

Opiniones y Actitudes

Percepciones sociales del dolor

Lourdes Biedma Velázquez
M.^a Isabel García Rodríguez
Rafael Serrano del Rosal

77



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES
E IGUALDAD

CIS

Centro de Investigaciones Sociológicas



Resumen

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como «una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicha lesión». Esta definición viene a mostrar que el dolor es un concepto tremendamente complejo en el que, además del evidente hecho biológico, intervienen aspectos psicológicos, emocionales, sociales y culturales. El dolor, además, ha sido interpretado de forma diferente a lo largo de la historia. No obstante, la perspectiva social ha sido bastante descuidada, encontrando muy pocas referencias a la influencia de los factores sociales y culturales en el dolor.

Nuestro objetivo ha sido conocer cómo se asocian determinadas características sociales sobre el dolor, analizando la vivencia del mismo, sus diferentes significados sociales, y su sentido y legitimidad en relación con su naturaleza. Es decir, abordar la aproximación social a la experiencia de dolor, su construcción social y su percepción en la población española.

Para ello se realizó un estudio basado en encuesta con una muestra de 2.500 personas, residentes en España, de 18 años o más, a partir de un muestreo polietápico estratificado por conglomerados, a través de CAPI.

Como resultados de especial interés podemos resaltar la clasificación del dolor en tipologías y el análisis del perfil social de la población en cada una de ellas. Pero, sobre todo, la clara necesidad de profundizar más en el estudio del dolor desde una perspectiva social para comprender de forma más

completa este fenómeno, complementando la visión biológica, psicológica e histórico-cultural del mismo.

LOURDES BIEDMA VELÁZQUEZ es licenciada en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad de Granada. Desde 2003 trabaja en diversos proyectos de investigación en el ámbito de la sociología de la salud y de la evaluación de políticas públicas en el IESA-CSIC. Sus áreas de interés y especialización son las políticas de bienestar, la sociología de la salud, así como las técnicas de investigación social. Actualmente trabaja en el estudio de la percepción social del dolor dentro de la línea de investigación «Identidad social, bienestar subjetivo y comportamiento humano». Cuenta con numerosas publicaciones tanto nacionales como internacionales.

M.^a ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ es doctora en Sociología y técnica de investigación en el IESA-CSIC. Ha dirigido y participado en numerosos proyectos de investigación sobre evaluación de políticas públicas, pobreza y exclusión social, Estado del bienestar y políticas de desfamilización. Actualmente forma parte de la línea de investigación dedicada a «Identidad social, bienestar subjetivo y comportamiento humano», en la que analiza cuestiones relacionadas con el género y la percepción y la construcción social del dolor. Cuenta con numerosas publicaciones y es profesora externa de máster en la Universidad de Jaén.

RAFAEL SERRANO DEL ROSAL es doctor en Ciencias Políticas y Sociología e investigador científico del CSIC. En el año 2017 asumió la dirección del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), donde también es el responsable de

una de sus cuatro líneas de investigación, en concreto la dedicada a «Identidad social, bienestar subjetivo y comportamiento humano». Su trabajo e intereses científicos se han centrado en la confluencia de tres ámbitos de investigación: a) diseño, análisis y evaluación de políticas públicas, b) bienestar subjetivo y satisfacción, y c) sociología de la salud. Actualmente tiene investigaciones sobre percepción social del dolor, y sobre los derechos de salida y el proceso de fin de vida. En todos estos campos ha dirigido múltiples proyectos de investigación y publicado sus resultados en revistas y editoriales especializadas tanto nacionales como internacionales.

OPINIONES Y ACTITUDES

N.º 77

PERCEPCIONES SOCIALES DEL DOLOR

Lourdes Biedma Velázquez
M.^a Isabel García Rodríguez
Rafael Serrano del Rosal

Consejo Editorial de la colección Opiniones y Actitudes

DIRECTOR

José Félix Tezanos Tortajada, *Presidente del CIS*

CONSEJEROS

Antonio Alaminos Chica (UA); Luis Enrique Alonso Benito (UAM); Antonio Álvarez Sousa (UDC); Antonio Ariño Villarroya (UV); Ángel Belzunegui Eraso (URV); Joaquim Brugué Torruella (UAB); Verónica Díaz Moreno (UNED); Arantxa Elizondo Lopetegui (UPV); Javier de Esteban Curiel (CIS); José Ramón Flecha García (UB); Margarita Gómez Reino (UNED); Carmen González Enríquez (UNED); Gonzalo Herranz de Rafael (UAL); Alicia Kaufmann Hahn (UAH); Lourdes López Nieto (UNED); Antonio López Peláez (UNED); Araceli Mateos Díaz (CIS); Almudena Moreno Mínguez (UVA); Gregorio Rodríguez Cabrero (UAH); Olga Salido Cortés (UCM); Bernabé Sarabia Heydrich (UPNA); Eva Sotomayor Morales (CIS); Benjamín Tejerina Montaña (UPV); Antonio Trinidad Requena (UGR)

SECRETARIA

M.^a Rosario H. Sánchez Morales, *Directora del Departamento de Publicaciones y Fomento de la Investigación del CIS*

Biedma Velázquez, Lourdes

Las percepciones sociales del dolor / Lourdes Biedma Velázquez, M.^a Isabel García Rodríguez, Rafael Serrano del Rosal. – Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2019

1. Sociología de la salud 2. Dolor
316:61

Las normas editoriales y las instrucciones para los autores pueden consultarse en:
<http://www.cis.es/publicaciones/OyA/>

Las opiniones publicadas por los autores en esta colección son de su exclusiva responsabilidad.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

COLECCIÓN «OPINIONES Y ACTITUDES», NÚM. 77

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Primera edición, julio de 2019

© Centro de Investigaciones Sociológicas
Montalbán, 8 - 28014 MADRID
Tels.: 91 580 76 07 - 91 580 76 00

© Lourdes Biedma Velázquez, M.^a Isabel García Rodríguez y Rafael Serrano del Rosa

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

NIPO (papel): 045-19-015-2; (electrónico/pdf): 045-19-016-8; (electrónico/epub): 045-19-017-3

ISBN (papel): 978-84-7476-797-1; (electrónico): 978-84-7476-798-8

Depósito Legal: M-25628-2019

Fotocomposición: J. A. DISEÑO EDITORIAL, S.L. - www.jadiseno.es

Índice

1. MARCO CONCEPTUAL Y ANALÍTICO DE LA INVESTIGACIÓN
 - 1.1. Definición y estudio del dolor
 - 1.2. El dolor como fenómeno social
 - 1.3. Medición del dolor
 - 1.4. Objetivos, material y métodos
2. CARACTERIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL DOLOR
 - 2.1. Dolor de referencia y sus causas
 - 2.2. Descripción del dolor
3. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR
 - 3.1. Según su origen
 - 3.2. Según su duración
 - 3.3. Según su intensidad
4. ELEMENTOS COADYUVANTES CON EL DOLOR
 - 4.1. Características sociodemográficas
 - 4.2. Estilo de vida y estado de salud general
 - 4.3. Vida social, bienestar y personalidad
 - 4.4. Temores futuros y creencias religiosas
5. ELEMENTOS SOCIALES DEL DOLOR
 - 5.1. Empatía y legitimidad social del dolor
 - 5.2. Significados sociales del dolor
 - 5.3. Afrontamiento del dolor

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

CUESTIONARIO

FICHA TÉCNICA

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Introducción¹

El dolor es un fenómeno social cuyo sentido e interpretación han ido cambiando a lo largo del tiempo, así como las formas de conceptualizarlo y de abordarlo. Desde el punto de vista académico, el lugar que ocupa el dolor como objeto de estudio también ha cambiado, de modo que a las perspectivas biomédicas se han ido sumando otras que, alumbradas desde diferentes disciplinas, han completado su análisis, y entre ellas se encuentra la sociología.

No obstante, es honesto reconocer que, fundamentalmente desde la investigación sociológica de base empírica, los escasos trabajos que han tratado el dolor se han centrado sobre todo en las consecuencias sociales del padecimiento doloroso, ya sea en la familia, en el ámbito laboral o en otros; siendo casi inexistentes los que se centran en el dolor en sí mismo, es decir, en su dimensión social. Es más, no sería arriesgado decir que muchos de los trabajos que se acercan a esta dimensión social del dolor no se han hecho desde la sociología, a veces ni siquiera desde disciplinas afines del ámbito social, sino desde otros marcos analíticos y disciplinares. Desde nuestro punto de vista, y como trataremos de mostrar a lo largo de esta obra, el estudio del dolor desde una perspectiva social es y debe de ser objeto de estudio de las ciencias sociales en general y de la sociología en particular, ya que contamos tanto con las herramientas como con los enfoques teóricos y metodológicos

¹ Anonimizado.

adecuados para hacerlo. La encuesta que aporta los microdatos, que en parte se describirán y analizarán en este número de Opiniones y Actitudes, es una encuesta pionera en España y en los países de nuestro entorno, no solo por la temática que aborda, la percepción social del dolor, sino también, como se podrá comprobar, por la forma de hacerlo. Por todo ello, esperamos que esta obra suponga un primer paso en el desarrollo y profundización de un ámbito de estudio de la realidad social de suma importancia y sobre el que aún quedan muchas cosas por saber, más si cabe desde su dimensión social.

La obra que tienen ustedes en sus manos se ha centrado en la percepción social que tiene la población residente en España sobre el dolor. En ella se trata de ofrecer una fotografía sobre diferentes aspectos sociales que afectan, modelan, coadyuvan o incluso determinan la vivencia del dolor, su forma de entenderlo, su legitimidad o su propia existencia. Con este objetivo la obra se ha estructurado de la siguiente forma. En el capítulo primero, se justificará la pertinencia e importancia del estudio social del dolor, analizando su definición más extendida y realizando un sintético repaso teórico que sirva para contextualizar el dolor como fenómeno social. Hecho esto, se presentarán los objetivos que nos planteamos al realizar la investigación y cuyos principales resultados se están presentando, y se dará cuenta de la metodología utilizada para alcanzarlos. Los siguientes capítulos tendrán por objeto describir y analizar los resultados que en este primer acercamiento se han considerado más relevantes. En concreto, en el capítulo segundo se abordará el dolor vivido por la población adulta residente en España, profundizando en la autopercepción de sus causas, así como en su descripción. En el capítulo tercero se realizará

una clasificación analítica del dolor atendiendo a tres elementos clave: origen, duración e intensidad. El cuarto capítulo tratará sobre elementos que coadyuvan al dolor, como son determinadas características sociodemográficas, socioculturales o sociosanitarias, como, por ejemplo, el sexo, la edad, la forma de vivirlo, el estilo de vida, las relaciones sociales y la satisfacción personal, los temores futuros y las creencias religiosas o el índice de masa corporal. En el capítulo quinto se abordan una serie de cuestiones que, medidas en el cuestionario, nos facilitan comprender la naturaleza social e/o intersubjetiva del dolor, como son la empatía, los significados compartidos o la forma en que se afronta. Culmina la presentación y análisis de resultados el capítulo sexto, cuyo objetivo es dar cuenta de las principales conclusiones que pueden extraerse de lo anteriormente expuesto.

En el resto de apartados de este trabajo podrá encontrar todas las referencias bibliográficas que se han citado en la elaboración del texto, así como el cuestionario completo que se utilizó, y la ficha técnica del estudio.

1. Marco conceptual y analítico de la investigación

Toda investigación empírica debe estar orientada por un marco teórico-conceptual que ayude a comprender qué vamos a tratar de medir, sobre qué fenómeno vamos a recabar información, y para qué lo hacemos: a qué fenómeno tratamos de contribuir. Esta obra, lejos de estar exenta de dicho precepto normativo, está aún más obligada, ya que el objeto de estudio que aborda, el dolor, su dimensión social, no es de conocimiento común, y por ende, tanto el diseño de la investigación como el análisis de los resultados solo pueden valorarse correctamente si, aunque sea de forma sintética, se define, justifica y enmarca teóricamente nuestro objeto de estudio y se explicitan las características técnicas de recogida de la información. A ello dedicaremos los siguientes apartados.

1.1. Definición y estudio del dolor

El dolor es un concepto de uso común, y al mismo tiempo encierra una gran complejidad que hace difícil definirlo. Para hacerse una idea de esta dificultad les vamos a pedir que hagan un pequeño y sencillo ejercicio: párense un momento y traten de definir el dolor, de forma genérica. ¿Les ha resultado fácil? Pregúntenle a una persona cercana, y observen si la definición es similar o diferente. En este mismo sentido Rob Boddice se pregunta: ¿qué es el dolor?, y plantea que, aunque parece evidente que la gente lo sabe, pues es difícil no haber sufrido

dolor a lo largo de la vida, ya sea un dolor agudo (causado por una herida, quemadura, etc.) o un dolor crónico o producido por una enfermedad o el tratamiento de la misma de más larga duración, esto no supone que sea fácil definirlo, siendo también una ardua tarea describirlo cuando se padece (Boddice, 2017).

Un reflejo de esta misma complejidad se observa también en el ámbito académico, en el que se han generado múltiples definiciones a lo largo de la historia, así como gran dificultad para delimitar el concepto (López, 1996), lo que ha llevado a debates que continúan hoy.

El primer problema, por tanto, es saber de qué estamos hablando cuando hablamos de dolor. En el ámbito del lenguaje común, la Real Academia de la Lengua Española define el dolor (del latín *dolor-oris*), como «sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» como primera acepción, y como «sentimiento de pena o congoja», en segunda; asumiendo que el dolor no es por tanto algo únicamente físico. Para algunos autores/as, en esta amplitud descriptiva del término, incluso en el lenguaje común, estaría el principal escollo de su abordaje, considerando que es necesario distinguir entre dolor y sufrimiento, y asumiendo por tanto que son cosas diferentes, de forma que cuando hablan de dolor dejan fuera la segunda acepción, eso que llaman sufrimiento. Para esta corriente de pensamiento solo debe entenderse el dolor como «una percepción desagradable que se genera y se transmite de forma bastante similar en todos los individuos» (Goya y Martín, 2010), asumiendo también en cierto modo que la diferente forma de percibir y reaccionar ante el dolor se debe a los condicionantes externos (aspectos emocionales,

expectativas previas, aspectos culturales, costumbres sociales, creencias religiosas, nivel cultural, etc.).

Desde la perspectiva fisiopatológica² el dolor es una sensación desagradable que se activa como mecanismo de evitación, con carácter alarmante. La percepción del dolor se produce por la estimulación de distintas áreas del sistema nervioso central, a través de nociceptores. Un estímulo nocivo activa estas vías con la finalidad de alertar de un peligro y proteger al organismo, ya sea evitando el daño (quitando el dedo de la superficie caliente que quema), ya sea alertando de que alguna parte de nuestro cuerpo no funciona de forma adecuada (síntoma de enfermedad). Bajo esta perspectiva de análisis del dolor se trata de explicar también su modulación, su diferente percepción con diversos factores que pueden influir en la transmisión del estímulo y en la percepción del dolor en respuesta a estímulos similares. Así, desde esta interpretación del dolor, estrechamente ligada con la fisiología y la práctica de la medicina, se llega a la conclusión de que la modulación del dolor es un proceso tan complejo que difícilmente dos personas lo vivirán de igual forma aunque el estímulo sea similar, e incluso en una misma persona, distintas circunstancias y momentos harán que se

² Desde un punto de vista fisiopatológico el dolor se puede dividir en dolor nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo es el dolor producido por la activación de los nociceptores debida a estímulos mecánicos, térmicos o químicos. El dolor neuropático se define, según la IASP, como el causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso (IASP, 1994).

viva de forma desigual, especialmente si se trata de dolores de larga duración, dolores crónicos. Por su parte, también es habitual definir el dolor como una experiencia perceptiva con tres dimensiones: una sensorial, otra afectiva y una tercera cognitiva (Melzack y Cassey, 1968). Ello supone tener presente que la forma en que la persona evalúa su dolor y el significado personal y social que le confiere afectan al mismo. Desde esta otra concepción, las creencias previas sobre el dolor afectan a la forma de vivirlo, a las expectativas sobre su duración, o a la forma de afrontarlo, entre otros elementos (Jensen *et al.*, 1991; Camacho y Anarte, 2001).

Todo ello nos ayuda a entender que si dos personas no perciben el dolor de forma similar, entendiendo el dolor en su concepción más fisiológica, mucho menos van a vivirlo de forma análoga si ampliamos el concepto a su segunda acepción más arriba comentada, e incluimos la percepción como el elemento que lo define.

Con base en la complejidad esbozada y en la necesidad de partir de un concepto suficientemente amplio y aceptado del dolor en la actualidad, se ha tomado la decisión de acudir al que propone la asociación de expertos más reconocida y de mayor influencia en la actualidad: la IASP (International Association for the Study of Pain). Esta define el dolor como «una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicha lesión». En esta definición se señala con claridad que el dolor es una experiencia y, por tanto, pertenece a ese tipo de conocimiento que es procedimental y no factual, es decir, al que se llega empíricamente por la experiencia y que, por ende, es siempre también

personal y subjetivo, lo que explica de hecho que su evaluación y medición han resultado históricamente muy difíciles: siendo bastante infructuosos los intentos de estandarizar y cuantificar el dolor. No obstante, también sabemos, fundamentalmente por la experiencia clínica, que, a pesar de ser una experiencia y que tiene como base percepciones, necesariamente subjetivas, podemos comprender cómo empatizar con el dolor ajeno, y esto nos revela, como veremos más adelante, su carácter intersubjetivo, su carácter social.

No obstante, esta definición tampoco está exenta de problemas y críticas, principalmente por el hecho de que se basa en la existencia de una «lesión» (aunque no sea real), que no estaría en la base del sufrimiento producido por determinados dolores crónicos (Boddice, 2017). En este sentido, las prácticas sadomasoquistas son un ejemplo interesante para la reflexión puesto que son prácticas dolorosas que se interpretan y definen como placer, siendo obviamente diferente si estas prácticas se interpretaran como dolor o se asociaran al miedo o la ansiedad; por lo que el dolor erotizado de esta forma no puede compararse con otros tipos de dolor. También se critica por este y otros/as especialistas que se dejen fuera de la definición las llamadas «heridas del corazón», que producen el mismo dolor que una herida corporal, y que según él son el reflejo de la tradicional división cuerpo/mente, que sigue estando en la base de la definición aportada por la IASP. Se reivindica desde esta postura una definición que englobe el dolor emocional en el estudio general del dolor.

Cada vez son más las voces que manifiestan la ineficaz diferenciación entre cuerpo/mente, y asumen que dolor físico y

emocional no solo tienen componentes similares, sino que se manifiestan de forma conjunta en muchas ocasiones. Se ha estudiado por la neurología cómo los sistemas opioides endógenos del cerebro que se ponen en marcha son los mismos ante un dolor físico que ante las imágenes de un dolor sufrido por otras personas, es decir, ante un dolor por empatía, un dolor ajeno (Haskell, 1985), y que estos mecanismos están muy influidos por el contexto, por las definiciones e interpretaciones contextuales.

Para terminar de complejizar la definición del objeto de estudio que nos atañe presentamos una última definición más pragmática que erudita que asume que «dolor es todo aquello que un paciente dice que le duele» (Goya y Martín, 2010). Nos parece relevante incluir esta definición por cuanto es la que finalmente se utiliza en la práctica clínica y porque asumimos que las personas tienen capacidad para nombrar sus emociones y sensaciones corporales, a pesar de la dificultad que les pueda suponer. Se asume que si una persona dice sentir un dolor, sea este de origen fisiológico (una herida, una quemadura, una enfermedad, etc.), de origen psicológico o emocional (angustia, pena, desamor, etc.), o incluso si su origen es desconocido (la persona no sabe qué le ocurre y tampoco la ciencia médica lo diagnostica), hay que considerarlo siempre como una realidad, con independencia de todo lo demás, puesto que la persona así lo percibe y lo identifica. Claro está que ello genera cierta angustia en el personal experto, más aún en el clínico, que a buen seguro se sentiría más cómodo si hubiera siempre una base física, objetiva y medible del dolor, lo que en cierto modo está en la base de la consuetudinaria y arraigada diferenciación entre dolor y sufrimiento, que como se observa incluso en la definición de la IASP no se sostiene.

Por todo lo expuesto, se aboga por un conocimiento multidisciplinar del dolor que muestre su naturaleza fluida (Pergolizzi, 2011). La complejidad del dolor hace que sea un objeto de estudio complejo de investigar, reto que actualmente se trata de solventar mediante estudios basados en algún modelo de base «biopsicosocial», que vincule cuerpo, mente y contexto social. Esta multidimensionalidad que hoy parece evidente no siempre lo ha sido. En un pasado no tan lejano, que en ocasiones se repite hoy, un dolor que no encuentra una explicación de base nociceptiva, un elemento físico que lo motive, se ha considerado un «dolor falso», inventado por la persona de forma consciente o inconscientemente, creado por la mente de la población. Hoy, sin embargo, desde un concepto más integrador del dolor, aquello que la persona dice que le duele se asume como cierto con independencia de su origen. De hecho, es interesante conocer en este sentido que ya existen estudios neurológicos que han constatado que la actividad cerebral relacionada con el dolor emocional, vinculado, por ejemplo, a la exclusión, el desamor o el duelo, es similar a la que se desarrolla ante un dolor físico (Eisenberger, 2003), por lo que, *a priori*, la tradicional separación entre dolores de origen físico y psicológico o emocional no parece justificarse tampoco por esta vía.

Además, diversos estudios han mostrado que no existe una correlación absoluta entre experiencia y estimulación nerviosa. Aunque se hable de «nociceptores», las señales que llegan al cerebro deben ser interpretadas por el mismo (González, 2013), y este acumula una experiencia que afecta a dicha interpretación del fenómeno doloroso. De hecho, se cuestiona el propio concepto de «nocicepción», al menos en su vincu-

lación directa con el dolor a través de los «nociceptores» o receptores del dolor. Asumiendo lo anterior, Boddice explica que el dolor de un dedo quemado, por ejemplo, solo llega una vez que la persona se da cuenta de lo que ha sucedido, y del mismo modo, sin esta consciencia, el dolor puede no sentirse, como ocurre a algunas personas víctimas de accidentes automovilísticos. Si a esto se añade el dolor sin causa aparente, el dolor crónico, el dolor emocional, el concepto de nocicepción debe ser revisado, más aún si se utiliza para volver sobre el dualismo cuerpo/mente que niega la interrelación entre estos dos elementos (Boddice, 2017).

En este sentido, la teoría de la puerta de control desarrollada por Melzack y Wall en 1965 supuso incluir la interpretación del cerebro sobre la lesión, lo que permitía explicar casos que hasta el momento no eran comprendidos, ampliando la comprensión del dolor, pero sin explicar adecuadamente el dolor crónico. Aportó también algunas explicaciones sobre los «intensificadores del dolor», como la incertidumbre, el miedo, o los «moduladores» del mismo, como el consuelo, el conocimiento y la experiencia. También aparece el concepto de «atención» del dolor, que expone la idea de que percibimos aquel dolor al que prestamos atención. En este sentido, el componente afectivo o emocional del dolor supone siempre que este debe significar algo para la persona doliente: que se considere una experiencia de dolor (Morris, 1991; Wall, 2000).

De igual modo, el tratamiento del dolor también ha estado históricamente condicionado por la propia concepción y significado que se le ha atribuido. Así, por ejemplo, si se considera, como ha sido en alguna época o contexto, que el dolor

es algo no solo natural, sino incluso «bueno», ya sea porque nos acerca a Dios, o porque es un síntoma, una pista de que «algo funciona mal» y nos ayuda a diagnosticar la verdadera enfermedad, eliminarlo no solo no es una prioridad, sino que puede considerarse un error. Esto nos viene a confirmar que el contexto social afecta no solo al significado del dolor, sino también a la «política del dolor», a la forma en que los sistemas sanitarios responden ante un tema de salud como puede ser el dolor. Además, la farmacología y los tratamientos del dolor también son socialmente evaluados. Si se acepta que un determinado fármaco o tratamiento es útil para el alivio del dolor, es más probable que dicho tratamiento tenga efecto, que si socialmente se desprestigia o se pone en tela de juicio su eficacia. Es por todo ello que los tratamientos para paliar el dolor son también objeto de investigación social, ya que son al tiempo reflejo y causa de la sociedad donde surgen o se desarrollan.

A diferencia de otras épocas, la actual se caracteriza por la búsqueda de la eliminación del dolor, donde el personal médico, en particular, y la medicina, en general, han sido elevados por la sociedad occidental a la categoría de principales responsables de la eliminación del dolor y cuidado del enfermo/a. Actualmente se ha extendido la utilización de la anestesia y los analgésicos bajo la filosofía de que el dolor es en cierta forma inútil, estéril y degradante (Le Breton, 1999), y, como consecuencia, probablemente el umbral social de tolerancia al mismo ha disminuido. El dolor deja de ser un mero síntoma de que algo anda mal, y comienza a considerarse una enfermedad en sí mismo. La función de alarma del dolor pierde fuerza y se pretende vivir con el menor dolor posible.

Parte de este cambio se debe no solo a los avances y cambios anteriormente comentados, sino, sobre todo, a la ausencia de proporcionalidad entre dolor y situación que lo produce, lo cual ejemplifica con claridad el profesor Clemente Muriel (en Fundación Grünenthal, 2007, p. 11): «un grano de arena en un ojo, una neuralgia dentaria, causan un dolor cuya desproporción es enorme con el daño sufrido por el organismo. Por el contrario, la disolución de ciertos órganos esenciales para la vida, como el hígado en el cáncer hepático, se produce a menudo casi sin dolor». El dolor como elemento instrumental, como aliado del ser humano para hacer visible una enfermedad, queda en entredicho en múltiples ocasiones, poniendo de relieve que el dolor es mucho más. Además, tal como refiere Sánchez (2007, p. 57), «el dolor es un concepto procesual, en continua revisión, cuyo significado e implicaciones personales y sociales variará con el transcurso del tiempo». Y es en este tiempo en el que el dolor ha dejado de tener valor para constituirse en muchos casos en un «fracaso de la medicina», algo que evitar a toda costa, en un objeto de análisis y tratamiento en sí mismo.

