismo	52	4,2%
	Sí, mucha dificultad	39	3,1%
	Sí alguna dificultad	141	11,3%
Recibe ayuda familiar, social de entidades para: (puede haber más de una)	No, ninguna dificultad	1013	81,4%
	Alimentarse	59	4,7%
	Sentarse	67	5,4%
	Levantarse de una silla o de la cama	73	5,9%
	Acostarse	71	5,7%
	Vestirse y desvestirse	81	6,5%
	Ir al baño	65	5,2%
Ducharse o bañarse	76	6,1%	
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	40,2 (10,8)	
	Mediana (RI)	42 (16)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	255	20,5%
	Apoyo normal (≥32)	990	79,5%
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

Prevalencia de dolor

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

Grupo	Dolor continuo			Dolor crónico		
	N	Prevalencia (%)	IC95%	N	Prevalencia (%)	IC95%
Global						
Global	323	26,6%	(23,5-28,4)	101	7,9%	(6,6-9,7)
Por sexo						
Hombres	155	21,3%	(18,3-24,6)	51	7%	(5,1-8,9)
Mujeres	168	32,4%	(28,3-36,6)	50	9,7%	(7-12,3)
Por grupos de edad						
18 y 34	56	16,3%	(12,3-20,4)	36	10,5%	(7,1-13,9)
35 y 54	131	29%	(24,7-33,3)	36	8%	(5,4-10,6)
55 y 75	107	31,4%	(26,3-36,5)	23	6,7%	(3,9-9,6)
76 y 85	29	26,4%	(17,7-35,1)	6	5,5%	(0,8-10,2)

Características de las personas con dolor crónico

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

Variables	Categorías	N	%
DOLOR			
Duración del dolor crónico en años (N=318)	Media (DT) Mediana (RI)	5,7 (6,9) 3 (6)	
Causa diagnóstica del DC (puede haber más de una)	Artrosis Osteoporosis Dolor cervical Dolor lumbar Traumatismo Migraña y otros dolores de cabeza crónicos Dolor relacionado intervención quirúrgica Artritis Ciática Contracturas musculares Cáncer Hombro Fibromialgia Neuropatía diabética u otras neuropatías Síndrome del túnel carpiano Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa Dismenorrea / Endometriosis Hernias discales Desconoce la causa patológica	109 109 144 184 52 101 46 65 82 160 14 92 44 26 33 20 4 2 89	33,7% 33,7% 44,6% 57% 16,1% 31,3% 14,2% 20,1% 25,4% 49,5% 4,3% 28,5% 13,6% 8% 10,2% 6,2% 1,2% 0,6% 27,6%

Donde se localiza el dolor que más afecta (N=323)	Es un dolor generalizado	49	15,1%
	Cabeza	35	10,8%
	Cuello (cervicales)	39	12,1%
	Espalda	79	24,5%
	Extremidades y/o articulaciones	100	31%
	Pecho	1	0,3%
	Abdomen	16	5%
	Otro	4	1,2%
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	222	68,7%
	No	101	31,3%
Intensidad del Dolor	Media (DT)	6,9 (1,7)	
	Mediana (RI)	7 (2)	
	Nada (0)	1	0,3%
	Muy poco o poco (1-3)	12	3,7%
	Moderado (4-6)	106	32,8%
	Mucho (7-9)	188	58,2%
Insoportable (10)	16	5%	
CONSECUENCIAS DC			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse	Sí, mucho	19	5,9%
	Sí, algo	75	23,2%
	No, no las he limitado	229	70,9%
Sentarse	Sí, mucho	51	15,8%
	Sí, algo	127	39,3%
	No, no las he limitado	145	44,9%
Levantarse de una silla o de la cama	Sí, mucho	66	20,4%
	Sí, algo	142	44%
	No, no las he limitado	115	35,6%
Acostarse	Sí, mucho	44	13,6%
	Sí, algo	134	41,5%
	No, no las he limitado	145	44,9%
Vestirse y desvestirse	Sí, mucho	29	9%
	Sí, algo	141	43,7%
	No, no las he limitado	153	47,4%
Ir al baño	Sí, mucho	26	8%
	Sí, algo	84	26%
	No, no las he limitado	213	65,9%
Ducharse o bañarse	Sí, mucho	28	8,7%
	Sí, algo	97	30%
	No, no las he limitado	198	61,3%
Otras (N=257)	Sí, mucho	36	14%
	Sí, algo	37	14,4%
	No, no las he limitado	184	71,6%
Baja laboral a causa del dolor (N=295)	Sí	91	30,8%
	No	204	69,2%
Tiempo Baja laboral (Meses) (N=91) (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Media (DT)	4,5 (4,4)	
	Mediana (RI)	3 (6)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (N=91) (sólo los que ha respondido sí en la pregunta de baja laboral a causa del dolor)	Sí, lo tuve que dejar	29	31,9%
	Sí, cambié de puesto	14	15,4%
	No	48	52,7%

USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí No	141 182	43,7% 56,3%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria <i>(contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=141)</i>	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más	18 71 30 22	12,8% 50,4% 21,3% 15,6%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=141)</i>	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más	50 53 15 23	35,5% 37,6% 10,6% 16,3%
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S.) (N=141)</i> <i>(puede haber más de una)</i>	Unidad del dolor Rehabilitación Traumatología Reumatología Neurología Medicina Interna Oncología Neurocirugía Fisioterapia Otras	34 42 73 34 30 41 10 18 48 7	24,1% 29,8% 51,8% 24,1% 21,3% 29,1% 7,1% 12,8% 34% 2,2%
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses) (N=33) <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta Unidad. De dolor)</i>	Media (DT) Mediana (RI)	12,3 (11,5) 12 (23,3)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=141)</i>	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más	106 15 11 9	75,2% 10,6% 7,8% 6,4%
Frecuencia con la que acude a Urgencias <i>(contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=141)</i>	Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces o más	66 42 17 16	46,8% 29,8% 12,1% 11,3%
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.			

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

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

Variables	Categorías	Sin dolor		Dolor Continuo		Dolor crónico		p-Valor
		N	%	N	%	N	%	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS								
Edad	18-34	251	30,6%	36	35,6%	56	17,3%	<0,001 ^a
	35-54	284	34,6%	36	35,6%	131	40,6%	
	55-75	34.6	25,7%	23	22,8%	107	33,1%	
	76-85	211	9,1%	6	5,9%	29	9%	
Edad	Media (DT)	47,4 (17,2)		44,3 (16,9)		50,6 (15,8)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	45 (29)		44 (27)		51 (21)		
Sexo	Hombre	521	63,5%	51	50,5%	155	48%	<0,001 ^a
	Mujer	300	36,5%	50	49,5%	168	52%	
Nivel de estudios	Sin Estudios	11	1,3%	1	1%	6	1,9%	0,088 ^a
	Estudios Primarios	44	5,4%	8	7,9%	22	6,8%	
	Estudios Secundarios	171	20,8%	25	24,8%	61	18,9%	
	Formación Profesional	189	23%	26	25,7%	104	32,2%	
	Estudios universitarios	404	49,2%	41	40,6%	129	39,9%	
	No contesta	2	0,2%	0	0%	1	0,3%	
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	467	56,9%	52	51,5%	156	48,3%	<0,001 ^a
	Estoy en paro	99	12,1%	13	12,9%	49	15,2%	
	Estoy Jubilado/retirado	163	19,9%	18	17,8%	69	21,4%	
	Tengo la incapacidad laboral permanente	7	0,9%	1	1%	18	5,6%	
	Estoy estudiando	49	6%	8	7,9%	13	4%	
	Trabajo doméstico no remunerado	36	4,4%	9	8,9%	18	5,6%	
Baja Laboral por cualquier causa (N=675) (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	99	21,2%	18	34,6%	68	43,6%	<0,001 ^a
	No	368	78,8%	34	65,4%	88	56,4%	
USO SISTEMA SANITARIO								
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	259	31,5%	68	67,3%	195	60,4%	<0,001 ^a
	No	562	68,5%	33	32,7%	128	39,6%	
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior) (N=522)	Ninguna vez	54	20,8%	8	11,8%	19	9,7%	<0,001 ^a
	1 vez	156	60,2%	37	54,4%	101	51,8%	
	2 veces	27	10,4%	16	23,5%	47	24,1%	
	3 veces o más	22	8,5%	7	10,3%	28	14,4%	

Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=522)	Ninguna vez	115	44,4%	31	45,6%	58	29,7%	<0,001 ^a
	1 vez	114	44%	25	36,8%	86	44,1%	
	2 veces	20	7,7%	2	2,9%	26	13,3%	
	3 veces o más	10	3,9%	10	14,7%	25	12,8%	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=522)	Ninguna vez	219	84,6%	51	75%	149	76,4%	0,002 ^a
	1 vez	33	12,7%	8	11,8%	21	10,8%	
	2 veces	3	1,2%	4	5,9%	7	3,6%	
	3 veces o más	4	1,5%	5	7,4%	18	9,2%	
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S) (N=522)	Ninguna vez	175	67,6%	34	50%	111	56,9%	<0,001 ^a
	1 vez	74	28,6%	25	36,8%	50	25,6%	
	2 veces	6	2,3%	5	7,4%	12	6,2%	
	3 veces o más	4	1,5%	4	5,9%	22	11,3%	
Estado de Salud								
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	51,4 (6,9)		46 (8,4)		37,4 (10,4)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	52,6 (8,3)		47,2 (10,8)		38,2 (15,6)		
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	48,4 (10,6)		44,7 (11,9)		41,8 (11,5)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	49,9 (15,3)		45,4 (16,4)		40,7 (16,5)		
HADS-Depresión	Media (DT)	4,1 (3,7)		5,5 (4)		7,3 (4,4)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	3 (5)		5 (7)		7 (6)		
	No Caso	665	81%	69	68,3%	168	52%	<0,001 ^a
	Caso dudoso	95	11,6%	15	14,9%	83	25,7%	
Caso	61	7,4%	17	16,8%	72	22,3%		
HADS-Ansiedad	Media (DT)	4,8 (3,8)		6,8 (4,2)		8,3 (4,4)		<0,001 ^b
	Mediana (RI)	4 (6)		6 (8)		8 (6)		
	No Caso	613	74,7%	59	58,4%	142	44%	<0,001 ^a
	Caso dudoso	136	16,6%	17	16,8%	87	26,9%	
Caso	72	8,8%	25	24,8%	94	29,1%		
Limitaciones vida diaria: Alimentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	37	4,5%	3	3%	22	6,8%	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	31	3,8%	5	5%	17	5,3%	
	Sí alguna dificultad	38	4,6%	15	14,9%	50	15,5%	
	No, ninguna dificultad	715	87,1%	78	77,2%	234	72,4%	
Limitaciones vida diaria: Sentarse	No puedo hacerlo por mí mismo	32	3,9%	3	3%	13	4%	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	15	1,8%	3	3%	23	7,1%	
	Sí alguna dificultad	40	4,9%	13	12,9%	121	37,5%	
	No, ninguna dificultad	734	89,4%	82	81,2%	166	51,4%	
Limitaciones vida diaria: Levantarse de una silla o de la cama	No puedo hacerlo por mí mismo	30	3,7%	2	2%	13	4%	<0,001 ^a
	Sí, mucha dificultad	20	2,4%	3	3%	49	15,2%	
	Sí alguna dificultad	84	10,2%	24	23,8%	136	42,1%	
	No, ninguna dificultad	687	83,7%	72	71,3%	125	38,7%	

Limitaciones vida diaria: Acostarse	No puedo hacerlo por mí mismo Sí, mucha dificultad Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	30 19 56 716	3,7% 2,3% 6,8% 87,2%	3 3 14 81	3% 3% 13,9% 80,2%	12 27 114 170	3,7% 8,4% 35,3% 52,6%	<0,001 ^a
Limitaciones vida diaria: Vestirse y desvestirse	No puedo hacerlo por mí mismo Sí, mucha dificultad Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	34 18 38 731	4,1% 2,2% 4,6% 89%	3 5 16 77	3% 5% 15,8% 76,2%	16 29 115 163	5% 9% 35,6% 50,5%	<0,001 ^a
Limitaciones vida diaria: Ir al baño	No puedo hacerlo por mí mismo Sí, mucha dificultad Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	31 14 42 734	3,8% 1,7% 5,1% 89,4%	2 0 18 81	2% 0% 17,8% 80,2%	14 25 76 208	4,3% 7,7% 23,5% 64,4%	<0,001 ^a
Limitaciones vida diaria: Ducharse o bañarse	No puedo hacerlo por mí mismo Sí, mucha dificultad Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	36 17 26 742	4,4% 2,1% 3,2% 90,4%	1 2 15 83	1% 2% 14,9% 82,2%	18 31 86 188	5,6% 9,6% 26,6% 58,2%	<0,001 ^a
Limitaciones vida diaria: Otra	No puedo hacerlo por mí mismo Sí, mucha dificultad Sí alguna dificultad No, ninguna dificultad	32 15 53 721	3,9% 1,8% 6,5% 87,8%	2 1 13 85	2% 1% 12,9% 84,2%	18 23 75 207	5,6% 7,1% 23,2% 64,1%	<0,001 ^a
Recibe ayuda familiar, social de entidades para:	Alimentarse (N=59) Sentarse (N=67) Levantarse de una silla o de la cama (N=73) Acostarse (N=71) Vestirse y desvestirse (N=81) Ir al baño (N=65) Ducharse o bañarse (N=76)	27 24 26 28 23 32 32	3,3% 2,9% 3,2% 3,4% 2,8% 3,9% 3,9%	6 6 9 9 10 5 7	5,9% 5,9% 8,9% 8,9% 9,9% 5% 6,9%	26 37 38 34 48 28 37	8,2% 11,5% 11,8% 10,5% 14,9% 8,7% 11,5%	0,002 ^a <0,001 ^a <0,001 ^a <0,001 ^a <0,001 ^a 0,005 ^a <0,001 ^a
Apoyo social: DUKE	Media (DT) Mediana (RI)	41,8 (10,2) 44 (16)		39,7 (10) 41 (15)		36,4 (11,5) 36 (18)		<0,001 ^b
Puntuación (11-55) <i>Menor puntuación menor apoyo</i>	Apoyo social percibido bajo Apoyo normal	133 688	16,2% 83,8%	19 82	18,8% 81,2%	103 220	31,9% 68,1%	<0,001 ^a
DT: Desviación típica; RI: Rango intercuartílico.								
^a Chi-cuadrado de Pearson; ^b Kruskal-Wallis; ^c Razón de Verosimilitud								