1.2. El dolor como fenómeno social

Los humanos somos seres sociales, nos desarrollamos y vivimos con una serie de valores y normas culturales, en contacto con otros, y esto afecta a cómo vemos el mundo y cómo lo percibimos. Aunque el dolor es un fenómeno universal, hay importantes diferencias en la percepción, expresión y tolerancia del dolor debido a diversas características psicológicas y sociales (Miller y Newton, 2006). La experiencia dolorosa se

desarrolla en un contexto social que le confiere sentido, adquiriendo significado o siendo negado por el propio doliente, por el sistema sanitario y por la propia sociedad.

Como hemos visto en el apartado anterior, en el que se abordaba la definición del dolor, este debe entenderse como una experiencia compleja construida socialmente, ya que agrupa componentes físicos y anatómicos indiscutibles (Loeser y Melzack, 1999), y también componentes culturales y sociales, que hacen que se interprete desde distintas perspectivas (Kirmayer, 2008; Bendelow y Williams, 1995). Desde esta definición se entiende que en el dolor intervienen elementos psicológicos, educativos, culturales, y sociológicos, y que por tanto requiere de un estudio basado en la percepción subjetiva y contextual del mismo. El contexto se asocia tanto a la percepción del dolor como a la forma en que se aborda su sufrimiento o a la decisión de no padecerlo. Y esto es todavía más relevante en el contexto del dolor crónico, en el que parece existir cierto acuerdo entre los expertos sobre la necesidad de entender los elementos afectivos y socioculturales para poder definir el dolor (González, 2013). Cada vez más, los estudios en neurobiología recurren al contexto social y cultural de la persona para explicar sus investigaciones: plasticidad cerebral, neuronas espejo, epigenética, etc., son ejemplos de esta simbiosis, que también afecta a la investigación sobre dolor.

No obstante, en general, en el estudio del dolor existe cierta hegemonía del modelo biomédico, donde hay múltiples técnicas, terapias y fármacos para tratar de aliviar el dolor, aunque no siempre con los resultados deseados. No obstante, se ha analizado relativamente poco la subjetividad del dolor, y aún

menos la «sociabilidad» del dolor. Se considera que el dolor puede tener un origen físico, emocional y psíquico, pero sea cual sea su procedencia, su forma de manifestación estará condicionada por la cultura y por la sociedad en las que las personas han aprendido a visualizar e interpretar su dolor. Sin embargo, rara vez se analiza el contexto social de la persona que sufre, o las variables que pueden estar incidiendo en su interpretación, percepción e incluso intensidad. En parte, esta falta de atención a las respuestas sociales ante el dolor se debe sin duda a la dificultad de análisis, de contrastación empírica y al propio modelo «científico» que caracteriza las investigaciones médicas (Morris, 1991). Resulta difícil analizar los elementos sociales que se asocian con la percepción del dolor, que varían de una sociedad a otra, de un momento a otro, ya que la sociedad se encuentra en continuo cambio. No obstante, sin este análisis el conocimiento del dolor quedará incompleto, tanto en la interpretación de su significado como, por tanto, en las posibilidades de paliarlo.

Como decimos, desde la sociología se ha trabajado poco sobre el dolor, a pesar de que hay una tradición ya bastante consolidada, principalmente desde la década de los setenta del pasado siglo, en el estudio de las emociones, la percepción y el cuerpo. Desde este ámbito, que podríamos considerar afín al estudio del dolor (aunque este tenga particularidades que es necesario tener en cuenta), se busca comprender y explicar fenómenos que tienen un importante componente individual y de sujeto, y al mismo tiempo un componente intersubjetivo en el que inciden las estructuras y sistemas sociales. Desde esta perspectiva, ha existido una tradicional división entre la sociología del cuerpo y la sociología de las emociones. Scribano

(2012a) aboga por suprimir esta división, que adjetiva como «innecesaria», de ambos subcampos disciplinares. Para él, no es posible reflexionar sobre uno sin el otro, sobre el cuerpo sin la emoción o sobre la emoción sin el cuerpo. Podríamos decir que esta reflexión es esencial en el estudio del dolor. Cuerpo, emoción y dolor son conceptos construidos socialmente, y al mismo tiempo interconectados entre ellos. No podemos entender el dolor sin ubicarlo en el cuerpo o sin asignarle una emoción. Pero más allá de esta interconexión, hemos de entender que no son elementos que se puedan estudiar de forma separada para luego buscar sus conexiones y explicarlas. Intrínsecamente unidos, cuerpo y dolor son inseparables; dolor y emoción también, al igual que lo son cuerpo y emoción. El ser humano se autopercibe y es percibido en un cuerpo, y al tiempo, percepciones, sensaciones y emociones se ubican en un cuerpo, que sirve de vehículo de los sentidos orgánicos y sociales (Scribano, 2012b).

El dolor puede acomodarse en el campo de la sociología del cuerpo, al entender esta que existe una mediación sensorial en las interacciones sociales (Le Breton, 2002), que concibe, siguiendo, por ejemplo, a Georg Simmel, que los estímulos que el cuerpo recibe están condicionados por la pertenencia social del actor y por su sistema cultural. Al mismo tiempo puede ubicarse en el estudio de la sociología de los sentidos, que tiene en cuenta la experiencia corporal y la dimensión sensible de cualquier experiencia (Sabido, 2017).

En este sentido, el acercamiento sociológico al estudio del dolor trata de trascender la dicotomía cuerpo/mente, que se establece cuando se habla de percepción/sensación, que considera

la percepción como algo cognitivo, mientras la sensación sería fisiológica (Vaninni *et al.*, 2012). Percepción y sensación desde la perspectiva sociológica estarían estrechamente unidas, retroalimentándose, por cuanto los estímulos tienen que ser interpretados y son dotados de significado por la persona en un contexto social determinado. Así, sabemos que los recientes estudios en sociología de los sentidos describen la percepción como un fenómeno «multisensual, sensorial y cognitivo, relacional con el cuerpo, los otros y la cultura material, cultural, política y afectiva» (Sabido, 2017).

En esta misma línea, consideramos que la percepción es un hecho relacional, en el sentido simmeliano de que «el ser es un ser para otros, contra otros, frente a otros o con otros» (Sabino, 2017), entendiendo la percepción como un hecho intersubjetivo que requiere del otro para dotarlo de significado. La percepción es individual pero necesita ciertas condiciones sociales, concibiendo que para entender los sentidos corporales no podemos limitarnos a saber lo que las personas sienten, sino que hemos de conocer las formas sociales de sentir. En este sentido, la perspectiva relacional del dolor será la base del estudio sociológico de este fenómeno.

Ubicar el estudio del dolor dentro del estudio de la sociología de los sentidos se basa en el debate abierto sobre la diferencia entre sentidos internos y externos (Sabido, 2016; Vannini *et al.*, 2012). Entre los segundos estarían los cinco clásicos que nos acercan a lo que nos llega desde el exterior (vista, tacto, olfato, oído y gusto), mientras que con los primeros lograríamos la información sobre el interior de nuestro cuerpo (vestibular, nocicepción, propiocepción, equilibriocepción, kinestesia,

termocepción). El dolor se ubicaría dentro de la nocicepción, como un sentido interior más. Y más concretamente, habría que ubicar el dolor dentro del estudio de las percepciones en sentido amplio. Y aquí consideramos oportuno recuperar la visión de Maurice Merleau-Ponty, que plantea que la cultura está en el mismo acto de la percepción, pues el cuerpo perceptivo ha adquirido «esquemas perceptuales» que son culturales (Crossley, 1995), o de Le Breton, que igualmente señala que «lo que los hombres perciben no es lo real sino ya un mundo de significados» (Le Breton, 2007). También sería factible enlazar el estudio que nos ocupa con el concepto de «habitus» de Bourdieu, de modo que la percepción ha de entenderse como una serie de disposiciones perceptivas que llevan y son visibles a través de prácticas (Bourdieu, 1991).

En definitiva, el análisis sociológico del dolor implica que se tenga en cuenta que existen expectativas culturales y sociales que asocian dolor con determinados comportamientos, afrontamientos, expresiones corporales, sentimientos, etc. En este sentido hemos de entender que el dolor, de forma similar a la enfermedad, es un concepto construido socialmente, en el que se generan roles y expectativas sobre cómo debe comportarse el doliente. La realidad del dolor y lo simbólico de su significado son tan inseparables que el propio sistema sanitario puede contribuir a legitimar unos dolores y no otros, a convertir un dolor en enfermedad y otro en puro reflejo somático. Así, cuando el dolor se identifica con la enfermedad, este puede convertirse en un estado social, con un estatus determinado y bien establecido, consensuado socialmente. Por su lado, cumplir o incumplir las expectativas que el rol del sufriente tiene

puede estar en la base de la legitimidad social que obtenga la persona o el dolor mismo por parte del «colectivo».

Al mismo tiempo, tanto el dolor, como proceso al que toda persona busca encontrarle un sentido, un significado, como el tratamiento del mismo no pueden desvincularse del motivo que causa dicho dolor. No se percibe de igual forma un dolor crónico, motivado por una enfermedad que incapacite, que un dolor agudo y esporádico, con una curación más o menos rápida y resultados no inhabilitantes de forma grave (Biedma-Velázquez *et al.*, 2010). Cuando el dolor pierde su sentido (divino, moral, trascendente, sintomático, etc.), se desdibuja socialmente, se convierte en un problema, ya que no cumple una función clara y, además, aumenta la ansiedad asociada al mismo.

Todo ello afecta obviamente al propio rol de la persona enferma y a cómo manifiesta su dolor. Según este se sienta de legitimado para visualizarlo o no, en parte debido a la propia legitimación social de la enfermedad o situación que lo pudiera producir, será más o menos aceptado socialmente tratar de aliviar el sufrimiento que provoca. Desde el punto de vista teórico, los datos recabados en este estudio nos permiten analizar cómo se comportan los componentes sociales del dolor en diferentes poblaciones (mujeres y hombres, jóvenes y ancianos), y cómo repercuten dichas características en la experiencia misma del dolor. En resumen, cuando hablamos de experiencia de dolor hemos de entender que el dolor es compartido, expresado o no con palabras, gestos o expresiones, el dolor se sitúa frente a los demás y en relación con ellos.

1.3. Medición del dolor

Todo lo expuesto hasta el momento ayuda a comprender la dificultad de definir y medir el dolor que se aducía al comienzo de la obra, por cuanto se considera una sensación somática (Franco, 1999) que solo podemos conocer a través de la interpretación personal del que vive la experiencia dolorosa (Leriche, 1937), es decir, basada en la percepción subjetiva de la persona (Suvinen *et al.*, 2005) siendo por ello muy insatisfactorios los resultados alcanzados por los diferentes intentos de medir «objetivamente» dicha experiencia. Más aún, como se ha argumentado, desde una perspectiva sociológica, el dolor no solo estará condicionado por los elementos particulares del que sufre, es decir, por la percepción subjetiva del dolor, o lo que se ha llamado el «dolor privado» (Moscoso, 2002), sino también por los elementos sociales, el «dolor público», que igualmente identifica a la persona, e implica elementos educativos, culturales, sociales, políticos, etc.

A esto se suma que el dolor es un proceso complejo, que lleva a unas personas a evitarlo a toda costa, con un miedo «visceral» a padecerlo, mientras en otras coadyuvan circunstancias que lo hacen importante para la configuración de su propia identidad social e incluso las hay que en determinadas circunstancias disfrutan de forma «masoquista» con su presencia. Y en este hipotético continuo de situaciones se podría encuadrar el resto del espectro sufriente. Pero, al menos hoy, no es posible medir el dolor a través de un instrumento que nos permita conocer «objetivamente» la intensidad del mismo, su existencia o «inexistencia», la emoción que provoca, etc., más allá de la

propia manifestación de la persona. Podríamos decir que solo conocemos el «dolor autopercibido» pero sería redundante, por cuanto hemos dicho que la definición de dolor supone dicho reporte. Y a esto se han dedicado muchos estudiosos, a conocer cuál es el mejor método, la mejor herramienta para conocer «cuánto» le duele a la población.

Existen distintas escalas para tratar de medir el dolor (escala de Andersen, cuestionario de McGill, test de Latineen, cuestionario de Nottingham, test de Karnofsky, escala de dolor de Keele, escala numérica de Downie, escala visual analógica de Scott-Huskinson, etc.), incidiendo cada una de ellas en diferentes elementos. Estas mediciones del dolor se basan en valoraciones subjetivas del mismo (como, por ejemplo, la escala VAS, o el cuestionario de dolor de McGill: MPQ), valoraciones «objetivas» del dolor (basadas en un observador independiente, o en parámetros fisiológicos, o determinaciones bioquímicas), y valoraciones psicológicas (como el Psychosocial Pain Inventory, McGill Comprehensive Pain Questionnaire, diferentes pruebas psicométricas, etc.)³. En todos los casos se constata la dificultad de llegar a una medición general y/o global. Todo ello se debe a que el dolor conlleva una alta carga subjetiva, que, junto con la experiencia física, psicológica y social de la persona que sufre dicho dolor, lo transforma en una circunstancia única y personal, difícil de estandarizar. Como ejemplo, el cuestionario más conocido, el McGill, pre-

³ Un buen resumen de los principales instrumentos de medición del dolor se puede encontrar en el artículo de Serrano-Atero *et al.*, publicado en 2002 en la *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.

sentó dificultades relevantes cuando se tradujo a diferentes idiomas, debido principalmente a que la lingüística del dolor influye en cómo las personas dicen sentirse.

Estas dificultades no han supuesto una merma de puesta en práctica de diferentes investigaciones. Existen bastantes estudios, tanto cualitativos como cuantitativos sobre el dolor, o cómo afrontarlo, aunque no hemos encontrado datos sobre la percepción social del dolor. En concreto, sobre la vivencia del dolor, se ha realizado la Encuesta Europea del Dolor (*Pain in Europe*), realizada en dieciséis países (Breivik, 2004). En cada país se seleccionó a un grupo de 3.000 personas, de entre las cuales se identificó al menos a 300 pacientes que sufrían dolor crónico, a los que se les pasó un cuestionario al efecto. Por su lado, en el año 2009 se realizó en España la Encuesta Europea de Salud (EES09), realizada en dieciocho países, y que si bien no es específica sobre dolor, sí que se incluye como un elemento de la salud de la ciudadanía.

También son conocidos diferentes cuestionarios sobre afrontamiento del dolor crónico (CAD) o sobre dolores específicos (por tipo de dolencia), pero se realizan en poblaciones muy concretas y específicas, y no resultan de interés para una comparativa con un estudio sobre percepción del dolor a nivel nacional.

Debido a toda esta diversidad que estamos analizando, los intentos de medición del dolor han resultado complejos y poco satisfactorios a nivel general. Así, como hemos dicho, son muchos los instrumentos que han tratado de medir el dolor, tanto desde la perspectiva biomédica como desde la perspectiva psicológica. No es nuestro objetivo tal tarea. Nos compe-

te más analizar qué elementos sociales y personales están interactuando con la percepción del dolor, con el sentido que se le atribuye y qué papel tienen en estos procesos las condiciones sociales y las características sociodemográficas de la población, de modo que alcancemos a analizar con cierta profundidad la dimensión social del dolor.

También habrá que tener en cuenta que al dolor suelen acompañar la angustia, la depresión, el miedo..., por lo que son elementos que deben ser estudiados en relación con el primero. Estos, además, pueden estar relacionados con el estado vital de la persona, de forma que no se vive de la misma forma un dolor durante la niñez, la adolescencia, la madurez o la vejez. Estos últimos, en una situación más vulnerable, suelen acompañar las situaciones de dolor (más frecuentes debido a su estado físico) con mayores niveles de angustia y depresión, siendo el estrés una respuesta conocida del dolor que afecta tanto al estado físico como psicológico de la persona (Sánchez, 2007). El estrés, la ansiedad y la depresión ponen en marcha respuestas físicas relacionadas con el sistema nervioso, que a su vez están relacionadas con el dolor. Al mismo tiempo, dolor y calidad de vida están claramente asociados, no solo porque ambos conceptos se miden a través de la propia percepción de la persona, y conllevan diferentes dimensiones: física, psicológica, y social, sino porque, a pesar de estar asociados, hay personas que padeciendo dolor crónico manifiestan una calidad de vida buena, y al contrario.

Además, como hemos dicho, los estudios sobre dolor deben tener en cuenta la población que se analiza, ya que, por ejemplo, en el caso concreto de las personas mayores, sus pro-

blemas de salud suelen estar asociados con pluripatologías y mayor cronicidad, lo cual suele conllevar que en muchos casos no sean bien recogidos. Como señala López (2007, p. 131) «los ancianos pueden aguantarse el dolor por la creencia de que es habitual en la vejez, por el miedo al significado del dolor o por no querer molestar a su alrededor» (Hitchcock, Ferrell y McCaffery, 1994). Algo parecido podríamos pensar del colectivo infantil. El dolor en la infancia es un gran desconocido, que lleva muchas veces a ser invisibilizado, quizá debido a que los infantes no se comportan como se espera que lo haga alguien con dolor. El género es otro de los elementos que se deben tener en cuenta. Estudios del dolor revelan que el sexo es un elemento diferenciador en la experiencia dolorosa. Así, se ha informado de que las mujeres tienen umbrales de dolor más bajos, mayor capacidad para discriminar dolor y menos tolerancia. Los comportamientos de género respecto al dolor se aprenden desde la infancia, mostrando los niños muy pequeños escasas diferencias por sexo que se verán agrandadas a lo largo de la vida, y que se manifiestan en su forma de percibir y expresar su dolor (Miller y Newton, 2006; Berkey, 1997; Kamp, 2001).

En resumen, como hemos señalado repetidamente en este capítulo, el dolor tiene una perspectiva física, una perspectiva psicológica (individual) y una perspectiva sociológica (social) clara. No obstante, existen pocos estudios que se hayan centrado en la perspectiva sociológica. En su mayoría se trata de analizar si elementos socioculturales tales como el nivel educativo, el tipo de trabajo, el género, etc., influyen en un tipo de dolor determinado, generalmente dolor crónico. No obstante, no se encuentran estudios que traten de analizar el

dolor en su perspectiva social de forma genérica, global y a población general.

1.4. Objetivos, material y métodos

Para tratar de conocer más sobre la perspectiva social del dolor este equipo de investigación se presentó al concurso para la realización de encuestas que realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas de forma anual. En el año 2016 obtuvimos la adjudicación del proyecto «Percepciones sociales del dolor», cuyos primeros resultados vamos a presentar en este trabajo.

El objetivo general del estudio era conocer la percepción social del dolor en España, y más en concreto se establecían los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las vivencias de dolor de la población en España.
2. Analizar si la experiencia del dolor presenta diferencias según el perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas.
3. Conocer los significados sociales del dolor.
4. Analizar si el perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas introduce diferencias en el sentido que se atribuye al dolor.
5. Analizar si existen diferencias en el sentido que se atribuye al dolor en función de su naturaleza.
6. Analizar la influencia que tienen diferentes elementos de la calidad de vida percibida en la opinión sobre el significado del dolor.

En resumen, el objetivo que tenía esta investigación, y que abordamos en parte en la presente obra, es conocer cómo se asocian los elementos estructurales (nivel educativo, tipos de trabajo, género, etc.) con los diferentes tipos de dolor que la persona experimenta, analizando la vivencia de dolor, los diferentes significados sociales del mismo, así como su sentido y legitimidad según su naturaleza. Es decir, abordar la aproximación social a la experiencia de dolor, su construcción social y su percepción por parte de la población.

La metodología que se consideró más pertinente para alcanzar los objetivos propuestos fue la cuantitativa, a través de la realización de una encuesta. Para ello se elaboró un cuestionario, tras la pertinente revisión documental y bibliográfica.

El cuestionario con el que se han recabado los microdatos que sustentan empíricamente este trabajo sigue una estructura dividida en dimensiones, que responden a los objetivos que planteaba la investigación, para estudiar qué elementos del dolor son de interés para su análisis social, que nos permitiera cuantificar la percepción del dolor y la influencia del contexto social sobre el mismo, al tiempo que nos permitiera tener información que de forma agregada nos ayudara a profundizar en su sentido social en sus dimensiones pública y privada. En concreto se propusieron las siguientes dimensiones y subdimensiones:

- I. Dimensión: clasificación del dolor.
 - Experiencia de dolor: existencia/inexistencia.
 - Causa de dolor: enfermedad y estado de salud.
 - Tipo de dolor.

- Intensidad del dolor.
 - Frecuencia/duración del dolor.
 - Consecuencias del dolor: limitaciones en actividades de la vida diaria y sociales.
- II. Dimensión: elementos coadyuvantes al dolor.
- Consumo de medicamentos.
 - Sueño.
 - Peso/altura.
 - Vida social.
 - Depresión y ansiedad.
 - Bienestar y felicidad.
 - Forma física.
- III. Dimensión: elementos sociales del dolor.
- Empatía social hacia el dolor. Si se siente comprendido y apoyado.
 - Opinión sobre el dolor: jerarquía de dolor, definición de dolor según tipo de dolor.
 - Significado social del dolor. Emociones y percepciones relacionadas con el dolor.
 - Afrontamiento del dolor: estrategias de afrontamiento del dolor. Versión reducida del cuestionario de afrontamiento del dolor (CAD).
- IV. Dimensión: clasificación.
- Variables sociodemográficas.

La mayor parte de las preguntas son de tipo cerrado, es decir, con opciones establecidas entre las que el/la encuestado/a debía elegir aquella opción que más se ajustase a sus preferencias, o situación por la que se le preguntaba. También se

dejaron preguntas semicerradas, es decir, aquellas en las que, aunque se prefijaban las respuestas, existía una opción «otros» que permitía al encuestado/a incluir una respuesta no prevista por los investigadores. Un ejemplo de este tipo de preguntas fueron las referidas al dolor padecido, ya que parecía una labor imposible hacer un listado totalmente exhaustivo de todos los posibles tipos de dolor que una persona ha podido padecer a lo largo de su vida, o que padece en la actualidad. Otro tipo de preguntas fueron de respuesta abierta y espontánea, es decir, no se ofrecía a la persona entrevistada una opción de respuesta, aunque esta sí estaba prefijada para facilitar el trabajo de codificación del personal encuestador, incluyendo la opción «otros» para los casos en que no fuera posible ubicar la respuesta en las opciones preestablecidas. Por último, indicar que solo se realizaron preguntas completamente abiertas para conocer la profesión de la persona encuestada.

Tras testar el cuestionario y realizar los cambios que se consideraron oportunos se redactó el cuestionario definitivo que puede consultarse íntegro al final de este trabajo.

Como hemos indicado, la población objeto de estudio (el universo) ha sido la población residente en España, mayor de 18 años. La muestra teórica era de 2.500 personas, y finalmente se realizaron 2.464 entrevistas, a través de muestreo aleatorio polietápico, estratificado por conglomerados, teniendo en cuenta cuotas de sexo y edad para que la muestra se ajuste a la proporcionalidad de la población general residente en España, asumiéndose un error muestral de $\pm 2,0\%$ para un nivel de confianza del 95%. Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal

asistida por ordenador (CAPI) en los domicilios (consultar ficha técnica).

Quisiéramos destacar la pertinencia de realizar un estudio sobre dolor a población general, ya que consideramos que la mayor parte de la población ha sufrido algún tipo de dolor, ya sea agudo (un dolor de cabeza, de muelas, una herida, etc.), o crónico, físico o emocional, etc., a lo largo de su vida, aunque se trate de población joven.

Una vez recibido el fichero de datos, el equipo de investigación procedió a examinar la información obtenida, realizando análisis univariantes, bivariantes y multivariantes, intentando observar las relaciones entre los distintos elementos del estudio y atendiendo a los objetivos que tenía la investigación cuando se planteó. De ahí se deriva la existencia de varios niveles de análisis que se verán reflejados en las siguientes páginas:

- Análisis exploratorio de la muestra, en el que se realizó un estudio minucioso de las características de las variables objeto de estudio, que han sido cuantificadas mediante el correspondiente proceso de medida o asignación numérica, analizando su estructura y el comportamiento global de los datos.
- Análisis descriptivo de los resultados como primera aproximación a la realidad estudiada. Con ello se han descrito las vivencias de dolor de la población en España, diferenciando grupos de población claramente identificables, como hombre/mujer, grupos de edad, y otras variables que han resultado ser relevantes para el análisis descriptivo. También se analizó la opinión

general de las personas encuestadas sobre el sentido y percepción social del dolor, tratando de identificar variables explicativas. Todo ello a nivel uni- y bivariable, y por tanto a través de la realización de tablas de contingencia y análisis de significación bivariados, que se presentarán a través de gráficos. En esta obra, solo se presentan aquellos cruces de variables que tienen significación estadística, obviándose los que tienen una relación espuria.

- Como último paso se ha llevado a cabo un análisis más exhaustivo, a través de análisis multivariante, en el que se trata de explicar alguna variable de interés a través del conocimiento de su variación en otras variables sociodemográficas, psicológicas y sociales que influyen en la primera, y tratando, en la medida de lo posible, de establecer perfiles. Los análisis son de tipo descriptivo exploratorio, sin establecer causalidad, que requeriría de un análisis más complejo que no ha sido objeto de este trabajo.

2. Caracterización y descripción del dolor

Como ya se ha comentado, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, en el año 1979, definió el dolor como aquella «experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de dicha lesión» (IASP, 1979; 1994), definición que supone cierta ambigüedad, y que ha llevado a que en numerosos estudios se trate de clasificar el dolor para poder entenderlo en toda su complejidad.

En este capítulo vamos a describir el dolor que la población en España ha referido, tratando de caracterizar de forma sintética cuáles son los más relevantes y/o frecuentes. Para ello, en un primer apartado se describirán los dolores que dice padecer la ciudadanía, así como el dolor que cada persona referencia como el principal, aquel que por cualquier motivo es el más relevante en su biografía personal, indicando su causa, según el propio entrevistado/a. En un segundo apartado se pide a las personas entrevistadas que describan su dolor a partir de palabras que evoquen su sufrimiento y puedan darnos una idea de los distintos elementos que lo componen.

2.1. Dolor de referencia y sus causas

El dolor es consustancial al ser humano, y en un momento u otro de su biografía, todas las personas lo padecen o padecerán. Así, en nuestro estudio, como cabía esperar, prácticamente toda la población dice haber sufrido algún tipo de

dolor a lo largo de su vida. Tan solo el 5,4% de las personas encuestadas indica que no ha padecido ningún tipo de dolor. No obstante, cuando centramos nuestras preguntas en el momento actual, el porcentaje de personas que dice no padecer ningún dolor es de casi un 23%, lo que no impide que recuerden otros dolores vividos a lo largo de su vida y determinen cuál es el más relevante para ellos. Se constata por tanto que el dolor es una experiencia que afecta o ha afectado prácticamente a la totalidad de la población y que además, por lo general, ha sido experimentado en varias ocasiones y en diferentes formas.

A grandes rasgos es necesario indicar que las escasas personas que dicen no haber padecido ningún dolor a lo largo de su vida son un 63,2% hombres y el 36,8% mujeres. La edad media de aquellos que no sufren dolor es de 44,14 años, incluyendo personas desde los 18 a los 93 años, y se distribuye de forma bastante homogénea entre todos los grupos etarios.

El resto de personas consultadas, la mayoría, menciona haber experimentado uno o más dolores a lo largo de su vida (se ofrece a las personas entrevistadas un listado de tipos de dolor entre los que tienen que indicar si los han padecido, incluyendo la opción «otros»). En concreto, el 26,5% menciona uno o dos tipos de dolor vividos en su historia personal, el 28,9% menciona tres o cuatro, y el 38,6% restante indica más de cinco tipos de dolor. En general, la población menciona 3,9 dolores de media. Por grupos de edad esta media varía entre los 3,7 dolores que mencionan las personas de mayor edad y los 4,2 que mencionan las personas de entre 30 a 45 años (tabla 2.1).

Tabla 2.1. Número medio de dolores experimentados a lo largo de la vida por persona entrevistada y por grupos de edad

Grupos de edad	Media	N	Desviación estándar
De 18 a 29	3,81	390	2,619
De 30 a 45	4,18	744	2,649
De 46 a 65	4,01	809	2,434
66 o más	3,67	521	2,276
Total	3,98	2.464	2,505

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

En cuanto a los dolores que con mayor frecuencia se mencionan, están el dolor de huesos o muscular y el de cabeza, oídos, ojos o dientes, que han padecido a lo largo de su vida más del 66% de la población y que, en ambos casos, son también los dolores más persistentes en la actualidad, sufriendolos el 47% y el 32% de las personas entrevistadas, respectivamente. El tercero de los dolores más frecuentes que se han experimentado a lo largo de la vida es el dolor por la muerte de un ser querido, que ha padecido el 62%, pero que solo el 5,8% lo vive en la actualidad. El resto de tipos de dolor son también bastante mencionados, con porcentajes que superan el 40% en muchos casos, y siempre por encima del 12% (tabla 2.2).

Una vez que las personas han enumerado todos aquellos dolores que han vivido a lo largo de su vida y que viven en el

momento actual, les pedimos que nos indiquen de todos ellos cuál es o ha sido el más relevante, aquel del que tiene un recuerdo más vivo. En este caso el principal dolor mencionado es el dolor músculo-esquelético, seguido del dolor por la muerte de un ser querido, y en tercer lugar el dolor orofacial, suponiendo entre los tres el 68% de las experiencias dolorosas que luego serán estudiadas (ver tabla 2.2). De este modo, el dolor físico, aquel que tiene su origen y relación con una parte del cuerpo, es el que se menciona en mayor medida, siendo el más frecuente y el que más se padece en la actualidad. No obstante, hay que destacar que el dolor emocional, en especial aquel sufrido por una pérdida importante, es muy significativo para la ciudadanía, como se observa en la tabla antes expuesta.

Un porcentaje importante de personas padecen en la actualidad el dolor que a su vez consideran como el más relevante, más del 56%, frente al 43% que han indicado que el dolor más relevante no es el que padecen en el momento presente. Podríamos decir que no solo la población está sufriendo en gran medida en este momento por algún tipo de dolor, sino que, además, este es un dolor que se ha convertido en un dolor relevante, de especial importancia en su vida. Esto puede estar relacionado con la capacidad del ser humano de minimizar los recuerdos desagradables, que se viven con una gran intensidad cuando suceden pero que en muchas ocasiones dejan un recuerdo matizado, y menos dramático del que se vivió, como suele ocurrir, por ejemplo, en el dolor relacionado con el parto, descrito por muchas mujeres como de una alta intensidad pero que se «olvida» cuando ha pasado el momento crítico (Mallén-Pérez *et al.*, 2015).

Tabla 2.2. Experiencia de dolor a lo largo de la vida, en la actualidad y el más relevante

Experiencia de dolor	A lo largo de su vida*	En la actualidad*	El más relevante
Dolor de huesos o muscular	66,9%	47,5%	30,6%
Dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes	66,6%	32,2%	17,8%
Dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón	42,2%	12,6%	7,7%
Dolor por problemas respiratorios	13,7%	4,5%	2,1%
Dolor por ansiedad, depresión o estrés	28,7%	9,4%	4,8%
Dolor por cansancio sin motivo aparente	21,5%	6,9%	1,1%
Dolor por sensación de angustia continuada	12,5%	3,8%	0,6%
Dolor por desamor o ruptura amorosa	17,7%	2,0%	2,3%
Dolor por muerte de un ser querido	62,0%	5,8%	20,0%
Dolor por una traición o engaño importante	19,2%	1,4%	1,2%
Dolor por enfermedad grave de un ser querido	42,2%	4,6%	4,0%
Otros dolores que le parezcan importantes	2,6%	1,2%	3,0%
(NO LEER) Ningún dolor	5,4%	22,9%	4,3%
N.R. / N.C.	0,7%	1,0%	0,5%
Total de casos	2.464	2.314	2.314

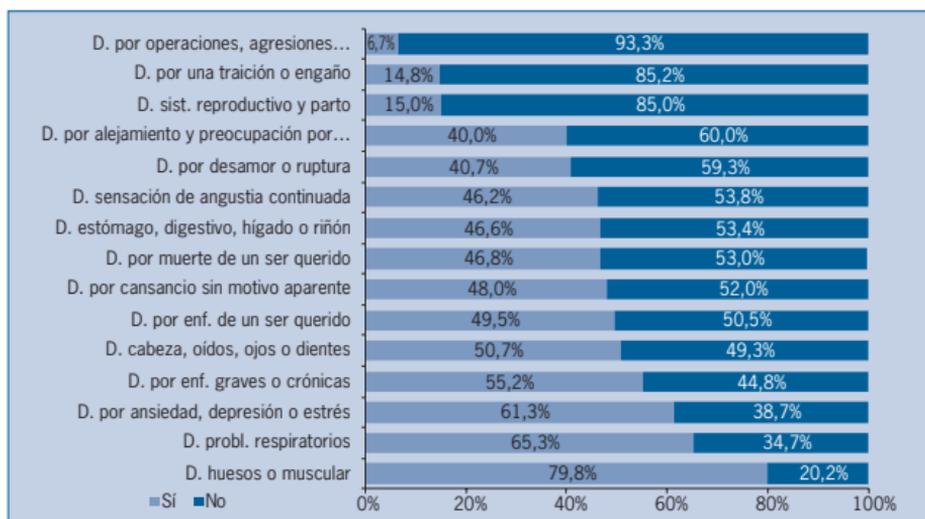
* Multirrespuesta: el porcentaje que se presenta corresponde a las personas que mencionan dicho dolor, por lo que puede sumar más de 100%, ya que una persona puede padecer más de un dolor a lo largo de su vida y en la actualidad. No en el caso del dolor más relevante, que se pide que elija solo uno.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Es de destacar que tres de cada cuatro personas entrevistadas que indican que el de huesos o muscular es su dolor más relevante (padecido por casi el 67% de las personas consultadas en algún momento de su vida) lo padecen en la actualidad. También son destacados los dolores derivados de problemas respiratorios, o aquellos que tienen un origen psicológico, por ansiedad, depresión o estrés. Entre los dolores que son recordados como los más relevantes, pero padecidos en el pasado, se encuentran principalmente el dolor devenido por una operación, por agresiones, accidentes o dolores sobrevenidos, es decir, dolores muy puntuales. También tienen poca relevancia en el momento actual, aunque sí son considerados como los más relevantes, los dolores derivados de una traición o engaño importante y los dolores relativos al sistema reproductivo femenino o dolores de parto (gráfico 2.1).

En general, las mujeres identifican en mayor medida el dolor que sufren en la actualidad como el más relevante. Así, mientras que algo menos de la mitad de los hombres padecen actualmente aquel dolor que para ellos ha sido el más importante de su biografía, entre las mujeres son casi dos de cada tres las que padecen dicho dolor en el momento actual. Las diferencias más significativas (con más de 20% de diferencia entre mujeres y hombres) se producen en relación con los problemas respiratorios, los producidos como consecuencia de enfermedades graves o crónicas, aquellos derivados de problemas con el estómago, digestivo, hígado o riñón, y los problemas asociados por cansancio sin motivo aparente. Solo en el dolor por el alejamiento y preocupación por los/as hijos/as y seres queridos los hombres que lo sienten en la actualidad lo caracterizan como el más relevante (tabla 2.3).

Gráfico 2.1. Dolor más relevante y si lo padece en el momento actual o no



N: 2.314 (excluidas las personas que no padecen ningún dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Tabla 2.3. Dolor más relevante y si lo padece en el momento actual según sexo de la persona entrevistada

	Hombres	Mujeres	Total (lo padecen en la actualidad)
D. huesos o muscular	72,9%	86,5%	79,8%
D. problemas respiratorios	54,5%	87,5%	65,3%
D. por ansiedad, depresión o estrés	59,5%	62,3%	61,3%

(Continúa)

	Hombres	Mujeres	Total (lo padecen en la actualidad)
D. por enf. graves o crónicas	40,0%	71,4%	55,2%
D. cabeza, oídos, ojos o dientes	41,6%	59,1%	50,7%
D. por enf. de un ser querido	47,5%	50,9%	49,5%
D. por cansancio sin motivo aparente	36,4%	57,1%	48,0%
D. por muerte de un ser querido	36,4%	55,3%	46,8%
D. estómago, digestivo, hígado o riñón	32,6%	60,7%	46,6%
D. sensación de angustia continuada	33,3%	50,0%	46,2%
D. por desamor o ruptura	38,7%	43,5%	40,7%
D. por alejamiento y preocupación por los hijos y seres queridos	50,0%	33,3%	40,0%
D. por una traición o engaño	12,5%	15,8%	14,8%
Total	48,2%	63,4%	56,14%

N: 2.314 (excluidas las personas que no padecen ningún dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Al preguntar por la causa de su dolor principal, la que identifican como más relevante, sea presente o pasada, como se puede observar en la siguiente figura, es en primer lugar alguna enfermedad física, aunque también otras como operación o accidente, el estilo de vida, actividades deportivas, adicciones, etc., la muerte de un familiar, la forma de ser, personalidad o carácter, o actividades relacionadas con el trabajo o actividad principal. Así, dolor y enfermedad, principalmente cuando el dolor es de tipo físico, están estrechamente relacionados para las personas entrevistadas. También es interesante resaltar que

el estilo de vida es mencionado por una de cada diez personas como el origen de su dolor, lo cual nos llevará a analizar más adelante algunas variables relacionadas con la actividad física, deportiva y social de las personas consultadas y su relación con el dolor (gráfico 2.2).

Gráfico 2.2. Origen del dolor más relevante



N: 2.314 (excluidas las personas que no padecen ningún dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Se ha realizado brevemente una primera aproximación al tema que nos ocupa a través de la fotografía del dolor padecido por la población en España, poniendo el acento en conocer cuál de los dolores padecidos por la persona le parece el más importante y analizando brevemente la causa que le atribuye, su origen. Pasaremos ahora, en el siguiente epígrafe, a exponer la descripción del dolor que realizan la ciudadanía.

2.2. Descripción del dolor

El lenguaje, la forma en que nombramos las cosas, es de suma importancia porque transfiere significado a los acontecimientos que suceden en nuestra vida. A través del lenguaje podemos transmitir ideas, pensamientos, sentimientos, etc. Quizá una forma de visualizar la complejidad del concepto dolor es la dificultad y a la vez la variedad de palabras que existen para describirlo. Un «mismo» dolor de muelas puede ser definido a través de distintas palabras por cada una de las personas que sufren, lo que nos permite conocer los diferentes significados que dan a su «similar» situación.

Es por ello que se pidió a las personas entrevistadas que definieran su dolor con alguna palabra o palabras. Para ello se realizó una adaptación del cuestionario McGill (1975), uno de los más utilizados y difundidos a nivel internacional, pero modificado para que atendiera a los objetivos de nuestra investigación (tabla 2.4).

Tabla 2.4. Palabras que describen el dolor más relevante de la persona entrevistada

DESCRIPTORES*	% casos	N
Intenso/Fuerte	26,1%	604
Molesto/Incómodo/Moderado/Desagradable	20,2%	467
Pérdida/Vacio/Soledad/Ausencia/Dolor del alma/Pesar/Falta/Añoranza/Muerte/Agonía	16,3%	378
Tristeza/Pena/Depresión/Amargura/Desolación	15,1%	349
Constante/Insistente/Agobiante/Monótono	14,4%	333

(Continúa)

DESCRIPTORES*	% casos	N
Angustioso/Angustiante/Desesperante/Desasosiego/Desazón/Inseguridad/Ansiedad/Desconcierto	10,8%	251
Doloroso/Penoso	10,8%	250
Agudo	8,8%	203
Insoportable/Horroroso/Destrozado/Tortura/Lo peor/Incontrolable	8,0%	186
Impotencia/Frustración/Bloqueo/Injusticia/Incomprensión	8,0%	185
Punzante/Pincha/Pinchazos	5,5%	128
Suave/Débil/Natural/Normal/Tranquilidad/Soportable/Breve	5,2%	121
Agotador/Cansino/Exhausto/Corrosivo/Pesado	5,1%	117
Decepción/Desconfianza/Culpa/Arrepentimiento/Preocupación/Compasión/Aceptación/Desesperanza	2,6%	60
Incapacidad/Incapacitante	2,4%	56
Exasperante/Irritante/Escatológicos: mierda, cabrón, putada/Odio/Resentimiento/Rabia	2,3%	53
Presión/Opresión/Ahogo	2,2%	52
Malo/Severo/Duro/Terrible/Cruel/Inhumano/Desgarro/Bocado de perro/Atroz	1,7%	40
Aburrido/Sordo/Intermitente/Difuso/Discontinuo/Cambiante/Va de un sitio a otro/De menos a más	1,7%	39
Penetrante/Marcado/Localizado	1,5%	35
Miedo/Pánico	1,4%	32
Calambre/Descarga eléctrica/Eléctrico/Hormigueo/Dormido/Cosquilleo/Espasmos/Latigazos	1,3%	29
Quemazón/Ardor/Calor	1,2%	27

(Continúa)

DESCRIPTORES*	% casos	N
Aplastante/Inevitable	1,2%	27
Nauseabundo/Mareante	0,9%	20
Cortante	0,9%	20
Estremecedor	0,7%	17
Palpitante/Pulsos/Latidos	0,7%	16
Puñetazo/Bofetada	0,3%	6
Otra palabra: Enérgico/Nada más/Frecuente/Insomnio/Relajarme/Ya está pasando	0,3%	6
Sensación de frío doloroso	0,2%	5
Imprevisible/Inesperado/Sorpresa/Indeciso/Inestabilidad	0,2%	5
No sabría describirlo/Indescriptible/Inexplicable	13,7%	316
N.C.	8,4%	195
Total		4.628

* Multirrespuesta: el porcentaje que se presenta corresponde a las personas que mencionan un descriptor, por lo que puede sumar más de 100%.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Las palabras más utilizadas han sido las que hacen referencia a su intensidad: «intenso», «fuerte», «molesto», «incómodo», «moderado», «desagradable». También cabría destacar que un 13% no sabría describirlo: es «indescriptible» o «inexplicable». Por otra parte son abundantes las referencias a sensaciones emocionales relativas al dolor, como la «pérdida», «vacío», «soledad», «tristeza», «pena», etc., y las relativas a la tensión emocional relacionada con el dolor como «angustia», «ansie-

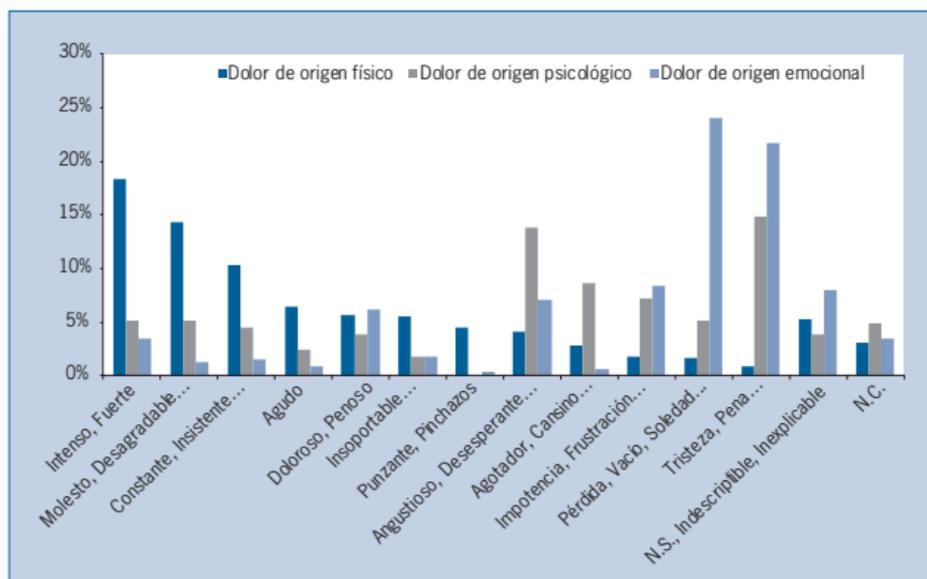
dad», etc. En la tabla 2.4 se presentan todas las palabras que han sido mencionadas ordenadas de mayor a menor porcentaje de mención.

Aunque más tarde se explicará la clasificación del dolor según su origen, nos ha parecido interesante incluir aquí esta división al analizar la descripción que se hace del dolor. En este sentido, el origen del dolor (si es por un motivo físico, emocional o psicológico) modifica los adjetivos que son elegidos principalmente por los que lo sufren. Así, cuando el dolor es de origen físico se describe principalmente con adjetivos que hacen referencia a su intensidad, su frecuencia, su duración, o efectos físicos. Por su lado, cuando al dolor le es atribuido un origen psicológico se hace referencia principalmente a la angustia, el cansancio, la tristeza, y la impotencia, es decir, a las emociones negativas unidas a dicho dolor. Por último, cuando el dolor se considera de origen emocional, el vacío, la pena y la tristeza son los descriptores principales, junto con la impotencia y la frustración (gráfico 2.3).

Si se tiene en cuenta el sexo de la persona entrevistada, observamos algunas diferencias en las definiciones que realizan hombres y mujeres sobre su dolor. Así, ellas mencionan más sensaciones de pena, tristeza y depresión que los hombres, al igual que impresiones de angustia y desasosiego, impotencia, frustración, y también cansancio y agotamiento. Por su lado, los hombres definen su dolor en mayor medida como calambre y descarga eléctrica, pulsos, latidos, etc. Aunque en gran parte de los adjetivos utilizados no se han advertido diferencias según el sexo de la persona que ha contestado, sí que podríamos decir que los hombres tienden a utilizar ele-

mentos de descripción más somáticos y con relación física, mientras las mujeres utilizan descriptores más relacionados con las emociones que provoca el dolor. Por edad no se han apreciado diferencias en la utilización de descriptores del dolor dignas de mención.

Gráfico 2.3. Principales descriptores del dolor según tipología de dolor (según origen)



Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

3. Clasificación del dolor

No existe una única clasificación del dolor, ni tan siquiera un conjunto de clasificaciones que sean aceptadas de forma general. Cada autor/a, cada investigación, utiliza aquella que se acerca y atiende mejor sus intereses, que no dejan de ser el intento de explicar mejor este complejo fenómeno. En nuestro caso hemos utilizado tres formas de clasificar el dolor que son ampliamente utilizadas por distintos autores (Sánchez, 2003; Redondo y León, 2014) y que se adaptan a los objetivos de nuestra investigación. Estas son la clasificación según su origen, según su intensidad y según su duración.

3.1. Según su origen

Según su origen, el dolor puede ser dividido en dolor físico, dolor psicológico y dolor moral o espiritual, al que nosotros denominaremos dolor emocional. En esta clasificación el referente fundamental es el origen del dolor, lo que viene a indicar que si bien el origen es distinto, el dolor no tiene por qué serlo, es decir, no diferencia entre dolor y sufrimiento, como sí hacen otros autores que, desde concepciones más estrechas, identifican el dolor solo con el dolor nociceptivo o, a lo sumo, neuropático.

El dolor físico tiene origen en una lesión o disfunción orgánica, tisular, ya sea real o percibida. Puede ser de carácter nociceptivo o neuropático. El dolor nociceptivo es el que «resulta de la activación de nociceptores periféricos, que transmiten

impulsos nerviosos a través de vías aferentes sensoriales, sin daño del nervio periférico ni del sistema nervioso central». A su vez este dolor puede clasificarse en dolor somático, dolor visceral y dolor profundo. Por su lado, el dolor neuropático es «el dolor que resulta de una lesión directa sobre los nervios periféricos, los receptores nociceptivos o el sistema nervioso central» (Sánchez, 2003).

Si recordamos la tabla 2.2, a la que se hizo referencia en el anterior capítulo, se trataría de los dolores relativos al cuerpo y que se recogían en los cuatro primeros ítems. Eran justamente los más relatados, por haberse vivido a lo largo de la vida por más del 70% de la población adulta española, en muchos casos, siendo también los dolores más sufridos en la actualidad, y aquellos que resultan más relevantes para un alto porcentaje de personas. Entre los dolores de tipo físico, si recordamos, los principales, por su prevalencia y por su relevancia son los dolores de huesos o musculares, y los dolores orofaciales (tabla 2.2).

Según la clasificación que venimos trabajando es difícil diferenciar entre dolor psicológico y moral, pero la diferenciación nos parece muy interesante, por lo que la hemos integrado. Para esta autora, a pesar de ser un dolor real, la base, o el origen, no lo es tanto, y responde más a reacciones algo exageradas a mínimos estímulos. No hemos asumido dicha definición, ya que nuestro estudio considera dolor de origen psicológico a aquel que o bien tiene su origen en una enfermedad o disfunción mental, como la ansiedad, la depresión o el estrés, o bien en una sensación de malestar y angustia o por cansancio sin motivo aparente. Como vemos en la tabla 2.2, son dolores que

han padecido un número importante de personas a lo largo de su vida, en ocasiones más del 20% de la población, pero que, no obstante, no son los más prevalentes en la actualidad, y tampoco se consideran los de mayor relevancia en la biografía de la persona (ver tabla 2.2).

El dolor espiritual es aquel que es producido «por las incomprendiones, la muerte de un ser querido, las injusticias, la depresión, la soledad» (Sánchez, 2003). Es el dolor al que en nuestro estudio hemos llamado dolor de origen emocional. Este dolor se manifiesta de diferentes formas, a través de síntomas físicos de dolor y a través de conductas psicosociales de sufrimiento. No obstante, como señala esta autora, la naturaleza no tangible de este dolor, y el ser algo en ocasiones difícil de describir, hace que algunos tipos de dolor moral sean difíciles de comprender para otras personas, y por tanto crean poca empatía (el dolor por una traición, por ejemplo). Otros, sin embargo, pueden ser los más dolorosos, según el consenso de una gran parte de la población (por ejemplo, la muerte de un ser querido).

Si volvemos a la tabla 2.2, se observa que es también un dolor experimentado por un alto porcentaje de la sociedad, normalmente referido al pasado, y solo se considera el más relevante en el caso de que venga motivado por la muerte de un ser querido (ver tabla 2.2).

La clasificación del dolor según su origen será en nuestro estudio de gran relevancia, por cuanto hemos encontrado interesantes sinergias de esta clasificación con otras variables de interés para la investigación. En concreto se ha utilizado esta

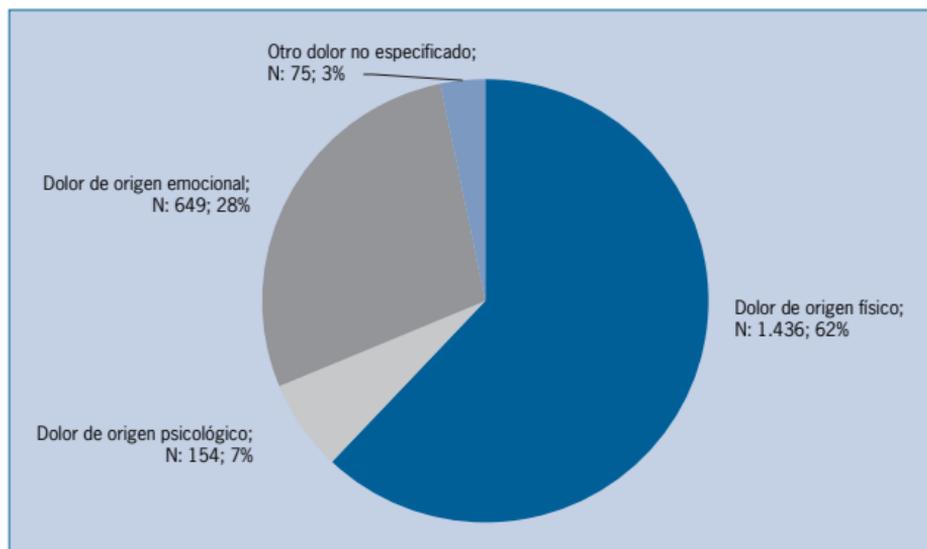
tipología respecto al dolor más relevante que indica la persona, del siguiente modo:

- Dolor de origen físico, incluye:
 - dolor de huesos o muscular;
 - dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes;
 - dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón;
 - dolor por problemas respiratorios;
 - dolor en el sistema reproductivo y parto;
 - dolor por enfermedades graves o crónicas, y
 - dolor por operaciones, agresiones, accidentes y dolores sobrevenidos.
- Dolor de origen psicológico, incluye:
 - dolor por ansiedad, depresión o estrés;
 - dolor por cansancio sin motivo aparente, y
 - dolor por sensación de angustia continuada.
- Dolor de origen emocional, incluye:
 - dolor por desamor o ruptura amorosa;
 - dolor por muerte de un ser querido;
 - dolor por una traición o engaño importante;
 - dolor por enfermedad grave de un ser querido, y
 - dolor por alejamiento y preocupación por los hijos/as y seres queridos.

El resultado de esta nueva clasificación se presenta en el gráfico 3.1, en el que observamos que los dolores más relevantes son los de origen físico, que son referidos por más del 60% de la población, seguidos por los dolores de origen emocional, que son los más relevantes para el 28% de la ciudadanía, y, por último, los dolores de origen psicológico, que son elegidos

como los más relevantes por el 7% de la población. También hay que destacar que el 6% indican que no han padecido ningún dolor, o que ninguno es relevante, por lo que estos no han sido tenidos en cuenta en la clasificación anterior.

Gráfico 3.1. Porcentaje de dolor más relevante por tipos de dolor según origen



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

3.2. Según su duración

Según su duración, el dolor puede clasificarse como agudo o crónico, aunque no existe un consenso claro sobre cuánto debe durar el dolor para ser clasificado como uno u otro.

Para Sánchez (2003), el dolor agudo es aquel que tiene relación con una señal de alarma, es la forma en la que nuestro cuerpo nos avisa de que algo anda mal. Es claro, por tanto, que según esta definición no puede ser más que un dolor de origen físico, excluyendo de esta forma al dolor de origen psicológico y emocional: «Su misión es alertar a la persona sobre algo que no funciona correctamente». No obstante, el dolor agudo, aquel que comienza como respuesta a una lesión, a un mecanismo fisiológico, puede tornar en crónico si persiste por más de tres meses según esta autora, o por más de seis meses según otros autores.

El dolor crónico es persistente, siendo su duración distinta según diferentes autores/as, pero se suele establecer entre los más de tres meses, más de seis, o más de un año (Breivik *et al.*, 2006). Es un dolor que supone cierta adaptación de la persona a este padecimiento, lo que hace que la respuesta fisiológica sea distinta. Cuando además el origen del dolor es difuso y poco específico, el dolor crónico puede convertirse en una enfermedad en sí mismo, generando sentimientos de «impotencia, desesperación y absurdidad».

La duración del dolor se puede medir tanto por su frecuencia como por su duración, ya que ambas variables nos indicarán las veces que la persona tiene que enfrentarse a su dolor y desde cuándo lo hace.

En general, cuando la ciudadanía es preguntada por su dolor más relevante indica mayor frecuencia en el mismo que cuando es preguntada a nivel general por cualquier tipo de dolor.

Así, el 36,6% padecen su dolor más relevante con frecuencia o mucha frecuencia. En contra, el 10% no lo sufren casi nunca.

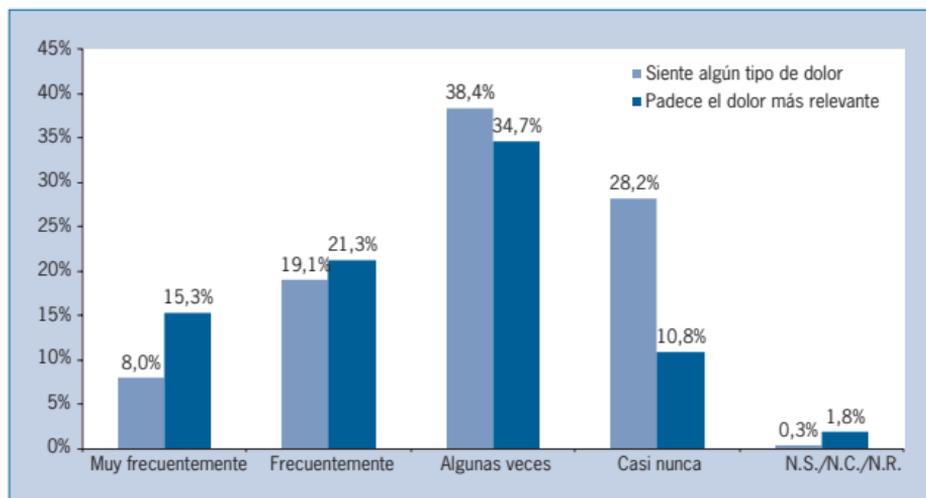
Parece, por tanto, que la frecuencia con la que se padece el dolor es un hecho significativo para la elección de un determinado dolor como el más importante en la biografía personal, aunque no es el único elemento, ya que, como se vio en el epígrafe anterior, ciertos dolores emocionales dejan una huella más allá de su cercanía en el tiempo o de la frecuencia con que se sufren, que hacen que se consideren de gran relevancia (gráfico 3.2).

En cuanto al tiempo que lleva una persona padeciendo aquel dolor que considera el más relevante, observamos que el 21% lleva menos de un mes, el 13%, entre un mes y seis meses, y más del 65% lleva padeciendo su dolor más de seis meses. Según esto, las dos terceras partes de la población en España padecen o han padecido un dolor crónico, que además sufren de forma frecuente. Este panorama temporal se agrava aún más en el caso de las mujeres, ya que dos de cada tres padecen o han padecido dolor por un periodo superior a seis meses (un 69%). Algunas personas refieren dolor con una temporalidad tan extensa que podríamos decir que llevan conviviendo con su dolor gran parte de su vida, algunas más de quince años (gráfico 3.3).

La media de tiempo que las personas padecen dolor es de seis años, subiendo esta media a más de diez si se trata de personas de más de 65 años, y bajando hasta los dos años si se trata de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años. Así, como cabía esperar, los dolores cróni-

cos están claramente relacionados con la edad, siendo más probable padecerlos cuanto mayor es la persona. Atendiendo solo a la edad, las diferencias son significativas, pero si introducimos la variable sexo observamos que las mujeres padecen más tiempo de dolor en general, un año y medio más a nivel general, siendo en el grupo de mayores de 65 años donde estas diferencias son significativas y de una magnitud más relevante, suponiendo una diferencia de casi cuatro años de dolor (tabla 3.1).

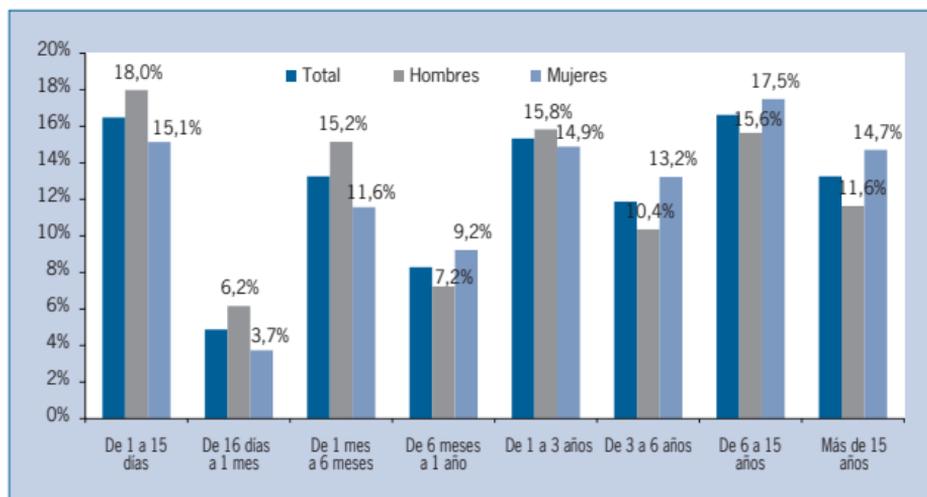
Gráfico 3.2. Frecuencia en que padece algún dolor o el más relevante



N: 2.314 (excluidas las personas que no han padecido ningún dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Gráfico 3.3. Tiempo de dolor más relevante según sexo de la persona entrevistada



N: 2.172 (excluidas las personas que no refieren dolor, o no saben o no quieren contestar cuanto tiempo llevan sufriendolo: 292 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Tabla 3.1. Tiempo de dolor según grupo de edad (en años)

Grupos de edad		Media	N	Desviación estándar
Hombre*		5,73	1.036	9,370
Mujer*		7,27	1.160	11,449
De 18 a 29	Total	2,42	345	4,324
	Hombre	2,06	172	4,023
	Mujer	2,77	173	4,589

(Continúa)

Grupos de edad		Media	N	Desviación estándar
De 30 a 45	Total	4,44	665	6,642
	Hombre	4,51	321	7,075
	Mujer	4,36	344	6,220
De 46 a 65	Total	7,72	724	11,481
	Hombre	7,04	346	10,550
	Mujer	8,33	378	12,253
66 o más*	Total	10,80	462	14,346
	Hombre	8,58	197	12,101
	Mujer	12,46	265	15,628
Total		6,54	2.196	10,546

* Las diferencias son estadísticamente significativas al 99%.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Solo apuntar que, aunque las personas indican que su dolor es más duradero en el tiempo cuando se trata de un padecimiento de origen psicológico, la diferencia fundamental está en los dolores de origen físico, suponiendo para las mujeres de mayor edad cinco años más de dolor que para los hombres mayores.

3.3. Según su intensidad

Según su intensidad, el dolor puede clasificarse como leve, moderado y severo. Clasificar el dolor según su intensidad significa tratar de medirlo, lo cual no es sencillo. Se suelen

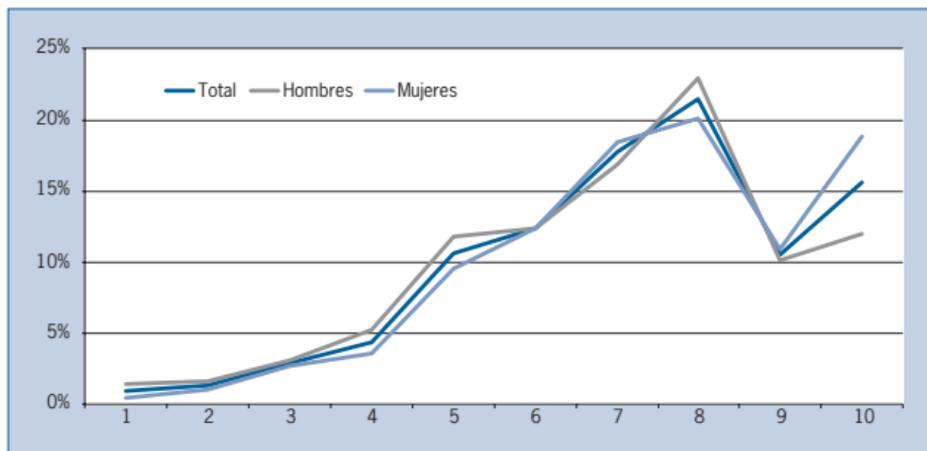
utilizar escalas, algunas numéricas (de 0 a 10), otras visuales (EVA, por ejemplo), otras categóricas (nada, poco, bastante y mucho), etc.

El estudio de la intensidad del dolor, su medición, ha resultado en muchos casos estéril para la comparación interpersonal, debido en parte a que el umbral del dolor es diferente para cada persona, así como su forma de interpretarlo. No obstante, no deja de ser interesante analizar este elemento del dolor, su intensidad subjetiva y autorreportada por el doliente, y observar si existen variables que puedan estar relacionadas con dicho reporte.

En nuestro caso se ha utilizado una escala numérica, en la que se le pregunta a aquellas personas que refieren dolor cuál es su intensidad, en una escala donde 1 significa que apenas le duele o le dolía, y 10, que es o era el peor dolor imaginable.

Los dolores de baja intensidad, aquellos que no llegan al 5, son muy escasos, y suponen el 9% de los mencionados. En el 5, el punto intermedio visual, se posicionan el 10% de las personas encuestadas, y a partir de ahí el porcentaje en cada intervalo va creciendo de forma gradual, siendo el punto más utilizado para definir la intensidad del dolor, el valor modal, el 8. Las mujeres, en general, reportan una intensidad de dolor mayor que los hombres, siendo su valor medio 7,38, mientras el de los hombres es 6,98, resultando la diferencia de medias estadísticamente significativa, hecho que no ocurre por grupos de edad, donde no se aprecian diferencias en la intensidad del dolor reportada por cada conjunto etario (gráfico 3.4).

Gráfico 3.4. Intensidad del dolor más relevante



N: 2.314 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor: 150 personas).

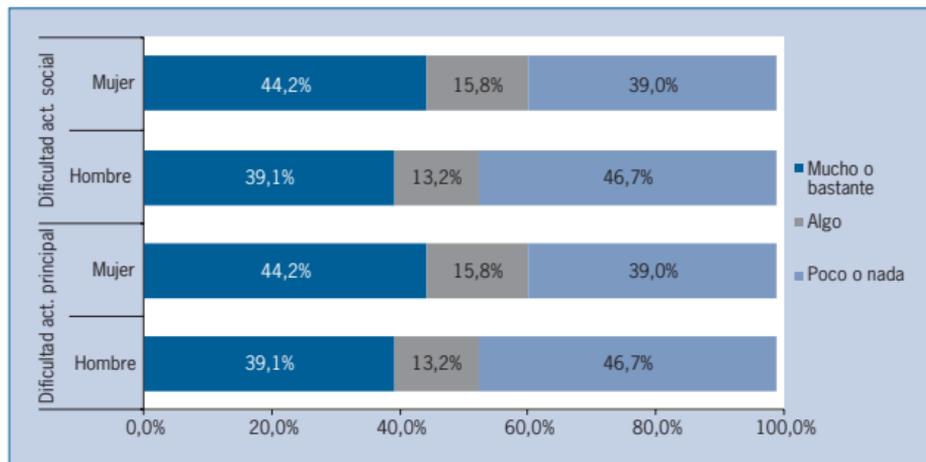
Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Otra forma de medir la intensidad del dolor, de clasificarlo, es según el efecto limitante que dicho padecimiento tenga en la vida de los afectados. Este efecto se puede medir teniendo en cuenta las dificultades para realizar las tareas de la vida diaria: su actividad principal, sea esta laboral, doméstica, o de otro tipo, y el efecto en sus actividades sociales habituales, como salir, pasear, charlar con su familia, amigos, vecinos u otras personas.

De esta forma podemos decir que el dolor es severo cuando afecta mucho o bastante la realización de este tipo de actividades (principales y sociales), lo cual se produce en el 42% y 35% de los casos, respectivamente. En el caso de las mujeres se observa un mayor efecto, lo cual viene a confirmar

que ellas padecen mayor intensidad de dolor, como se vio en el anterior análisis. El dolor moderado estaría representado aproximadamente por el 15% de la población, y muestra dolor leve, teniendo en cuenta que no les limita para realizar sus tareas y actividades habituales o sociales, más del 40% de la población (gráfico 3.5).

Gráfico 3.5. Limitaciones de la vida diaria debidas al dolor



N: 2.290 (excluidas las personas que no tienen dolor, N.S., N.C.: 174 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Existe una alta correlación entre las limitaciones que las personas padecen en su vida diaria y en sus relaciones sociales y la intensidad del dolor, reportando mayor dolor en la escala numérica aquellas personas que indican que están limitadas bastante o mucho en sus actividades.

4. Elementos coadyuvantes con el dolor

En el ámbito médico se entiende que los elementos coadyuvantes son aquellas sustancias, fármacos, recomendaciones, etc., que se añaden a una prescripción médica para ayudar o potenciar que el componente principal o el tratamiento principal prescrito sea más eficaz.

En nuestro caso, al tratarse de un estudio sociológico, se van a entender como coadyuvantes todos aquellos elementos que, sin tener aparentemente relación directa con el dolor, están asociados con la forma, intensidad, frecuencia, etc., en que se padece. En concreto se analizarán el efecto de las características sociodemográficas, el índice de masa corporal, el estilo de vida, el bienestar personal, la personalidad, las preocupaciones de futuro, las creencias religiosas, y el estado de salud general.

4.1. Características sociodemográficas

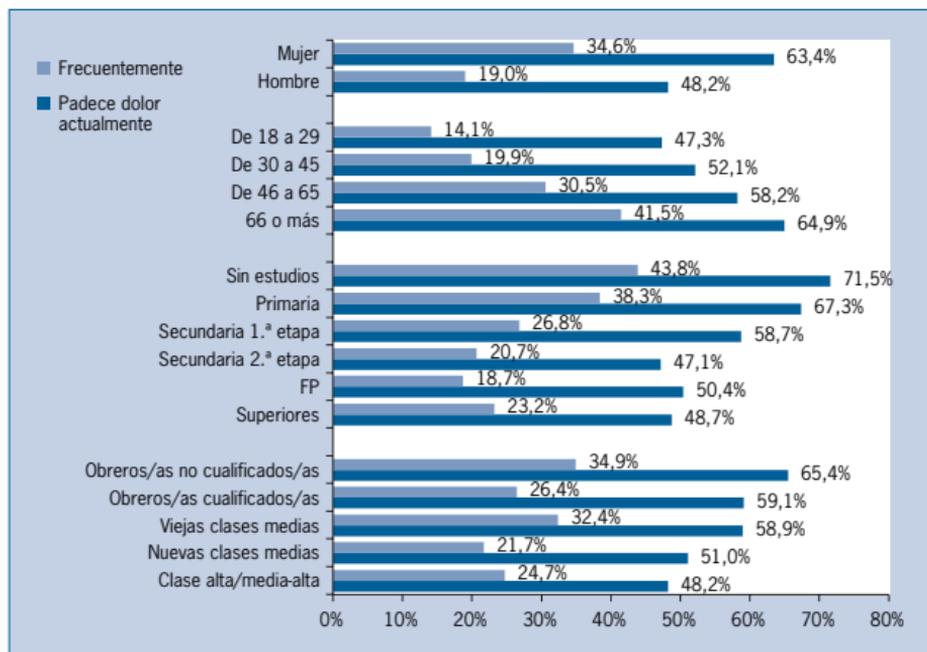
Se han analizado las principales características sociodemográficas de la ciudadanía y cómo estas afectan al dolor por ella referenciado. Se han analizado a nivel bivariado, es decir, su influencia una a una con el dolor, y a nivel multivariante, de forma que en este último análisis solo se observan aquellas relaciones que de forma conjunta son significativas. Las características sociodemográficas que se han analizado son: sexo de la persona entrevistada, edad, nivel educativo, situación laboral y estatus socioeconómico.

En el apartado anterior ya apuntamos que hombres y mujeres no muestran la misma intensidad de dolor. El sexo es además un elemento fundamental en el estudio del dolor, ya que no solo se ha contrastado que muestran distinta intensidad, sino que además las mujeres refieren mayor número de dolores padecidos, tienen mayor tiempo de dolor, y lo padecen con mayor frecuencia. Es decir, podemos decir que las mujeres tienen una experiencia de dolor más «completa». Además, su dolor más relevante lo están sufriendo en la actualidad en mayor porcentaje, dos de cada tres mujeres frente a menos de la mitad de los hombres, y es de origen más emocional y psicológico que en el caso de los hombres.

Muchos estudios antes ya habían puesto en evidencia que hombres y mujeres no perciben su salud de la misma manera, obteniendo las mujeres puntuaciones menores de salud percibida en la mayor parte de los estudios realizados (Rohlf y Artazcoz, 2000). Así, se ha contrastado que a pesar de que las mujeres presentan normalmente índices de mortalidad menores y mayor esperanza de vida, también padecen más enfermedades crónicas, mayores niveles de discapacidad, y reportan percepciones más negativas sobre su propio estado de salud, como se verá más adelante. A la vista de los datos podemos añadir que también tienen más dolor crónico, más tiempo de dolor, más frecuencia e intensidad, y lo están viviendo más en la actualidad. Desde el análisis sociológico se ha observado que estas diferencias no se deben únicamente a características biológicas, es decir, a que las mujeres gozan de peor salud, y tengan más dolor, sino que es necesario analizar estas diferencias desde su construcción social, es decir, a partir de diferencias sociales y culturales de hombres y

mujeres. Todo esto nos recuerda que si se quieren disminuir las desigualdades sociales en salud se debe analizar el género como un elemento clave de interés que, como estamos viendo afecta a la calidad de vida de algo más de la mitad de la población (gráfico 4.1).

Gráfico 4.1. Dolor según sexo, edad, nivel educativo y estatus socioeconómico de la persona entrevistada (padecer dolor actualmente y padecerlo frecuentemente)



N: 2.314 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Continuamos el análisis con la segunda variable clásica más utilizada en el análisis sociológico, la edad. Como cabría esperar la edad está relacionada con el dolor, manifestando mayor dolor en la actualidad, más tiempo de dolor y mayor frecuencia el último grupo etario. Como regla general los mayores son los que tienen más trastornos de salud, y por lo tanto refieren mayores niveles de dolor, principalmente de origen físico, mostrando menos dolor (relevante) de origen psicológico y emocional (gráfico 4.1).

El caso concreto de las personas mayores es de sumo interés, ya que sus problemas de salud suelen estar relacionados con pluripatologías y mayor cronicidad, pero, al mismo tiempo, pueden no mostrar mayor dolor debido a la «acomodación» de su percepción, es decir, de lo que consideran un dolor «normal» para su edad. Así, López (2007) afirma que existe evidencia científica que demuestra que el dolor de las personas ancianas no está bien recogido debido a sus dificultades para comunicarlo adecuadamente (Hitchcock, Ferrell y McCaffery, 1994).

El estado civil y la situación de convivencia también están relacionados con el dolor que reporta la población que vive en España. La situación de ruptura, ya sea por separación y/o divorcio, y fundamentalmente por viudedad, repercute negativamente en los dolores que padecen las personas, ya sea en la cantidad enumerada de ellos, ya sea en su frecuencia. Por el contrario, las personas solteras son las que menos dolores indican tener. No obstante, hay que tener en cuenta que el estado civil es una variable que está relacionada con la edad y con el sexo y que, por tanto, el efecto que encontramos puede ser un reflejo de estas. En cuanto al tipo de dolor que las personas indican como el más relevante destaca el alto porcentaje de

dolor de origen emocional que se observa entre las personas separadas o divorciadas, entre las que una de cada tres lo señala como el más relevante de su biografía, porcentaje similar al del grupo de personas viudas.

En cuanto al nivel de estudios alcanzado, otra variable clásica y fundamental del análisis sociológico, se observa que no está relacionado con el número de dolores que la persona ha dicho padecer, pero sí con el tiempo de dolor, la frecuencia y el padecimiento de dolor en la actualidad. No hay que olvidar que el nivel de estudios ha sido relacionado en numerosas investigaciones, de forma inversamente proporcional, con el estado de salud. Observamos en nuestro análisis que tener estudios superiores parece proteger contra el dolor, de forma que este se padece menos en la actualidad, y cuando se padece es con una menor frecuencia. Destaca el hecho de que las personas sin estudios o con estudios hasta primaria padezcan dolor en la actualidad en más del 67% de los casos (gráfico 4.1).

Por último, el estatus socioeconómico de las personas consultadas se asocia con el dolor que manifiestan sentir. Así, las clases altas o medias-altas indican padecer menos dolor y con menos frecuencia que el grupo de obreros no cualificados (gráfico 4.1). En definitiva, las conocidas como desigualdades sociales en salud, en este caso referidas al dolor, se hacen patentes, como ya se ha puesto de manifiesto en otros tantos estudios sobre desigualdades en salud (Borrell *et al.*, 2004; Borrell y Malmusi, 2010).

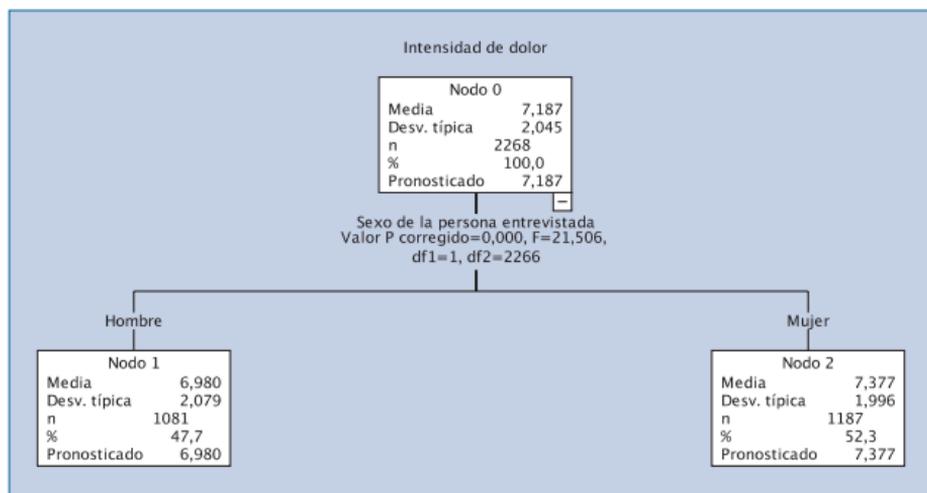
El análisis bivariado nos ha permitido conocer qué características de la población están relacionadas con el dolor de forma individual. Pero, como ya se ha comentado, las variables so-

ciodemográficas están en muchos casos relacionadas entre sí, por lo que la influencia en el reporte del dolor cuando se analizan una a una puede estar dando cuenta de dichas relaciones más que de la influencia real de cada variable. Por este motivo se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica, que tiene en cuenta las características de la población de forma conjunta (gráfico 4.2). Así, observamos que en la intensidad del dolor la variable que resulta realmente significativa es el sexo, siendo la media de las mujeres en intensidad de dolor mayor que la media de los hombres. Se incluyeron conjuntamente en el análisis el resto de variables sociodemográficas analizadas más arriba pero ninguna ha entrado en el modelo de segmentación jerárquica, que tiene como peculiaridad que la primera variable que entra condiciona la inclusión del resto.

En cuanto a si padece actualmente el dolor que identifica como el más relevante, en general, las mujeres son las que más lo sufren en la actualidad. La siguiente variable que resulta significativa es el nivel de estudios que divide a los hombres en dos grupos, los que tienen estudios iguales o inferiores a secundaria, que indican en su mayoría que padecen dolor actualmente, y aquellos otros con estudios superiores a secundaria, entre los que son mayoría los que no padecen dolor en la actualidad. En el primer grupo, el de los hombres con menor nivel de estudios, existen también diferencias que atienden al grupo de edad en el que se encuentren, diferenciándose dos grupos, los menores de 45 años y los mayores de esta edad. Como cabría esperar, son los hombres de mayor edad los que padecen dolor actualmente de forma mayoritaria. En el caso de las mujeres el nivel educativo forma tres grupos, el primero entre las que no tienen estudios, las que más dolor padecen

en la actualidad, un segundo grupo formado por las mujeres con estudios como máximo de secundaria, cuya incidencia de dolor baja notablemente respecto a las anteriores pero es superior al 65%, y un tercer grupo de mujeres con estudios superiores entre las cuales el dolor, aun siendo mayoritario en la actualidad, es 20 puntos inferior al de las mujeres sin estudios (gráfico 4.3).

Gráfico 4.2. Intensidad de dolor según variables sociodemográficas (sexo de la persona entrevistada)



N: 2.268 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor, o que indican que no saben o no quieren contestar sobre la intensidad del mismo: 196 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

En cuanto a la frecuencia de dolor, la categoría modal es «algunas veces», que elige el 41% de las personas entrevistadas que sufren o han sufrido algún dolor a lo largo de su vida. En este caso la variable que más discrimina es la edad, siendo los más jóvenes los que sufren más dolor esporádico, fundamentalmente los hombres jóvenes. Las personas mayores, y de nuevo las mujeres, son las que refieren sufrir dolor con una mayor frecuencia. De este modo, se confirma que las dos características fundamentales a la hora de explicar la frecuencia de dolor son la edad y el sexo, existiendo diferencias por esta última característica en todos los grupos etarios (gráfico 4.4).

4.2. Estilo de vida y estado de salud general

Como se ha comentado anteriormente, el estilo de vida se asocia de manera significativa con la salud de la población y, por ende, con el dolor que sufre. En este caso se han analizado tanto las horas de sueño reportadas como la calidad del mismo, el índice de masa corporal (IMC), y la forma física y actividad física que realiza la persona para establecer al menos tentativamente si diferentes estilos de vida influyen en el dolor de la población investigada. También se incluirá un análisis del estado de salud general de las personas entrevistadas y su relación con el dolor experimentado.

La media de horas que duerme la población española, según nuestro estudio, es de algo más de 7 (7,24 horas). Se ha observado correlación entre las horas que se duerme y el nivel de descanso que indica la persona que obtiene: medido a través de su percepción de descanso, es decir, su calidad de

sueño. Así, las personas que indican que descansan poco o nada duermen entre una y dos horas menos que las personas que dicen estar totalmente descansadas.

En cuanto al IMC, es un indicador que se relaciona tradicionalmente con la salud, al igual que lo hacen el sedentarismo y la actividad. Asumiendo que el dolor, la enfermedad y en general el estado de salud están relacionados, nos ha parecido interesante conocer si el dolor también manifiesta relación con este índice de alguna forma. Las personas encuestadas muestran unos valores altos de sobrepeso y obesidad, algo por encima de los valores poblacionales encontrados en otros estudios. Así, una de cada tres personas muestra sobrepeso, mientras que una de cada seis tiene obesidad. Nos parece interesante constatar la relación (estadísticamente significativa) de este indicador con la frecuencia y el tiempo de dolor que padecen las personas encuestadas, de forma que, a mayor IMC, mayor tiempo de dolor sufren y de forma más frecuente (tabla 4.1). En este sentido, son muchos los estudios (Medrano et al., 2005) que ponen en relación peso y salud, así como el estilo de vida sedentario y la mala alimentación, con el aumento de peso en las sociedades contemporáneas, que además se relaciona con dolores de diversa índole.

En cuanto a la actividad principal que realizan las personas consultadas y su relación con el dolor, observamos que aquellas personas que realizan trabajo pesado o su actividad principal se desarrolla de pie sin grandes desplazamientos son las que tienen una media menor de dolores, frente a las personas que durante su jornada laboral están caminando o sentadas, principalmente (gráfico 4.5).

Tabla 4.1. Correlaciones entre el IMC y la frecuencia y tiempo de dolor

		IMC	F. dolor	Tiempo dolor
IMC	Correlación de Pearson	1	0,115**	0,071**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,001
	N	2.290	2.290	2.035
Frecuencia dolor	Correlación de Pearson	0,115**	1	0,320**
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000
	N	2.290	2.464	2.172
Tiempo dolor	Correlación de Pearson	0,071**	0,320**	1
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	
	N	2.035	2.172	2.172

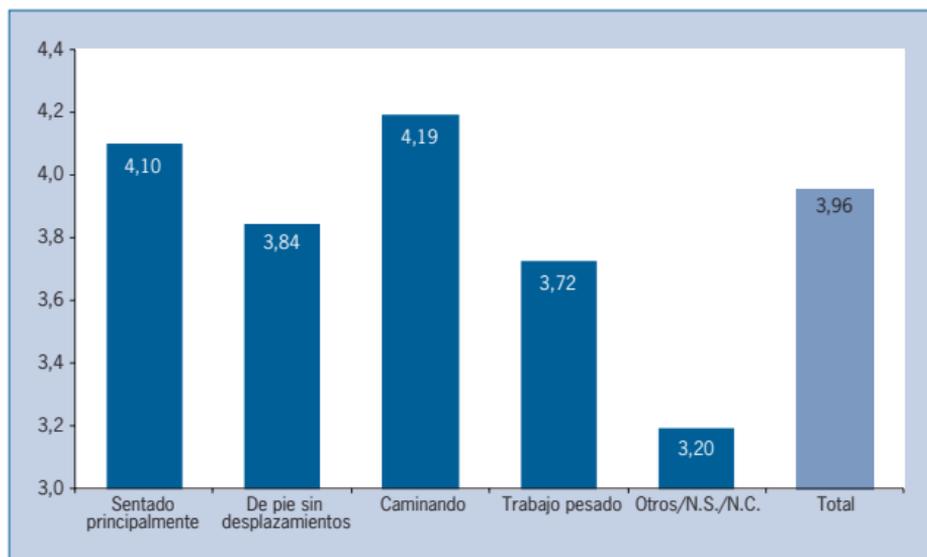
** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

No hay diferencia en la intensidad del dolor según actividad principal, ni tampoco respecto al tipo de dolor que padece, o la frecuencia del mismo.

Por otro lado, respecto a la forma física, en general las personas entrevistadas consideran que tienen una buena forma física (39,5%) o que esta es normal (38,7%), pero aun así a la mayoría le gustaría mejorarla (76,5%). Así, a pesar de valorar positivamente su forma física, existe un interés por mejorarla, aunque, como era lógico pensar, este interés es mayor cuando se ha valorado de forma negativa. A este respecto, se ha contrastado también relación estadísticamente significativa entre la descripción de la forma física y el dolor: tanto en el tiempo de dolor,

como en la frecuencia, como en el tipo de dolor que se padece. Las personas que indican que no padecen dolor son las que se muestran más satisfechas respecto a su forma física, como cabía esperar. En cuanto a la frecuencia de dolor, aquellos en los que su dolor no se manifiesta casi nunca tienen una mejor percepción de su forma física que las personas con dolor frecuente, entre los que un 29% valoran su forma física como mala o muy mala. También afecta el tipo de dolor padecido, principalmente cuando se trata de dolor de origen físico y psicológico, por encima del dolor de origen emocional (gráfico 4.6).

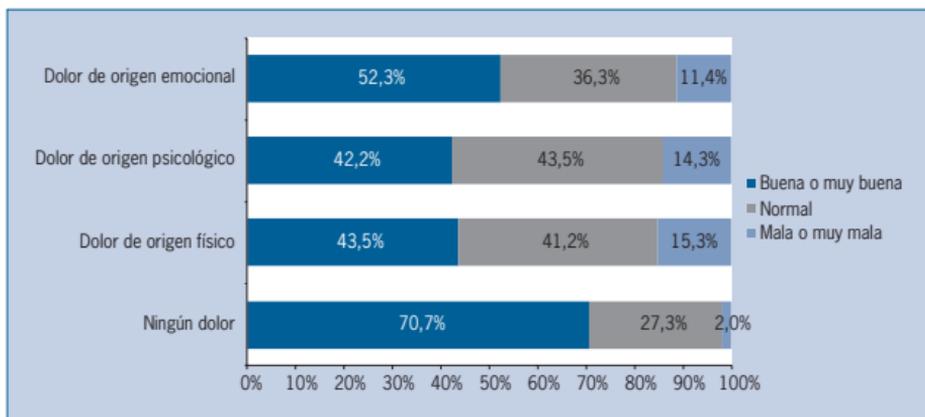
Gráfico 4.5. Número medio de dolores a lo largo de la vida de la persona entrevistada según actividad principal



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Gráfico 4.6. Valoración de su forma física según tipo de dolor principal

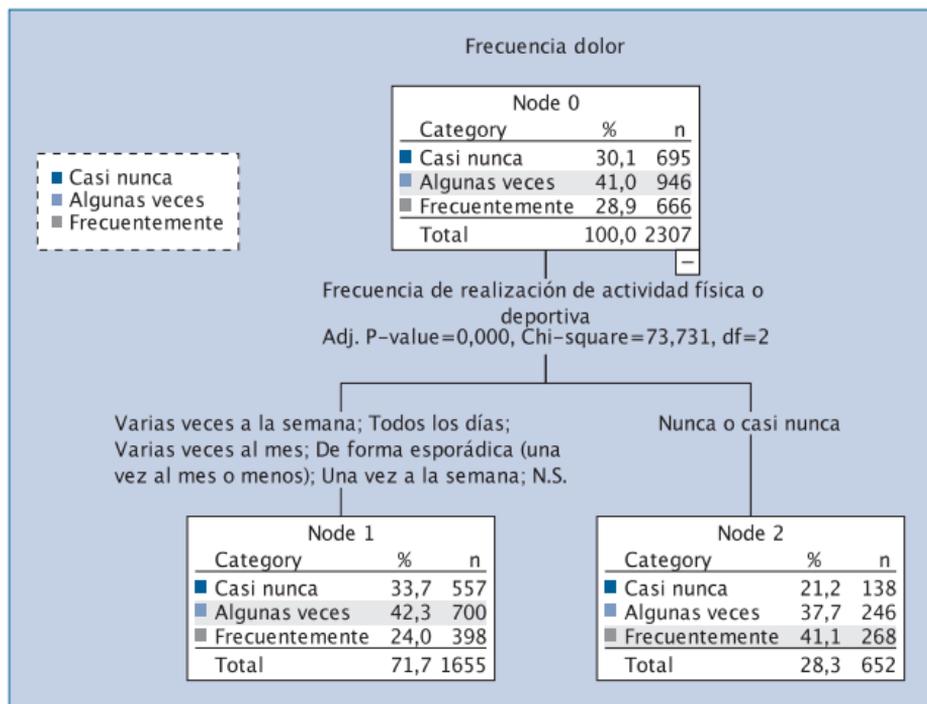


N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Por último, si se analiza la actividad deportiva que dice realizar la población y su relación con el dolor, se observa que, aunque existen diferencias significativas entre la cantidad de deporte que se realiza (medida en frecuencia) y el dolor, cuando se realiza un análisis de segmentación jerárquica, estas diferencias se diluyen y no parece influir la cantidad de deporte que se realiza sino la dicotomía entre realizar deporte o no realizarlo, que, como se observa en la siguiente figura, hace cambiar la categoría modal en la variable frecuencia de dolor de «algunas veces» a «frecuentemente» (gráfico 4.7).

Gráfico 4.7. Frecuencia de dolor según actividad deportiva realizada



N: 2.307 (excluidas las personas que no contestan esta pregunta: 157 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

En definitiva, podemos concluir que llevar un estilo de vida activo, realizando actividades físicas y deportivas, supone que la persona tiene menos dolores. Si hacer deporte hace que tenga menos dolor o si tener menos dolor hace que se realice más deporte no ha quedado establecido y sería un análisis interesante a realizar en un futuro.

Por su parte, también es de suponer que el estado de salud y el dolor están estrechamente relacionados, y más aún cuando el indicador del estado de salud es autorreportado. En este caso se ha considerado pertinente analizar la salud de la población con tres indicadores del cuestionario: salud percibida, salud percibida en comparación con las personas de su misma edad y sexo, y salud percibida en comparación con su salud hace un año.

Tomando como referencia la definición que realiza la OMS sobre la salud, que considera esta como un estado completo de bienestar, que trasciende lo puramente físico para tener en cuenta la multidimensionalidad del concepto, su percepción subjetiva se convierte en uno de los indicadores más importantes para el conocimiento de la salud de la población, ya que en su autoevaluación las personas no tienen en cuenta únicamente aspectos físicos, sino también mentales, psicológicos, sociales, etc. En definitiva, el estado de salud percibido, definido como la percepción que la población tiene sobre su propia salud, constituye un indicador contrastado y fiable de la salud general (en su definición más global) de la población (Idler y Benyamini, 1997; Ruiz *et al.*, 2003).

En general, más de la mitad de la población (57%) valora su salud como buena o muy buena, valores que alcanzan al 60% entre los hombres, siendo este valor del 54% para las mujeres. Indica que su salud es normal más del 30% de la población e indica que su salud es mala o muy mala el 11% restante, siendo la diferencia entre hombres y mujeres de 4 puntos porcentuales a favor de ellas.

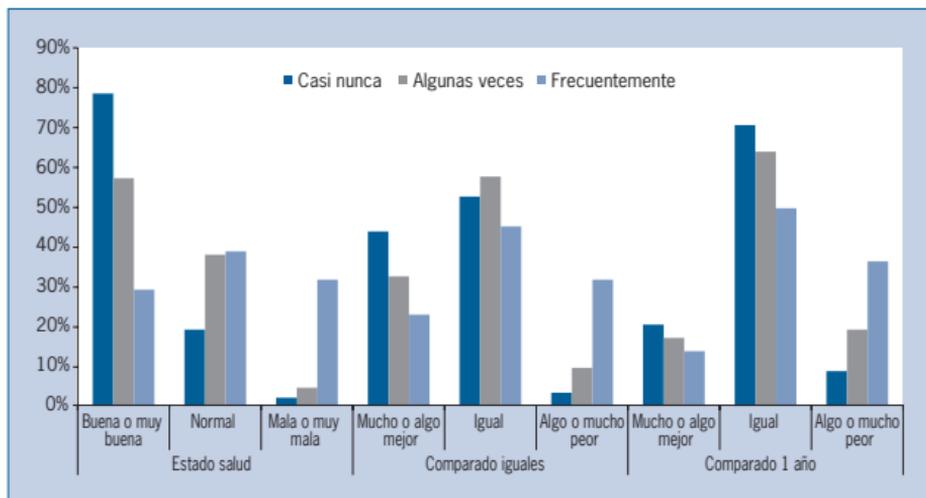
También se les ha preguntado si consideran que su salud es mejor o peor que la de sus iguales, comparando con personas de su misma edad y sexo. Esta comparación es interesante ya que en muchas ocasiones, las personas, y en especial las personas mayores, para dar cuenta de su estado de salud lo hacen en comparación con sus iguales y no con un estándar de salud general, lo que explica, por ejemplo, que personas de mayor edad manifiesten una buena percepción de su salud en el mismo grado que personas más jóvenes y menos afectadas por determinadas dolencias u otras limitaciones. En este sentido, en general la población considera que tiene una salud similar a la de sus iguales, siendo algo más positivos en la comparación los hombres que las mujeres, ya que entre ellos se muestra un mayor porcentaje de personas que indican que se encuentran mejor que las personas de su grupo etario y de sexo.

Por último, también se les pide que comparen su salud con la de hace un año, y en general también manifiestan que es igual en este intervalo temporal, mostrando una visión negativa de esta evolución el 16% de los hombres y el 23,5% de las mujeres.

Así, como estamos indicando, la percepción de salud de la población es bastante positiva. Ahora analizaremos si las variables que miden el dolor están relacionadas con dicha percepción.

En cuanto a la frecuencia con la que las personas entrevistadas sufren dolor, se observa que aumenta la frecuencia cuando valoran su salud como mala o muy mala, cuando creen que es peor que la de sus iguales y cuando ha empeorado en el último año (gráfico 4.8).

Gráfico 4.8. Frecuencia de dolor según salud percibida



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

También se produce esta relación respecto a la intensidad del dolor sufrido, que aumenta de forma significativa en casi un punto entre las personas que indican que su salud es buena o muy buena y las personas que dicen que es mala o muy mala. Por su parte, el tipo de dolor que padece la persona también afecta a su salud. Así, si su dolor es de origen físico o psicológico manifiesta peor salud que si su dolor es de origen emocional. Lo mismo ocurre respecto a la salud comparada temporalmente y con sus iguales.

4.3. Vida social, bienestar y personalidad

Medir la calidad de vida o bienestar de una población no es una tarea sencilla, ya que este concepto tiene una naturaleza multidimensional en la que puede ser difícil abarcar todos los aspectos fundamentales de una persona. Se trata fundamentalmente de una medida subjetiva, que analiza cómo se percibe a sí misma la persona en ciertos aspectos de su vida, tales como la vida familiar, las relaciones de pareja y de amigos o sociales, el trabajo, el tiempo libre, etc. No hay una única escala de bienestar contrastada, y dependerá de los objetivos de la investigación que se realice con mayor o menor exhaustividad.

En nuestro caso, en general, las personas se muestran satisfechas con su vida. Se pidió a las personas entrevistadas que valoraran su vida, en diferentes aspectos, en una escala de 0, «completamente insatisfecho», a 10, «completamente satisfecho», obteniendo valores medios de más de 7 en todos los indicadores, valorando especialmente bien la vida familiar y en pareja, y siendo lo peor valorado, a pesar de obtener buena puntuación, el tiempo libre y el trabajo (con puntuaciones de 7,11 y 7,26 de media, respectivamente).

Con el objetivo de resumir la información que se obtiene de estas preguntas se ha realizado un análisis factorial exploratorio de componentes principales y rotación varimax, obteniéndose un solo factor, que resume más del 42% de la variabilidad total de las siete variables incluidas. Este nuevo indicador, al que hemos llamado «bienestar», es una variable estandarizada de media 0 y desviación típica 1, pero que ha sido recodificada

con valores que van del 0 al 10 para que sea más fácilmente interpretable (tabla 4.2).

Tabla 4.2. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados de «bienestar»

Matriz de componente rotado ^a	Componente
	1
Su vida en general	0,808
El trabajo que realiza	0,445
Su vida familiar o relaciones familiares	0,702
El tiempo libre del que dispone	0,464
Sus amigos/as y relaciones sociales	0,673
Su relación de pareja o sentimental	0,589
Escala de felicidad (0-10)	0,768

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: varimax con normalización Kaiser.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

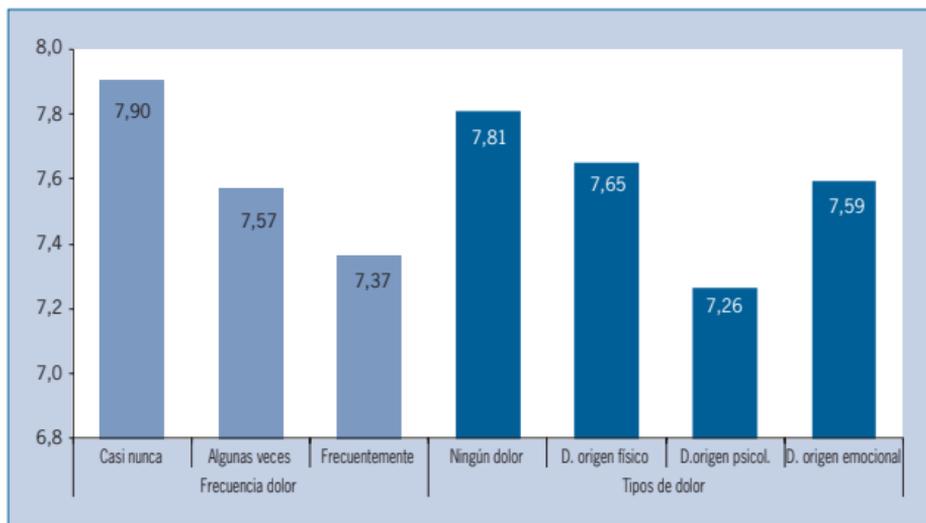
Una vez que se ha obtenido esta nueva variable hemos analizado si el bienestar que manifiesta una persona con su vida está influido por el dolor que indica padecer. Así, como

puede observarse en la siguiente figura, a mayor frecuencia de dolor, menor bienestar presentan las personas consultadas, a pesar de que, como se ha indicado, este nivel es muy alto. También se asocia al bienestar el tipo de dolor que se padezca, siendo el dolor de origen psicológico el que más pesa en la bajada de los indicadores de bienestar de la persona, seguido del dolor de origen emocional (gráfico 4.9).

En cuanto a la personalidad, se ha analizado si las características de personalidad de la población se asocian al dolor. En psicología está muy extendido el modelo de los cinco grandes de la personalidad, que analiza cinco dimensiones de personalidad partiendo de la investigación de Goldberg (1993). Esta teoría distingue los siguientes elementos de la personalidad: extraversión; apertura (al cambio); responsabilidad; amabilidad, y neuroticismo. No obstante, en nuestra investigación hemos obtenido, a partir de un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax, cuatro factores claros, que corresponderían con los descritos por la teoría a excepción del factor «amabilidad»⁴. Estos cuatro factores explican el 57% de la varianza de las diez características preguntadas.

⁴ Si se fuerza el análisis se obtienen los cinco factores de la teoría de Goldberg, pero menos claros que si se deja que el análisis sea más puro, menos forzado, de tal forma que salen de forma espontánea cuatro factores.

Gráfico 4.9. Valores medios de bienestar según frecuencia y tipo de dolor



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Antes de realizar el análisis factorial se cambió el sentido de los indicadores para que las frases, que están escritas en sentido positivo, mantengan la dirección de dicho sentido, de forma que a más valor, mayor acuerdo con dicha frase. El resumen del análisis se puede ver en la tabla 4.3.

Al igual que hiciéramos en el caso del análisis del bienestar, los factores resultantes son variables estandarizadas con valor de media 0 y desviación típica 1. Se han recodificado para que tenga valores comprendidos entre el 0 y el 10 y que de esta forma sea más fácilmente interpretable.

Tabla 4.3. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados de «personalidad»

Matriz de componente rotado ^a	Componente			
	Apertura	Neuroticismo	Extraversión	Responsabilidad
Tiende a ser reservado/a	0,073	0,081	0,832	-0,052
Tiende a ser perezoso/a	0,140	0,147	0,252	0,713
Se deja dominar por el estrés	-0,024	0,763	0,073	0,220
Le resulta fácil ponerse en el lugar de los/as demás	0,624	0,037	0,020	-0,151
Tiene interés por lo artístico	0,741	-0,080	-0,003	0,100
Es extrovertido/a y sociable	0,318	-0,031	-0,697	-0,123
Tiene tendencia a criticar a los/as demás	0,081	0,321	-0,224	0,447
Realiza concienzudamente las cosas que tiene que hacer	0,260	0,079	0,043	-0,715
Se pone nervioso/a con facilidad	0,024	0,849	0,066	-0,064
Tiene mucha imaginación	0,663	0,071	-0,212	0,013

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: varimax con normalización Kaiser.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

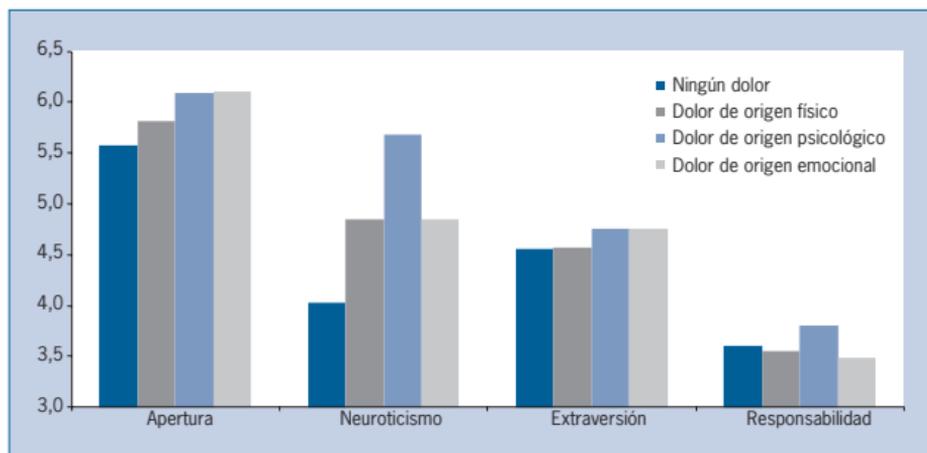
Cada factor está formado por todos los ítems, teniendo cada ítem el peso que se ha observado en la matriz de componentes, en la que podemos observar qué variables son las que más contribuyen a formar el factor, aquellas que más peso tienen en el mismo, y el sentido que tienen, positivo o negativo, y así, debemos interpretar cada factor del siguiente modo:

- **Apertura.** En este factor tienen un peso importante las respuestas a «le resulta fácil ponerse en el lugar de los/as demás»; «tiene interés por lo artístico», y «tiene mucha imaginación».
- **Neuroticismo.** Toma su mayor peso de las variables «se deja dominar por el estrés» y «se pone nervioso/a con facilidad».
- **Extraversión.** Toma su peso de «tiende a ser reservado/a» y «es extrovertido/a y sociable», la primera variable, en sentido positivo (es decir, en el sentido introvertido de la personalidad), y la segunda variable, en sentido negativo (de forma que también se debe entender como introversión).
- **Responsabilidad.** Formado por las variables «tiende a ser perezoso/a» y «realiza concienzudamente las cosas que tiene que hacer», de igual forma que en el factor anterior, la primera, en sentido positivo, y la segunda, en sentido negativo, por lo que se mide la no responsabilidad.

En cuanto a la relación entre personalidad y dolor, se ha observado que las personas en las que el factor neurótico tiene mayor peso son las que sufren de dolor psicológico. Por su

lado, las personas con mayor empatía y desarrollo de su lado artístico, es decir, las personas con una personalidad más marcada por la apertura, sufren en mayor medida dolor de origen emocional (gráfico 4.10).

Gráfico 4.10. Tipo de dolor según personalidad de la persona entrevistada



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Hay estudios que han relacionado los rasgos de personalidad con el padecimiento de ciertas enfermedades, como, por ejemplo, la fibromialgia (Fernández, 2017), que tienen un componente fundamentalmente doloroso. En todo caso, el estudio de los rasgos de personalidad en el dolor se basa en el modelo cognitivo-conductual, que indaga sobre la adaptación del paciente al dolor, y analiza qué comportamientos y creencias son más beneficiosos para minimizar el sufrimiento. En este

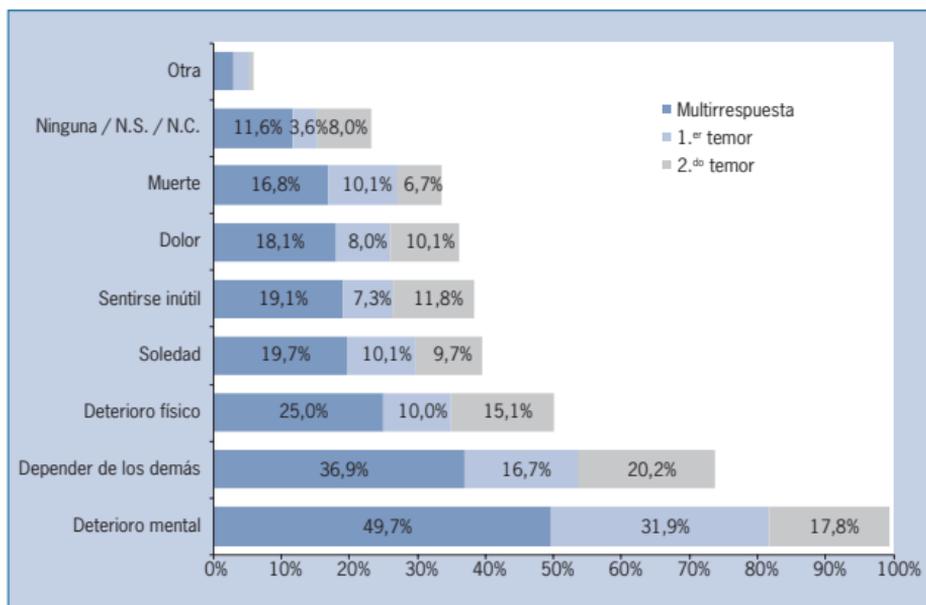
sentido, creemos que también son un elemento a tener en cuenta en la percepción del dolor, por cuanto hemos observado que las personas con distinto tipo de personalidad sufren fundamentalmente diferentes tipos de dolor, algo que *a priori* no puede explicarse por la simple «casualidad».

4.4. Temores futuros y creencias religiosas

El dolor no es lo que más preocupa a la ciudadanía. Al inicio del cuestionario, antes de introducir el tema del dolor, se les preguntó: «¿A cuál de las siguientes situaciones teme Ud. más en el futuro? ¿Y en segundo lugar?». El dolor aparece en sexto lugar, por detrás del deterioro mental y pérdida de memoria, que es lo más temido por la población, en segundo lugar se encuentra la dependencia respecto a otras personas, el deterioro físico ocupa el tercer lugar, seguido de la soledad y el sentirse inútil, que ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente.

Parece que la ciudadanía antepone la salud mental a la salud física de forma muy clara y contundente. Casi el 32% lo mencionan como primer temor, y de forma conjunta es indicado como el peor temor por casi el 50% de la población. En cuanto a la salud física, es menos temida, aunque supone un 25% de las respuestas, pero sí que es mucho más temido que esto suponga una limitación de su autonomía, teniendo que depender de los demás, que se sitúa, como hemos indicado, como segunda opción, mencionada por casi el 37% de las personas entrevistadas, principalmente como segundo temor (gráfico 4.11).

Gráfico 4.11. Situación que más teme la persona entrevistada en el futuro

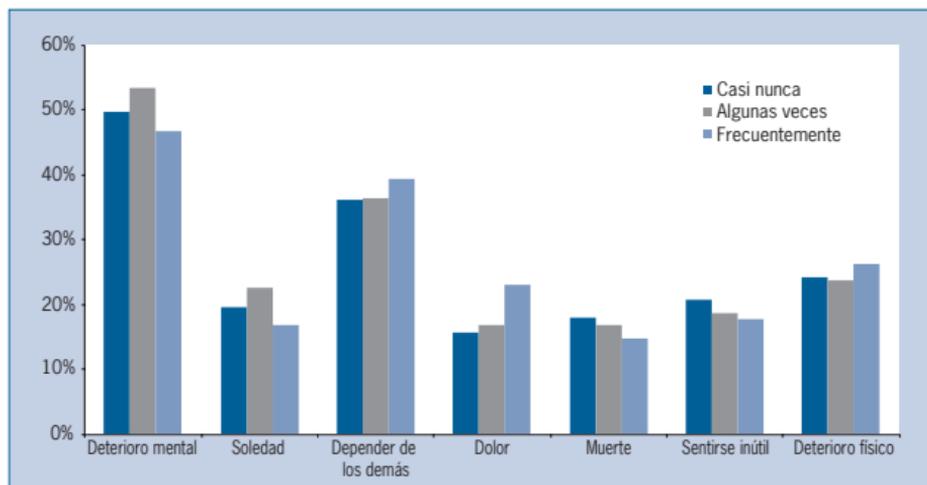


N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Tener dolor frecuente está relacionado con el temor que se tiene a sufrir dolor. Así, entre las personas que dicen no sufrir dolor y las personas que experimentan dolor frecuentemente, hay una diferencia de ocho puntos porcentuales en la mención del dolor como temor principal. También se observan diferencias importantes en el temor al deterioro mental, que es de más de catorce puntos entre los que no tienen dolor y las personas que sufren dolor algunas veces. Para las personas que dicen no recordar o no haber sufrido dolor, el temor fundamental en un futuro es el deterioro físico (gráfico 4.12).

Gráfico 4.12. Temores futuros según frecuencia de dolor



N: 2.314 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

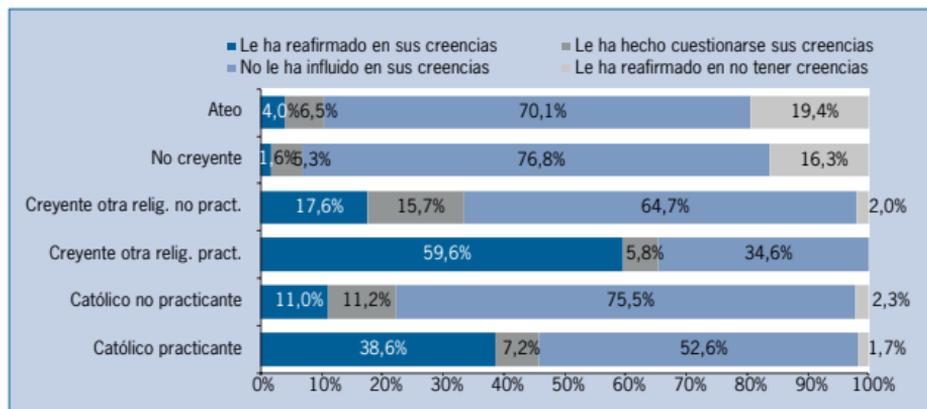
Por otro lado, resulta interesante analizar si las creencias religiosas tienen asociación con la percepción de dolor, que, como ya hemos mencionado, no solo es físico, sino que tiene componentes psicológicos, emocionales y sociales que se asocian con la forma en que se vivencia. Es por ello que las creencias religiosas, que en su mayoría han teorizado sobre el dolor, y lo han interpretado, bien como castigo divino, bien como prueba de fe, de estoicismo ante las dificultades, son de gran interés para el análisis social del dolor.

La población a la que hemos entrevistado se manifiesta en general como católica, ya sea no practicante (más de la mitad de las personas consultadas: 51,1%) o como practicante (15,7%).

El siguiente grupo por porcentaje de respuesta es el de los no creyentes, que supone el 17%, seguido de los ateos, que son el 9,3%. Un porcentaje muy pequeño son creyentes de otra religión, un 2,5% y un 2,4% entre no practicantes y practicantes.

Se les pregunta si el haber vivido un episodio de dolor, ya sea en primera persona o a través de la vivencia de un familiar o amigo cercano, les ha hecho replantearse sus creencias en materia religiosa. Para la mayoría, la experiencia dolorosa no ha influido en cómo se definen en cuanto a sus creencias, reafirmando las mismas principalmente entre las personas que se definen como católicos practicantes o creyentes de otra religión también practicantes (gráfico 4.13).

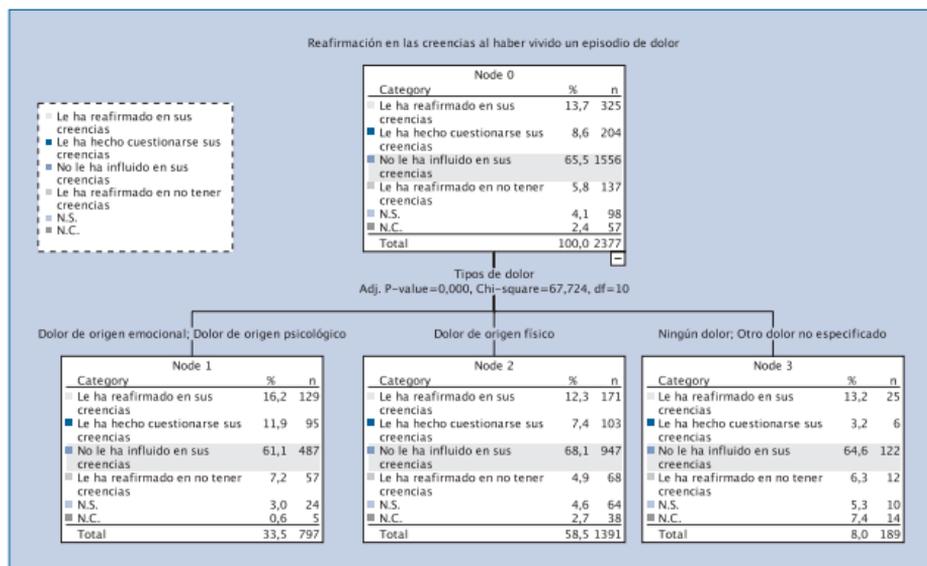
Gráfico 4.13. Modificación de sus creencias después de una experiencia dolorosa según práctica religiosa



N: 2.464 (excluidas las personas que no han padecido dolor o que no contestan esta pregunta: 242 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Gráfico 4.14. Modificación de sus creencias después de una experiencia dolorosa según tipo de dolor



N: 2.377 (excluidas las personas que no han padecido dolor o que dicen no conocer a nadie que haya padecido dolor: 87 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

A pesar de que, como se ha comentado, en general, las personas no creen que el dolor haya modificado este aspecto de su vida religiosa, es significativo que las personas que más indican que se han cuestionado sus creencias debido al dolor son aquellas cuyo dolor principal es de origen emocional o psicológico. Quizá el sentido que se le otorga a este tipo de dolor esté en la base de las diferencias encontradas en nuestro estudio. Otros estudios han puesto de manifiesto, no obstante, que las creencias religiosas tienen influencia en la

forma en que se afronta el dolor, ya sea para darle sentido, para ser más «estoicos» ante el mismo, para evitar la medicación, etc. (Goya y Martín, 2010), aunque estos parámetros podrían ser también de tipo cultural y no solo religioso (gráfico 4.14).

5. Elementos sociales del dolor

En el capítulo se abordan una serie de cuestiones que medidas en el cuestionario nos facilitan comprender la naturaleza social e/o intersubjetiva del dolor como son la empatía, los significados compartidos o la forma en que se afronta.

Como hemos sostenido desde el comienzo de esta obra, el dolor no es un hecho únicamente biológico, sino que está compuesto por características y elementos psicológicos y sociales que, cuando menos, le confieren significado. No se vive el dolor de igual forma en diferentes sociedades, culturas y estructuras sociales, por lo que es evidente que el componente social del dolor no solo es de interés para la sociología sino para comprender de forma completa y adecuada un fenómeno complejo e importante como el dolor. Además, el dolor, aunque es una experiencia, y por ende es siempre subjetiva, no se vive únicamente en primera persona (el dolor privado), sino que también es intersubjetivo, social, lo cual le confiere la capacidad de que pueda ser comprendido por los demás e incluso que se pueda sentir empatía: en ocasiones hacia una persona concreta, en ocasiones hacia un colectivo (el dolor social). Y es evidente también que no todos los «tipos» de dolor ni todas las personas que lo sufren disfrutan de la misma empatía y/o legitimidad social.

5.1. Empatía y legitimidad social del dolor

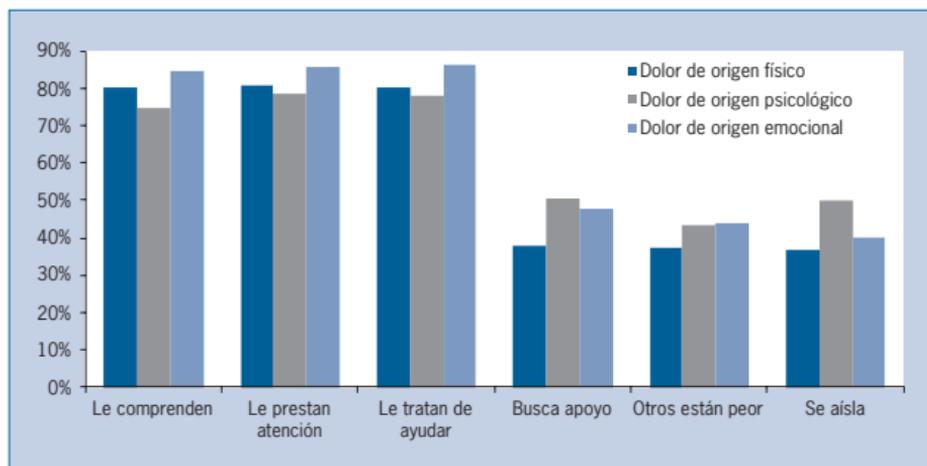
Ante un problema de salud, como es el dolor, hay personas que se aíslan de forma intencional, y otras que se sienten solas pero les gustaría recibir apoyo. Son las dos caras de un mismo hecho, recibir comprensión y apoyo de los demás, ya sea porque se solicita, ya sea porque es recibido sin necesidad de reclamarlo. Es a lo que hemos llamado empatía social y constituye un elemento esencial de la intersubjetividad y el bienestar personal.

En general, las personas encuestadas dicen recibir más ayuda y empatía social de la que solicitan o buscan activamente. Ocho de cada diez personas consultadas sienten que los demás, familiares y amigos, les comprenden, les prestan atención y les tratan de ayudar cuando sienten dolor. Sin embargo, son solo cinco de cada diez los que buscan apoyo de forma más activa cuando tienen un episodio doloroso. Además, este mismo porcentaje piensa que otras personas están peor que él/ella para tratar de consolarse. Por su parte, un 38% se aísla y trata de pasar el dolor solo/a, sin la ayuda de los demás. Resulta interesante constatar, como se podrá ver más adelante, que la relación con los demás, el buscar su apoyo o buscar distraerse con otras personas, es una de las estrategias de afrontar el dolor de muchas personas consultadas.

Es interesante constatar que existen diferencias estadísticamente significativas en la búsqueda de apoyo externo y en la comprensión de «los otros» que reciben las personas ante un dolor de diverso origen. El dolor que más apoyo recibe es el de origen emocional, si bien, al mismo tiempo, provoca un

alto autoaislamiento. Por su parte, el dolor menos comprendido parece ser el dolor de origen psicológico, que no solo recibe menos apoyo externo, sino que además es el que más aislamiento provoca (gráfico 5.1).

Gráfico 5.1. Empatía social según tipo de dolor (según origen)



N: 2.314 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor: 150 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Se ha realizado un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para resumir la información que contienen estas seis variables y el resultado son dos factores, que explican el 66,6% de la variabilidad total. El primer factor corresponde fundamentalmente a la ayuda externa que recibe, y el segundo, con una postura de aislamiento (las

tres últimas variables están en sentido opuesto). La variable de búsqueda activa de apoyo queda en una posición intermedia entre ambos factores (tabla 5.1).

Tabla 5.1. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados «empatía social»

	Componente	
	Ayuda externa	Aislamiento
Le comprenden	0,895	-0,006
Le prestan atención	0,929	0,033
Le tratan de ayudar	0,919	0,024
Busca apoyo en otras personas	0,424	0,598
Intenta pensar en otras personas que están peor que Ud.	0,091	0,855
Se aísla y trata de pasarlo solo/a	-0,177	0,423

Método de extracción: análisis de componentes principales.

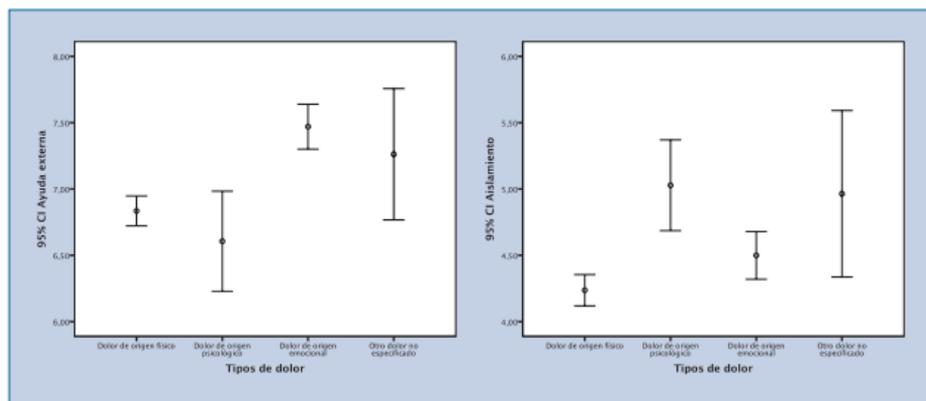
Método de rotación: varimax con normalización Kaiser.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Si se analiza el valor de cada factor según la frecuencia de dolor que tiene la población, se observa que el primer elemento, aquel que hace referencia a la ayuda externa, muestra diferencias significativas respecto al dolor de origen emocional (en el que el valor del factor ayuda es más alto), y no entre el dolor de origen físico y psicológico, como puede observarse en la interposición de intervalos en la siguiente figura. En cuanto al segundo factor, aquel que hace referen-

cia al aislamiento, se produce un efecto totalmente distinto, mostrando diferencias principalmente el dolor de origen psicológico (gráfico 5.2).

Gráfico 5.2. Valor medio e IC de los factores «ayuda externa» y «aislamiento» según tipo de dolor

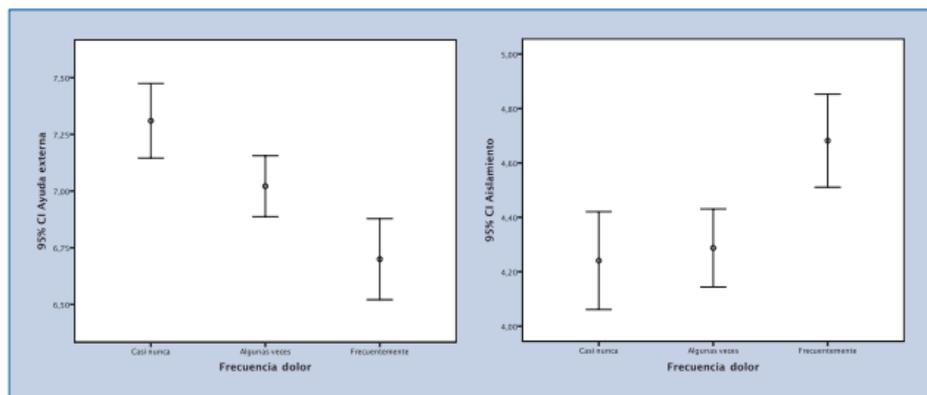


Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

En cuanto a la frecuencia de dolor, se observan diferencias significativas entre no padecer dolor casi nunca y el resto de categorías para recibir ayuda de los demás sin solicitarla, y de nuevo se produce el efecto contrario cuando la variable es el aislamiento, que toma mayor valor entre aquellas personas que tienen dolor frecuentemente frente a las otras dos categorías de análisis (gráfico 5.3). Puede parecer paradójico que cuanto mayor es la frecuencia de dolor menos ayuda parece recibir la persona doliente, lo cual nos lleva a entender el sufrimiento psicológico y social que se une al dolor crónico.

Otro elemento que se ha analizado es la percepción que tiene la población sobre cuál es el peor dolor que se puede padecer. Nos ha parecido interesante por cuanto aquellos dolores que son identificados como los «peores» serán probablemente los que obtengan mayor legitimidad social. Así, se considera en términos generales que el dolor de origen emocional es el peor (47,8% así lo menciona), seguido del dolor de origen físico (36,4%) y, por último, el dolor de origen psicológico, que es mencionado por muy pocas personas (solo el 7,2%).

Gráfico 5.3. Valor medio e IC de los factores «ayuda externa» y «aislamiento» según frecuencia de dolor

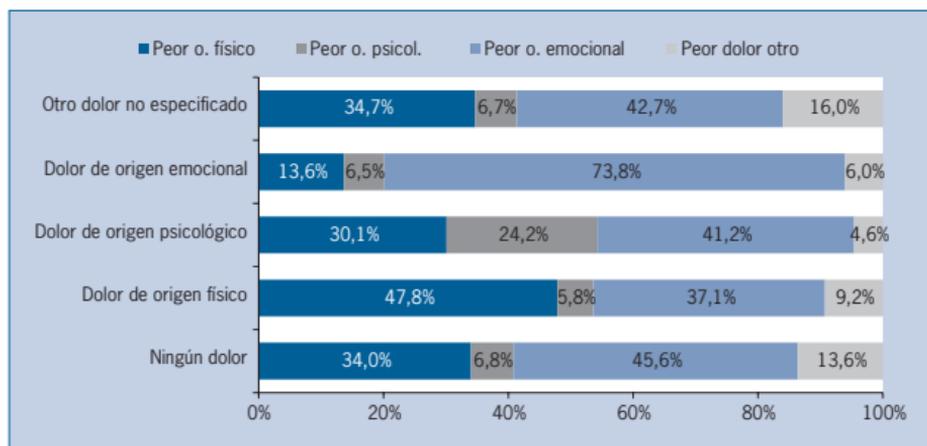


Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Cuando se tiene en cuenta cuál es el dolor más relevante que ha padecido la persona, y cuál cree que es el peor dolor que se puede padecer, se observa que, en general, repercute mu-

cho el dolor ya vivido como el peor, ya que hace que aumente el porcentaje que lo menciona, principalmente cuando el dolor emocional es referido como el peor en la biografía personal (gráfico 5.4).

Gráfico 5.4. Peor tipo de dolor que se puede padecer según tipo de dolor padecido



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Si se analizan las variables sociodemográficas que se asocian a la percepción de cuál es el peor dolor que se puede padecer, y, por tanto, aquel que tendría mayor «comprensión social», se observa que los hombres temen algo menos el dolor de origen emocional que las mujeres. Entre ellos, el estatus socioeconómico hace que cambie la categoría modal al dolor físico en el grupo de obreros cualificados. En cuan-

to a las mujeres, en todas ellas el peor dolor que se puede padecer es el emocional, pero sobre todo entre las mujeres de más de 45 años, entre las que el dolor psicológico se reduce hasta el 5%.

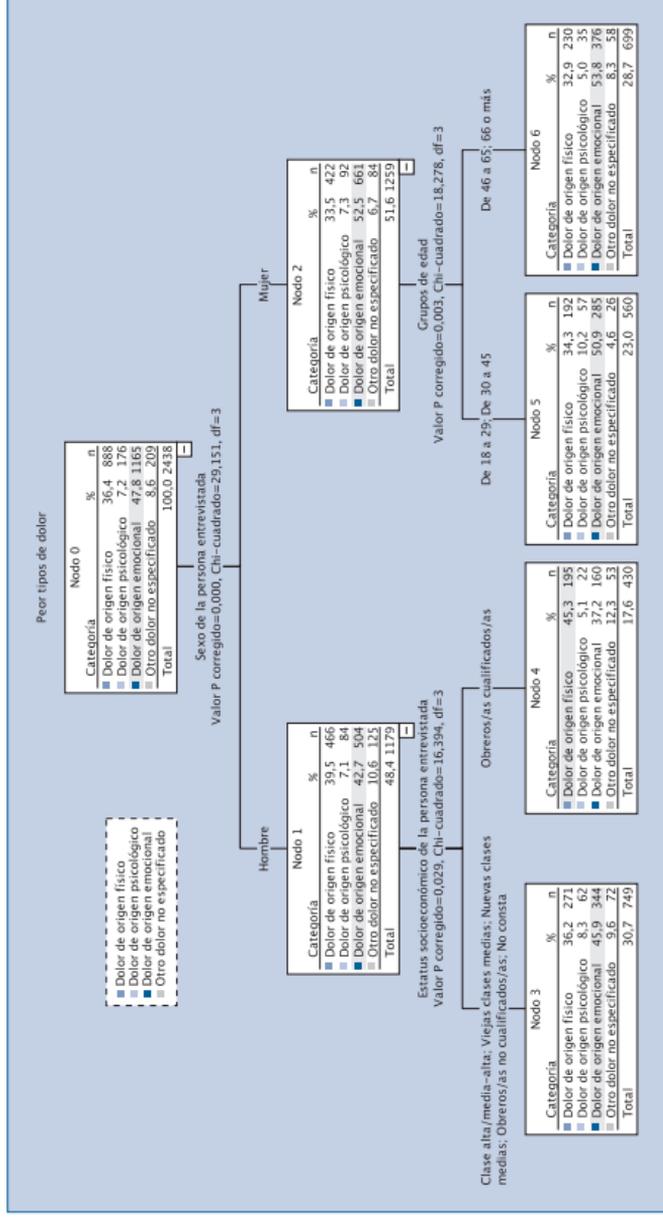
Destacar que el dolor de origen psicológico se muestra como un padecimiento «poco» importante, no reconocido especialmente, que, sin embargo, o quizá debido a ello, lleva al aislamiento social. Es un dolor difícil de ver por el ojo ajeno, con el que es difícil empatizar, y no exento de prejuicios sobre su veracidad. Solo las personas que lo han padecido parecen comprender algo más su importancia (gráfico 5.5).

5.2. Significados sociales del dolor

Se pidió a las personas entrevistadas que identificaran distintos tipos de dolor con diferentes palabras, que consideramos que indican de forma sintética qué entiende la persona cuando habla de un dolor determinado, al clasificarlo como «natural», «enfermedad», «angustia o miedo», «sufrimiento» «ira» o «resignación». Como se puede observar en el gráfico, el dolor entendido como algo «natural» es identificado principalmente con el dolor por un parto, siendo la definición principal de este tipo de dolor (así lo consideran casi el 73% de las personas entrevistadas). Para más del 20% también es natural el dolor por la muerte de un ser querido, y el dolor intenso y corto, como, por ejemplo, el de una fractura de un hueso. Como «enfermedad» se identifica principalmente el dolor constante pero soportable, lo que podríamos conside-

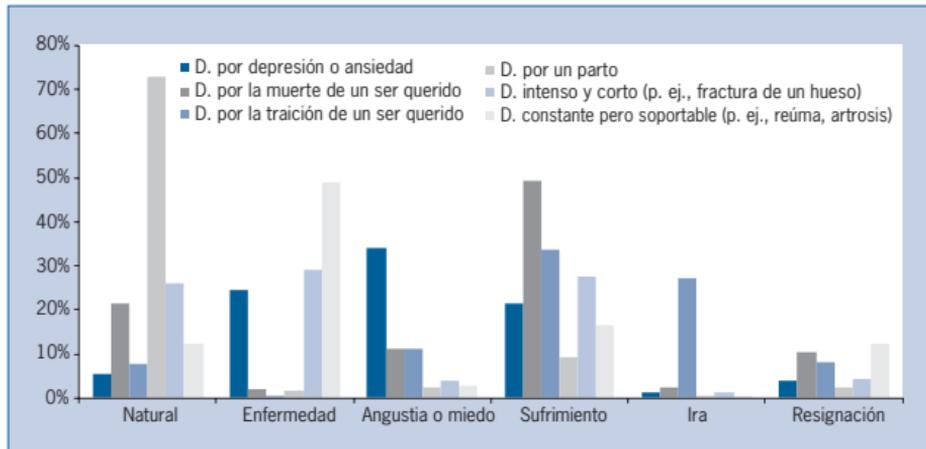
rar el dolor crónico, como, por ejemplo, el dolor de reuma, artrosis, etc., ya que así lo definen casi la mitad de las personas encuestadas. Con más del 20% le siguen en su definición de enfermedad el dolor puntual, intenso pero corto, y el dolor por depresión o ansiedad. Las palabras «angustia o miedo» son utilizadas principalmente para describir el dolor por depresión o ansiedad, es decir, el dolor de origen psicológico. Por su parte, la definición de «sufrimiento» corresponde principalmente al dolor por la muerte de un ser querido, seguida por el dolor producido por una traición de un ser querido, es decir, al dolor de origen emocional. También se definen así, por más del 20% de las personas entrevistadas, el dolor por depresión o ansiedad y el dolor intenso pero corto. La palabra «resignación» es bastante menos utilizada, destacando con algo más del 12% en el dolor crónico, y algo más del 10% en el dolor por la muerte de un ser querido. Por último, la palabra «ira» es la menos utilizada, a excepción de la descripción del dolor por la traición de un ser querido (gráfico 5.6).

Gráfico 5.5. Peor tipo de dolor que se puede padecer según variables sociodemográficas (sexo, edad y estatus socioeconómico)



Fuente: IESA/CISIC. Datos estudio CIS 3137.

Gráfico 5.6. Palabras que describen distintos tipos de dolor



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Resulta interesante comprobar que cada tipo de dolor es definido de forma diferente, principalmente según su naturaleza. Esto refleja el sentido que normalmente se asocia a dicho dolor, y es lo que está en la base de la diferenciación entre dolor, sufrimiento, angustia, etc. Todas las palabras han sido utilizadas para todos los tipos de dolor presentados, mostrando de esta forma la complejidad del fenómeno que estamos estudiando, así como la imposibilidad de construir departamentos estancos en los que definir claramente los distintos tipos de dolor.

Por su lado, se pidió también a las personas consultadas que mostraran su grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de aseveraciones sobre el dolor, para analizar la percepción

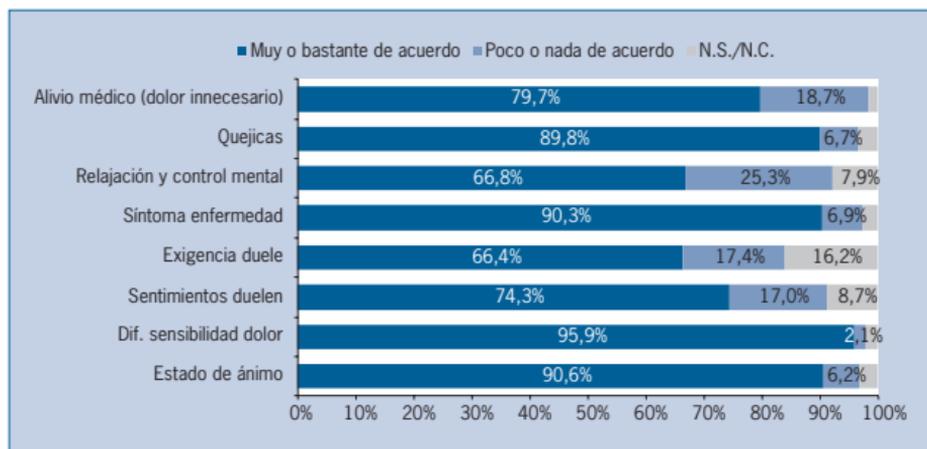
social que la población tiene sobre el mismo, y la legitimidad que se observa en determinados aspectos: la influencia del estado de ánimo y de los sentimientos, la diferente sensibilidad ante el dolor y la forma de manifestarlo, la influencia de la autoexigencia y de la relajación, la relación entre dolor y enfermedad, así como el propio sentido del dolor.

En general se produce una alta aceptación de la mayor parte de las afirmaciones que se proponían, con porcentajes de acuerdo mayores del 66% en todos los casos, y en algunos casos de más del 90%, lo cual no es de extrañar puesto que provienen del acervo popular. Entre los aspectos que mayor acuerdo suscitan están el hecho de considerar que el dolor es un síntoma de que algo va mal en nuestro cuerpo, es decir, es un síntoma de enfermedad, una definición que ya ha quedado lejana de los ámbitos académicos y de vanguardia del estudio del dolor, pero no de la percepción de la ciudadanía. También se asume que existen personas más sensibles al dolor que otras, es decir, que hay un diferente umbral del dolor, que hace que sea difícil saber «cuánto» le duele a cada persona. Y también es ampliamente aceptado que el estado de ánimo puede influir en el dolor que se siente.

Entre las frases que tienen menor aceptación, a pesar de que también son aceptadas por un conjunto amplio de población, están la creencia en que el dolor se puede aliviar con relajación y pensamientos positivos, que es rechazado por el 25% de la población, y la creencia en que aguantar el dolor no tiene sentido si puede ser aliviado con medicamentos, que niega el 18% de las personas consultadas; asimismo, se encuentra la consideración de que las personas muy exigentes consigo mismas

son más propensas a tener migrañas y dolores de cabeza, lo que es negado por el 17%. Se trata del mismo porcentaje que rechaza que los sentimientos intensos, como el desamor o el miedo, pueden llegar a doler (gráfico 5.7).

Gráfico 5.7. Percepción social del dolor. Grado de acuerdo con las siguientes frases



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

En general, se ha observado que las mujeres puntúan más alto en el grado de acuerdo con la mayor parte de las frases, en especial con respecto a que los sentimientos pueden llegar a doler, o que el nivel de exigencia también puede causar dolor, así como sobre la posibilidad de controlar el dolor a través de la relajación. Por su parte, respecto a la edad, se observa que en casi todas las frases disminuye el grado de acuerdo conforme aumenta la edad, en términos generales, no por el aumento del

desacuerdo en sí mismo sino por el aumento de la opción «no sabe». No obstante, es destacable que la creencia en que el dolor es un síntoma de que algo va mal en nuestro cuerpo es significativamente superior cuando aumenta la edad, siendo casi el 90% las personas de más de 65 años las que así lo consideran.

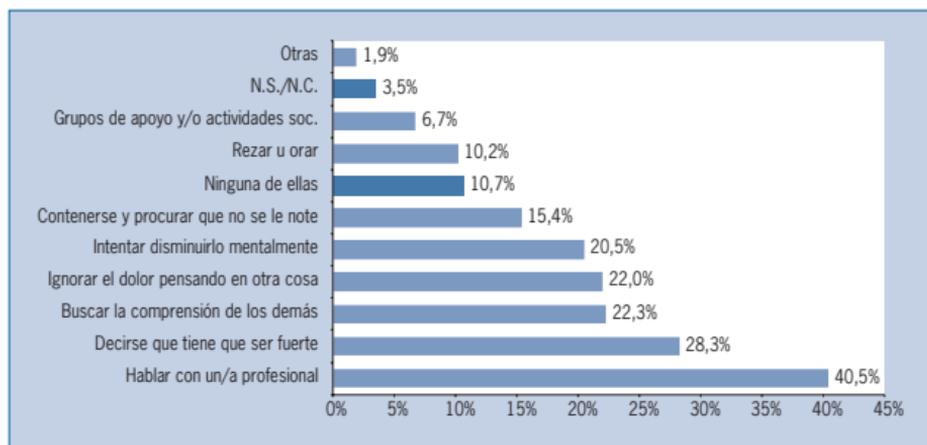
En cuanto a la relación entre la percepción social del dolor y el tipo de dolor que la persona considera el más relevante de su historia personal, se observa que, tanto en el dolor de origen psicológico como en el dolor de origen emocional, se obtienen puntuaciones más altas respecto a las aseveraciones que inciden en el dolor de los sentimientos y en la influencia del estado de ánimo. Por su lado, es interesante observar que las puntuaciones obtenidas en estas preguntas son muy similares entre el grupo de personas que han padecido un dolor de origen físico y las personas que indican que no han padecido ningún tipo de dolor, lo que quizá podría estar indicándonos que el dolor físico es el dolor que realmente toda la sociedad identifica como dolor, incluso los que no lo padecen, teniendo una legitimidad más transversal.

5.3. Afrontamiento del dolor

No hay una forma unívoca de afrontar el dolor, al igual que, como hemos podido comprobar a lo largo de este trabajo, hay muchas formas de vivirlo, definirlo, expresarlo y describirlo. Distintos estudios consideran que la forma en que se afronta el dolor influye en las manifestaciones sobre su intensidad, en el consumo de medicamentos y en la forma de relacionarse con los demás y en relación el dolor (Truyols *et al.*, 2008).

Se les pidió a las personas encuestadas que trataran de imaginar una situación de dolor muy intenso, y dijeren cuál de las situaciones que se les proponen creen que podría ayudarles a sobrellevarlo mejor. La mayoría trataría de hablar con un/a profesional para que le ayude a hacerle frente, es decir, recurrir al conocimiento científico para aliviar el dolor, seguido de tratar de autoconvencerse, de decirse a sí mismo que tiene que ser fuerte, asumiendo que parte del dolor puede aliviarse a través de la «propia decisión personal». También es importante para ellas la búsqueda de la comprensión de los demás, ignorar el dolor pensando en otra cosa, e intentar disminuirlo mentalmente (gráfico 5.8).

Gráfico 5.8. Estrategia de afrontamiento del dolor



Pregunta multirrespuesta, el porcentaje de respuesta corresponde a todas las personas que contestan alguna alternativa, sumando más del 100%.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Por tipos de dolor se observan diferentes estrategias de afrontamiento. Así, se habla mucho menos con profesionales si el dolor es emocional, pero se busca más el apoyo de otras personas, o el tratar de convencerse de la propia fortaleza. En este sentido el dolor emocional no es asumido como una «enfermedad» que haya que curar, por la que haya que consultar con un profesional sanitario, o, como veremos más adelante, que se pueda afrontar con medicamentos. Para el dolor psicológico se utiliza también la búsqueda de la comprensión de los demás y los grupos de apoyo o la realización de actividades sociales, búsqueda de un apoyo social, que, sin embargo, indican que no suelen recibir, tal como vimos anteriormente.

Se ha realizado un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación varimax para tratar de resumir la información sobre las formas de afrontamiento. Se han observado dos factores que explican el 38% de la variabilidad de las ocho variables incluidas en el modelo, lo cual nos viene a mostrar que, a pesar de que podemos analizar estos dos factores, hay diferencias interesantes en cada variable que los factores no han sido capaces de integrar, por lo que nos va a servir solo como complemento del análisis anterior. No obstante, resulta interesante la agrupación de indicadores que realiza, ya que, siguiendo lo que hemos visto en la literatura sobre el tema, aparecen dos formas esenciales de enfrentarse al dolor, estrategias cognitivas y conductuales (Camacho y Anarte, 2001). Las estrategias conductuales serían aquellas en las que la persona realiza una acción con el objetivo de afrontar el dolor, como, por ejemplo, buscar la comprensión de los demás, hablar con un profesional, y buscar grupos de apoyo. Por otro lado, las estrategias cognitivas se asocian

con la utilización de pensamientos para alterar la percepción del dolor, como ignorarlo pensando en otra cosa, disminuirlo mentalmente, decirse a sí mismo que tiene que ser fuerte, o contenerse (tabla 5.2).

Tabla 5.2. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados sobre estrategias de afrontamiento del dolor

	Componente	
	Cognitivo	Conductual
Buscar la comprensión de los demás	0,235	0,577
Rezar u orar	0,284	0,359
Ignorar el dolor pensando en otra cosa	0,601	-0,099
Intentar disminuirlo mentalmente	0,598	0,203
Decirse que tiene que ser fuerte	0,556	0,286
Contenerse y procurar que no se le note	0,588	-0,026
Hablar con un/a profesional	-0,307	0,575
Grupos de apoyo y/o actividades soc.	0,037	0,733

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: varimax con normalización Kaiser.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

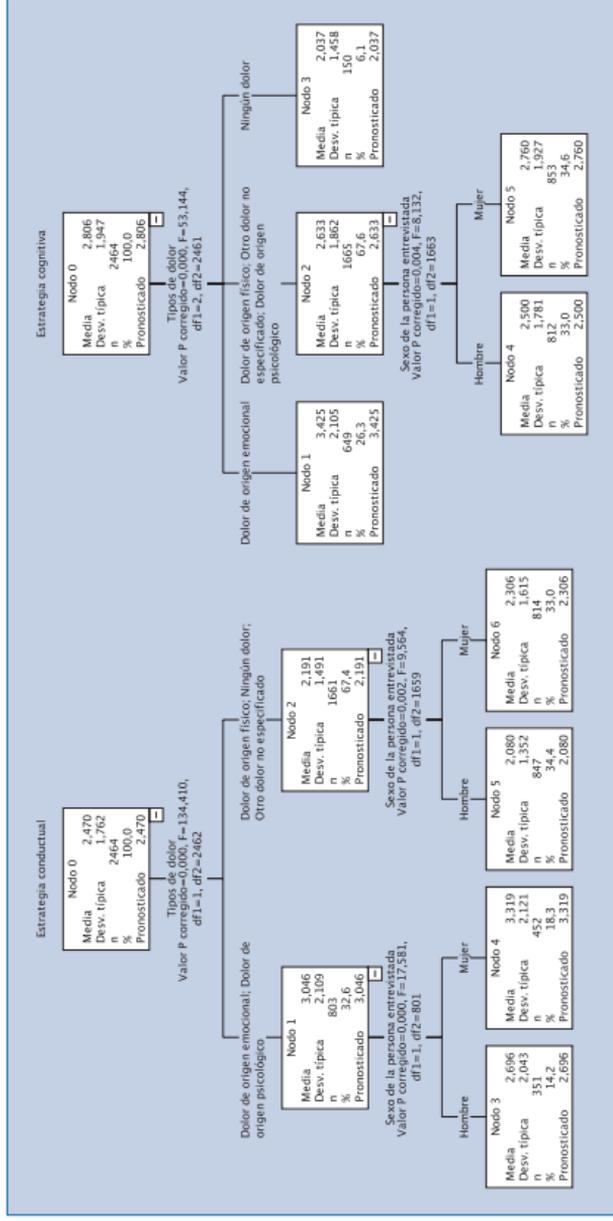
Posteriormente se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica teniendo como variables dependientes los dos factores que se han obtenido en el análisis anterior, recodificados con valores de 0 a 10. Se han incluido como variables indepen-

dientes el tipo de dolor, el sexo y la edad. Podemos observar que, en relación con las estrategias cognitivas para afrontar el dolor, existen diferencias según el tipo de dolor que la persona ha considerado el más relevante. Así, cuando su dolor es de origen emocional puntúa más alto en las estrategias de tipo cognitivo que cuando es de origen físico o psicológico. Entre estos últimos, existen diferencias según sexo, mostrando mayor puntuación en este factor si se es mujer. En cuanto a las estrategias de tipo conductual y su relación con el tipo de dolor experimentado, se observa que en este caso se diferencia entre dolor de origen emocional o psicológico, dolor de origen físico o ningún tipo de dolor, mostrando los primeros una puntuación más alta en el factor conductual. En ambos grupos existen diferencias por sexo, obteniendo puntuaciones más altas las mujeres en todos los casos (gráfico 5.9).

Dentro de las estrategias conductuales más utilizadas, como hemos indicado, se encuentra el hablar con un/a profesional para que le ayude a hacer frente a dicho dolor. Este/a profesional puede ser personal sanitario (en medicina, psicología, fisioterapia, etc.). Entendiendo que es posible que estos/as profesionales prescriban medicamentos y/o tratamientos para aliviar o paliar dicho dolor, se ha preguntado por este asunto a la población que ha realizado nuestro estudio.

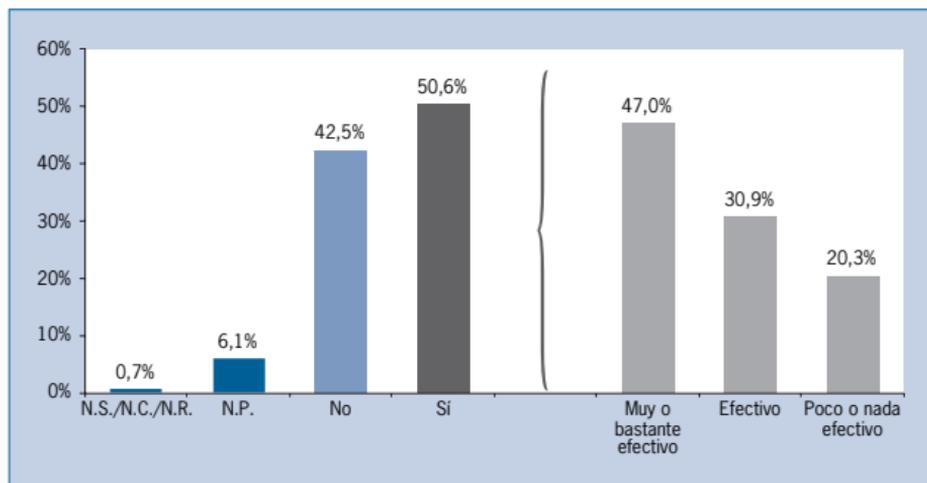
Un 42,5% de las personas que sufren dolor no toman ningún medicamento para calmarlo. Los que sí toman (50%) indican que esta acción ha sido efectiva en un 30% de los casos, y muy o bastante efectiva en el 47%. Solo veinte de cada cien indican que han sido poco o nada efectivos el o los medicamentos que toman para aliviar su dolor (gráfico 5.10).

Gráfico 5.9. Análisis de segmentación jerárquica para las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales



Fuente: IEA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Gráfico 5.10. Consumo de medicamentos para calmar el dolor y grado de efectividad



N: 2.464.

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

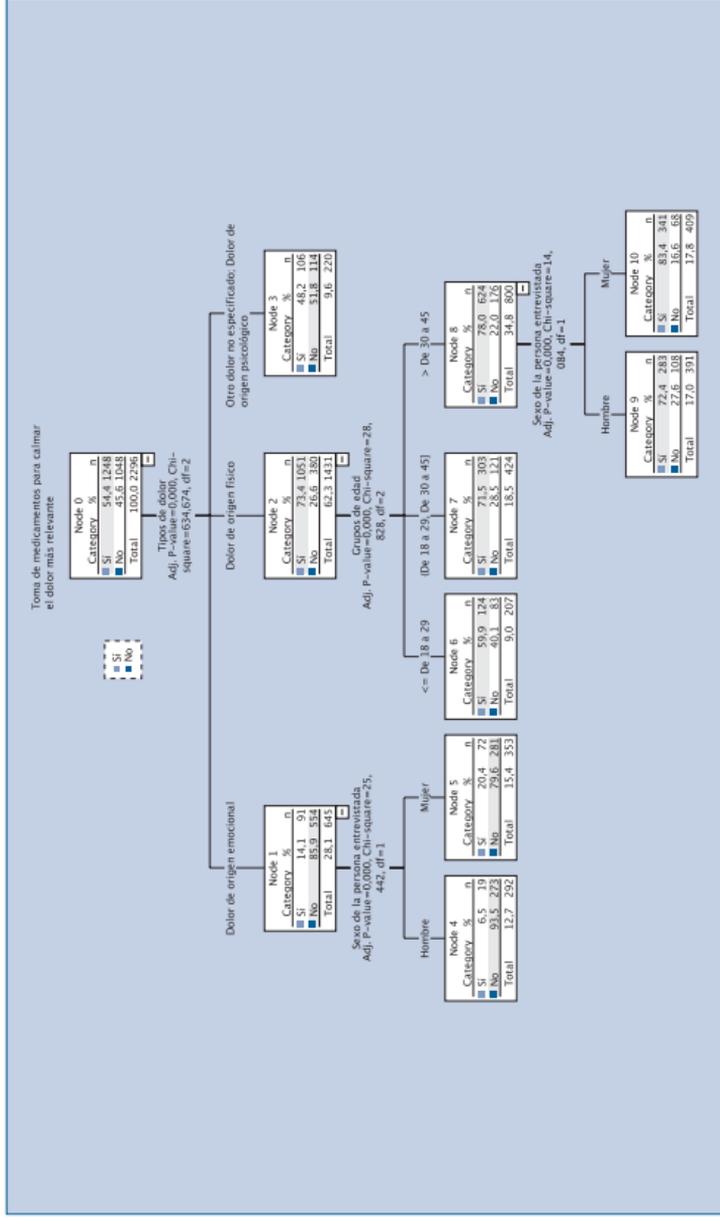
En general, el dolor de tipo físico es el que, en mayor medida, está medicalizado, seguido del dolor de origen psicológico, siendo el que menos se trata con fármacos el dolor de origen emocional, dado que, en este caso, solo el 14% toma medicamentos. Este hecho puede estar en relación con la concepción del dolor como enfermedad, que ocurre fundamentalmente en los dolores de tipo físico. Parece que medicarse puede asimilarse a tratar una enfermedad, y si el dolor no es constitutivo de enfermedad, como puede ser entendido por las personas consultadas, no parece necesario acudir a un profesional o solicitar medicamentos para aliviar dicho dolor. No obstante, entre aquellas personas que están o han estado en tratamien-

to con fármacos, no se detectan diferencias significativas respecto a su efectividad según el tipo de dolor que padezcan o padecieron.

Como hemos dicho, aproximadamente la mitad de las personas consultadas utiliza algún tipo de medicamento o medicamentos para aliviar su dolor. No obstante, este porcentaje no es nada estable si se analiza en relación con el tipo de dolor que padece la persona. Así, cuando el dolor es de origen físico, este porcentaje aumenta hasta alcanzar a dos de cada tres personas (el 73,4%), aún más si se trata de personas de más de 45 años, y dentro de este grupo destacan las mujeres. En el polo opuesto, el porcentaje de consumo de medicamentos disminuye hasta el 14% en el caso del dolor emocional, el menos tratado de forma farmacológica, sobre todo si es padecido por hombres, que solo consumen medicamentos por este concepto en el 6,5% de los casos (gráfico 5.11).

También se les pregunta si, independientemente de utilizar o no medicamentos, usan algún otro método, remedio o tratamiento para paliar el dolor. La mayoría no utiliza ningún método alternativo a los medicamentos tradicionales (un 55,2% indican que no utilizan ninguno). Entre los que sí utilizan alguna otra opción para tratar de aliviar el dolor destaca el ejercicio físico (mencionado por el 14,4%), la fisioterapia u osteopatía (que utilizan el 10,6%), los cambios de dieta (8,4%), utilización de frío o calor (8,1%), los tratamientos con hierbas medicinales (6,8%), y los tratamientos psicológicos (4,9%).

Gráfico 5.11. Uso de medicamentos según tipo de dolor y variables sociodemográficas (sexo y edad)



N: 2.296 (excluidas las personas que no refieren ningún tipo de dolor y aquellas que no contestan: 168 personas).

Fuente: IESA/CSIC. Datos estudio CIS 3137.

Volvemos a contrastar que el dolor emocional es el que menos tratamientos recibe, ya sea de tipo farmacológico, como vimos más arriba, o de cualquier otro tipo. Es, por tanto, un dolor que se padece sin gran ayuda de elementos externos, farmacológicos o de otro tipo, aunque produce gran empatía, lo que probablemente remita a su naturaleza social.

6. Conclusiones

Cuando los autores de esta investigación nos planteamos por primera vez, hace ya algún tiempo, realizar un estudio sobre la percepción social del dolor, no nos podíamos imaginar el complejo y, al mismo tiempo, apasionante camino que acabábamos de emprender. La revisión bibliográfica, el diseño del estudio, la elaboración del cuestionario y el análisis de los resultados han sido experiencias de aprendizaje que nos han imbuido en el mundo del dolor, y que han despertado nuestro afán de saber cada vez más sobre este interesante aspecto de nuestra vida individual y social.

En este número de Opiniones y Actitudes nos planteábamos como objetivo general conocer la percepción social del dolor en España y algunos otros objetivos más específicos de los que se da cuenta en el epígrafe cuarto del capítulo primero. No obstante, de forma operativa se podrían resumir en los cuatro que se exponen a continuación:

- a) Conocer los significados sociales del dolor.
- b) Conocer las vivencias del dolor de la población.
- c) Analizar si existen diferencias en el sentido que se atribuye al dolor en función de su naturaleza.
- d) Analizar si el perfil sociodemográfico y el estilo de vida influyen en la vivencia e interpretación del dolor.

Ahora que el trabajo toca a su fin, y con objeto de concluir, queremos retomar dichos objetivos para tratar de sintetizar, en

torno a ellos, aquellos resultados que consideramos los más relevantes de la investigación.

a) Significados sociales del dolor

La historia del dolor, contada por diversos autores (Bonica y Loeser, 2003; Franco, 1999; Moscoso, 2011; Cheng-chi Lai, 2004), lo sitúa como acompañante eterno del ser humano (Goya y Martín, 2010). Pero igual que los humanos han cambiado a lo largo de su historia, lo han hecho la percepción e interpretación del dolor, siendo así que, en cada momento histórico, ha sido interpretado de forma diversa, atendiendo a las diferencias culturales y sociales de la civilización y la sociedad que lo ha definido y de las personas a las que ha afectado. Es por ello que durante siglos se vinculó dolor con algún tipo de castigo de los dioses (de ahí la palabra *pain*, que proviene del latín *poena*, que significa castigo), probablemente por la incapacidad del ser humano de hacerle frente. Si el dolor viene de algo superior hemos de resignarnos o buscar en nosotros mismos la causa de nuestros males, siendo la redención el único elemento que cabe para afrontarlo. Cuando la ciencia médica empieza a buscar causas físicas al dolor, a encontrar detonantes y elementos que lo aliviaran, el nuevo dios es la medicina y su profeta, el personal médico que puede ayudar a eliminar esa desagradable sensación. Es el momento en que dolor y enfermedad van de la mano y en el cual se producen grandes avances en las técnicas anestésicas, así como en la analgesia y el alivio del dolor. Pero la medicina no acaba de dar una interpretación correcta ni un sentido completo a de-

terminados dolores, que quedan huérfanos de interpretación. Como hemos comentado, la relación entre dolor y lesión resulta no ser unívoca sino variable, observando lesiones que no van acompañadas de dolor, y dolores que no van acompañados de lesión. Cuando un dolor ya no cumple siempre una función de aviso y alerta, cuando no parece responder a una causa física clara, el dolor se convierte e interpreta como una enfermedad en sí mismo y el concepto se complejiza, se abordan las distintas facetas que lo componen, que ayudan a comprenderlo de la mano de otras disciplinas ajenas a la biomedicina, que intentan responder a cuestiones que aquella no dejaba bien resueltas. Es aquí donde hay que ubicar nuestro interés como profesionales de la sociología por este tema, y, en concreto, por aportar conocimiento sobre una dimensión menos conocida del fenómeno, como es la dimensión social del dolor.

El dolor es una experiencia vital individual, transversal a todas las personas e intersubjetiva en su significado y definición. No obstante, según los datos obtenidos, no es lo que más preocupa a la población de cara a su propio futuro. El dolor aparece en sexto lugar entre sus preocupaciones, siendo el deterioro mental y la pérdida de memoria los elementos más temidos para su propio futuro. La salud mental (su pérdida o deterioro) se presenta como lo que más preocupa a las personas interrogadas. No obstante, si la persona ha sufrido dolor frecuentemente, el dolor gana en importancia en este *ranking* de miedos futuros.

En este sentido, a pesar de que el dolor es un concepto de uso común, y a cualquier persona que se le pregunte dirá saber lo que es, este fenómeno alberga tal complejidad que

lo más probable es que la mayor parte de la personas tengan gran dificultad para definirlo: para poner palabras a lo que, sin embargo, conocen bien, y aun más probable que dos personas lo definan de diferente forma o, al menos, con matices diferentes.

Recordemos que cuando al principio de este trabajo tratábamos de definir el concepto «dolor» no era posible acudir a una única definición. Dolor son muchas cosas, tanto para la población como para los propios académicos e investigadores, que no acaban de ponerse de acuerdo en una definición que convenza a todos. En el uso común del término la Real Academia de la Lengua Española hacía una doble definición que incluía dolor físico y emocional, asumiendo una separación tácita entre cuerpo y mente que también había marcado muchas de las definiciones más tradicionales del ámbito biomédico, aunque en la actualidad está muy en cuestión. Por su lado, la IASP hace un intento de integrar la subjetividad al señalar que el dolor es una experiencia, por tanto, personal, y basada siempre en percepciones internas o externas, pero relacionándola con la existencia de una lesión (aunque sea potencial) que no permite integrar fácilmente, por ejemplo, los dolores emocionales. Al mismo tiempo son cada vez más los autores que entienden que para conocer el dolor hay que tener en cuenta la forma en que la persona evalúa su dolor, y el significado personal y social que le confiere, dado que ambos aspectos le afectan. Así pues, las creencias previas sobre el dolor afectan a la forma de vivirlo, a las expectativas sobre su duración o a la forma de afrontarlo, entre otros elementos (Jensen et al., 1991; Camacho y Anarte, 2001).

Y por todo ello, la definición más «curiosa» pero quizá la más explicativa, asume que «dolor es todo aquello que un paciente dice que le duele» (Goya y Martín, 2010). Y nos parece relevante por cuanto asumimos que las personas de forma mayoritaria son capaces de diferenciar sus percepciones y ponerles nombre. El dolor, como experiencia, es de naturaleza subjetiva, y por ende, difícil de evaluar por el ajeno sin el concurso del propio sufriente, pero intersubjetivo en su definición e interpretación. Es lo mismo que asumimos cuando explicamos otras experiencias como el amor, la felicidad, la tristeza, etc., en cuyo análisis asumimos que cada persona lo vive y lo siente de forma diferente, pero podemos comprenderlo en alguna medida e incluso empatizar con ellos porque su definición es intersubjetiva. Con la puesta en valor de esta perspectiva no pretendemos restar importancia al componente «nociceptivo» del término, que nos remite a la existencia de un estímulo y a la respuesta fisiológica que desencadena; aunque sí que asumimos que la nocicepción solo ayuda a comprender cómo se produce un tipo de dolor como es el dolor que genéricamente hemos llamado dolor físico, pero ni es elemento constitutivo o necesario de todo dolor ni siempre determina la vivencia del mismo.

El dolor, por tanto, puede ser interpretado de diferente forma por cada uno de los sufrientes, lo que hace que la riqueza del concepto vaya de la mano de su alta complejidad. Desde la caracterización del dolor como algo «natural», a su definición como «enfermedad» y no solo como síntoma de la misma, así como la identificación del dolor con las sensaciones que produce, como la «angustia» o el «miedo», todo ello es dolor. Con matices, con facetas difíciles de explicar en la actualidad,

pero dolor al fin y al cabo. Hay quienes diferencian entre dolor y sufrimiento, identificando el primero con el dolor de tipo físico (nociceptivo) y el segundo, con el emocional y psicológico. Pero no lo hacen así las personas consultadas. Para ellos todo es dolor, se entremezcla, se cruza, pero el dolor es dolor con independencia de su origen. Las sensaciones que produce no son cajones estancos, duele una pierna rota y duele la muerte de un ser querido, produce miedo un dolor oncológico y produce miedo una depresión. Las palabras más utilizadas para describir el dolor han sido aquellas que tienen que ver con su intensidad (intenso, fuerte, molesto, etc.), pero también han sido muy abundantes aquellas descripciones que han tenido como elemento vertebrador las emociones (pérdida, vacío, soledad, angustia, etc.), lo que explicita la poliédrica configuración del fenómeno que estamos abordando. Es tan complejo que también han sido relativamente abundantes las personas con dificultades para explicar el propio dolor, describiéndolo como inexplicable o indescriptible.

En este sentido, consideramos importante destacar una paradoja en el análisis de los resultados de la encuesta respecto a la interpretación social del dolor. Así, mientras la ciudadanía opina mayoritariamente que el dolor es un síntoma de que algo anda mal en nuestro cuerpo, es decir, que se trata de un síntoma de una enfermedad o que, al menos, está vinculado estrechamente a ella, considera también que los sentimientos y emociones duelen: identifica el dolor emocional y psicológico como dolor. La ciudadanía cree también que las personas tienen diferente «umbral» de dolor, y que el estado de ánimo influye en el dolor que se siente, es decir, apuesta por los aspectos emocionales del dolor para tratar de explicar su complejidad.

Por otra parte, si bien las personas entrevistadas hacen explícitos y asumen diferentes tipos de dolor, no les otorgan a todos la misma legitimidad social, ni les producen la misma empatía. Se entiende que el dolor emocional está legitimado, principalmente cuando se trata del dolor por la muerte de un ser querido. Este dolor conlleva que las personas traten de ayudarse unas a otras cuando lo experimentan, pero no ocurre lo mismo con el dolor de tipo psicológico, respecto al que existe bastante incomprensión y aislamiento debido a su escasa legitimidad social. Aunque más adelante incidiremos con más detalle sobre este aspecto, nos parece relevante traerlo aquí como muestra de que si bien «todo» es dolor, no será igualmente interpretado por los demás y no se obtendrá igual empatía, ayuda y/o apoyo o comprensión.

b) Vivencias de dolor de la población

Como hemos podido comprobar a la luz de los datos analizados en los anteriores capítulos, el dolor es una sensación experimentada por prácticamente toda la población a lo largo de su vida, y un porcentaje importante de personas dice tener dolor en el momento actual. El dolor es algo con lo que el ser humano aprende a vivir, porque es algo presente en su vida casi constantemente. Se calcula que en torno al 30% de la población de los países desarrollados sufre dolor crónico (Redondo y León, 2014), y según los datos aportados en nuestro estudio, dos terceras partes de la población en España padecen o han padecido este tipo de dolor, entendiéndolo aquí como aquel dolor de una duración superior a seis meses. En

el caso de las mujeres este porcentaje aumenta, ya que, como hemos visto, en ellas el dolor está todavía más presente. Son datos de gran relevancia por cuanto dan cuenta de la magnitud de un fenómeno que se sabe que afecta a la calidad de vida de la población, a sus relaciones familiares y sociales, y a su actividad laboral, es decir, afecta de una forma u otra a los elementos básicos de la sociedad.

El dolor físico, principalmente el dolor músculo-esquelético y el dolor orofacial, es el más prevalente y constante en la actualidad. También es muy relevante el dolor emocional, principalmente referido a la pérdida de un ser querido, que es uno de los más recordados aunque haya pasado, convirtiéndose en el más relevante de la biografía de muchas personas. El dolor psicológico es el menos padecido y el menos legitimado, quizá debido a que es el gran desconocido dentro del campo del dolor.

Dolor y enfermedad siguen yendo de la mano en el imaginario colectivo. La enfermedad es la principal causa que la población atribuye a su dolor, fundamentalmente cuando este es de tipo físico, dejando otras explicaciones, como, por ejemplo, el estilo de vida, en un segundo plano.

Se ha comprobado que cuanto más frecuente es el dolor que se padece, más probable es que este dolor sea elegido como el más relevante en la biografía personal, principalmente si se trata de un dolor de origen físico, ya que en otros dolores, principalmente de tipo emocional, la frecuencia pierde importancia como elemento explicativo.

Conviene destacar que la población no solo convive con el dolor de forma frecuente sino incluso de forma constante. Algunas

personas llevan tanto tiempo sufriendo un mismo dolor que podríamos decir que ya es parte indiscutible de su vida diaria. La media de tiempo durante el que las personas padecen dolor es de seis años, pero en algunos casos supera los quince. Las personas entrevistadas han evaluado la intensidad del dolor que identifican en su vida como el más relevante, ya sea presente o pasado, con una puntuación cercana al 8 en una escala de 10. Intensidad de dolor que limita la vida diaria de las personas y dificulta sus tareas cotidianas. Y a pesar de ello la mitad de la población no consume ningún tipo de medicamento para tratar de aliviar el dolor, y menos aún utilizan otros métodos como el ejercicio físico, la fisioterapia, cambios de dieta, tratamientos con hierbas medicinales o tratamientos psicológicos.

Se ha observado que las personas utilizan estrategias tanto cognitivas como conductuales para afrontar el dolor. Hemos podido constatar que dichas estrategias no son excluyentes, y que la ciudadanía las utiliza de forma simultánea, con el objetivo último de disminuir un dolor que les dificulta su vida.

c) Diferente naturaleza del dolor

Hay muchas clasificaciones del dolor, atendiendo a su causa o etiología, a su localización, a su duración, a su intensidad, según la expectativa de vida, del patrón de presentación, etc. En nuestro caso, durante todo el texto se ha hecho una división del dolor según su origen, que nos ha llevado a identificar tres tipos: dolor de origen físico, dolor de origen psicológico y dolor de origen emocional. Esta división, aunque gruesa, ha

resultado ser fundamental para analizar muchas de las diferencias encontradas. A pesar de que consideramos necesario asumir un modelo biopsicosocial del dolor, que tenga en cuenta los tres elementos, y que no se base en la división cartesiana cuerpo/mente como elemento analítico, ha sido de gran ayuda analizar el dolor según su origen, por cuanto hemos encontrado sinergias y también particularidades en cada uno de ellos.

Para comenzar, la descripción del dolor según su naturaleza es claramente diferente. Así, los dolores de origen físico se describen principalmente con adjetivos que hacen referencia a su intensidad, su frecuencia, duración o efectos físicos. Son ante todo descriptivos, faltos de valoración emocional en la mayoría de los casos, aunque no en todos. Si el dolor es de origen psicológico los adjetivos principales para describirlo son la angustia, el cansancio, la tristeza y la impotencia, emociones que están detrás del dolor sentido, y que lo explican más allá de la sensación física. Cuando el dolor es de origen emocional los descriptores son el vacío, la pena y la tristeza.

Según hemos podido comprobar, los dolores de origen físico son los más relevantes para las personas consultadas, seguidos por los de origen emocional y, por último, los de origen psicológico. No obstante, este último tipo de dolor es el más duradero y presenta peores indicadores de bienestar. Quizá por ello, al mismo tiempo, la salud mental es la principal causa de preocupación futura de la población en España.

Ante un problema de salud, como es el dolor, hay personas que se aíslan de forma intencional y otras que se sienten solas pero les gustaría recibir apoyo. Son las dos caras de un mismo

hecho, recibir apoyo de los demás, ya sea porque se solicita, ya sea porque es recibido sin necesidad de reclamarlo. Es a lo que hemos llamado empatía social, y constituye un elemento esencial de la intersubjetividad y el bienestar personal. Durante toda la obra se ha observado una falta de empatía hacia el dolor de origen psicológico que nos parece relevante destacar. Cuando se preguntó por el apoyo recibido, se constató que el que más apoyo recibe es el dolor de origen emocional, aunque provoca bastante autoaislamiento, y que el dolor menos comprendido es el de origen psicológico, que es el que menos apoyo recibe y además el que provoca mayor aislamiento. Además, cuando se preguntó a la ciudadanía cuál es el peor dolor que se puede padecer indicaron que es el dolor de origen emocional, seguido del dolor físico, siendo el último el dolor psicológico. Este último no solo es un gran desconocido, que crea aislamiento social y poco apoyo, es que además no está legitimado, no es socialmente visto como importante, relevante, digno de empatía social. Como indicamos, es un dolor difícil de ver, con pocos signos externos que lo llevan a estar condicionado siempre a pruebas sobre su veracidad. A esto se suma que las personas que padecen dolor psicológico son aquellas que puntúan más alto en características neuróticas de personalidad, lo cual retroalimenta probablemente la concurrencia de este tipo de dolor. Por su parte, el dolor de origen emocional se relaciona con personas que puntúan alto en empatía y desarrollo del lado artístico, personas más «sensibles», reproduciendo ambos perfiles un marcado estereotipo de personalidad.

La legitimidad del dolor no es la misma según el tipo de dolor que se sufre, y según quién lo padece. Es evidente que hay do-

lores que son padecidos más por unas personas que por otras, y esto influye en su legitimidad social. El dolor de origen psicológico es el menos legitimado, y según consideramos, no solo por ser un gran desconocido, sino porque las personas que lo padecen generalmente tienen poca legitimidad social previa.

Por su parte, debemos destacar también que el dolor de origen físico es el que está medicalizado en mayor medida, seguido del dolor psicológico. El dolor de origen emocional no suele ser tratado con medicamentos, ni con otros tipos de terapias, suponiendo que es un dolor que se debe «pasar», o que solo y con tiempo mejora y no es necesario incidir en él. De esta forma se «normaliza» su sufrimiento, naturalizándolo y desvinculándolo de la labor médica.

d) Características sociodemográficas y estilos de vida

Se han observado diferencias según distintas características sociodemográficas y de estilo de vida de las personas consultadas y su percepción del dolor que pasaremos a describir brevemente, para posteriormente centrarnos en una característica que ha resultado ser, bajo nuestro punto de vista, la esencial: las diferencias encontradas por género.

En el caso de la edad, su incremento supone encontrar a más personas con mayor número de dolores padecidos, con mayor cronicidad y frecuencia. Son personas que normalmente llevan conviviendo mucho tiempo con el dolor y lo han integrado en sus vidas, siendo el grupo de población más medicalizado. También el estado civil ha resultado ser una variable relacio-

nada con el dolor, principalmente en aquellas situaciones de ruptura (separación, divorcio y viudedad), que se relacionan con mayor dolor. Por su parte, el nivel educativo se ha conectado con el tiempo y frecuencia de dolor, de forma inversamente proporcional, de forma que tener estudios superiores parece proteger contra el dolor. Quizá como resumen de las anteriores, el estatus socioeconómico también sea explicativo a la hora de conocer las vivencias de dolor de la ciudadanía. Las clases altas o medias-altas muestran menor frecuencia de dolor que los obreros no cualificados. Adelantaremos que ser mujer también se asocia negativamente al padecimiento de dolor. Todo ello para mostrar una fotografía de las desigualdades sociales en salud que ya se han puesto de manifiesto en muchos estudios y que de nuevo se muestran aquí. Ser pobre, en todas sus dimensiones, social, cultural, educativa, y ser mujer son elementos relacionados con una peor salud, con un peor bienestar y con mayor dolor.

Por otra parte, el estilo de vida también repercute en los dolores que se sufren. Llevar un estilo de vida activo, realizando actividades deportivas y con un trabajo que exija cierta movilidad, dormir un número suficiente de horas, mantener un índice de masa corporal dentro de los estándares, etc., se relacionan con menor dolor.

Pero como adelantamos al principio, nos centraremos como colofón en las diferencias de género, por cuanto han resultado ser las más relevantes. No obstante, parte de la medicina considera que el dolor es similar en todas las personas, basándose en experimentos de laboratorio que indican que ante un estímulo doloroso (por ejemplo, descarga eléctrica) la respuesta de

las personas es muy similar (Goya y Martín, 2010), y negando las diferencias de género, al menos en lo que a «sentir» dolor se refiere, no a la forma de reaccionar ante el mismo. Sin embargo, las personas no vivimos en un laboratorio, y, como hemos visto a lo largo de este documento, no podemos alejar el dolor de su significado, de su interpretación, más allá de la descarga de un electrodo en una situación experimental. Estos mismos estudios indican que si bien el dolor es similar, la percepción del mismo es distinta, debido en parte a los diferentes momentos y circunstancias que rodean el estímulo nocivo (Goya y Martín, 2010).

El género se ha estudiado históricamente como un elemento de desigualdades en salud, identificando que las mujeres, en general, cuentan con peor salud que los hombres, a pesar de que su esperanza de vida sea superior. También se han identificado diferencias en el padecimiento de enfermedades crónicas, que afectan a su calidad de vida y bienestar. En el estudio que hemos presentado en esta obra se han observado importantes diferencias en el dolor referido por hombres y mujeres, confirmando que ellas padecen mayor dolor crónico, entendiendo este como tiempo de dolor, y como limitación de las actividades de la vida diaria, además de ser un dolor de mayor intensidad, en todos los grupos de edad, en comparación con la intensidad reportada por los hombres. Así, como hemos indicado en apartados anteriores, las mujeres no solo muestran mayor intensidad de dolor, sino que además refieren mayor número de dolores padecidos, tienen mayor tiempo de dolor, y lo padecen con mayor frecuencia. Tienen una experiencia de dolor más «intensa», que nos lleva a pensar que las mujeres están conviviendo con el dolor de forma más constante.

Nos ha sorprendido que las mujeres identifiquen en mayor medida el dolor que sufren en la actualidad como el más relevante, es decir, el dolor que están padeciendo, ya sea por su intensidad, por su importancia psicológica, por el motivo que fuere, es el que eligen mayoritariamente como el más relevante de su biografía. Esto nos lleva a pensar que su padecimiento es intenso, vivo y fundamental. Y también es interesante la forma en que las mujeres definen su dolor, utilizando palabras como pena, tristeza, depresión, angustia, impotencia, frustración, junto con cansancio y agotamiento. La fotografía que nos evoca estas palabras es desalentadora, visualizando un dolor que llena la vida de la persona. Los hombres, aunque también utilizan las palabras mencionadas anteriormente, se centran fundamentalmente en los aspectos más físicos del dolor, describiéndolo por cómo es, más que por cómo les hace sentir, que es la forma en que lo describen las mujeres. También es destacable que las mujeres muestren mayor dolor de origen emocional que los hombres, y que además este sea el que más temen, el que consideran el peor que se puede padecer, mientras que para los hombres es el dolor físico.

Todo ello nos lleva a confirmar lo que históricamente se ha venido analizando desde la perspectiva de desigualdades sociales en salud: que las mujeres tienen una peor calidad de vida relacionada con su salud, y que desde aquí se confirma con base en un mayor dolor reportado. Las mujeres con un nivel educativo más bajo son las que más dolor sufren, confirmando que las diferencias no son únicamente de la dicotomía hombre/mujer, sino que hay otras características que influyen en esta situación. No obstante, ser mujer, en todos los grupos educativos, hace que se padezca más dolor que si se es hombre. Es-

tas diferencias, que no pueden ser explicadas únicamente con variables biológicas, son inadmisibles, y deben ser estudiadas, puestas de relieve y erradicadas en la medida de lo posible.

Queremos finalizar realizando una reflexión sobre la percepción social del dolor y la necesidad de seguir estudiando un elemento relevante desde el punto de vista sociológico, y de la salud.

Cuando se habla de dolor desde una mirada social hay que hacer una distinción importante, entre el dolor público y el componente social del dolor. El primero, el dolor público, ha sido relacionado con el dolor que sentimos desde cierta distancia ante calamidades, guerras, catástrofes, etc., en las que la empatía social «supone» la asunción de un dolor ajeno. Son los testimonios de ciudadanos/as anónimos ante un atentado que les afecta en mayor o menor medida como partícipes de una sociedad más que como sujetos particulares. Es la mayor o menor empatía del mundo occidental ante las imágenes televisadas de refugiados huyendo de la guerra y el dolor que dichas imágenes infligen en la «conciencia» de la colectividad.

Sobre el segundo no hay mucha literatura, y es sobre el que hemos tratado de preguntar en el estudio que hemos presentado aquí. Desde nuestra perspectiva se trata de mostrar cómo el dolor, además de sus componentes fisiológicos y psicológicos, puede y debe ser explicado por sus componentes sociales, tales como la estructura social de la población sufriente (sexo, edad, nivel educativo, estatus social, etc.), sus creencias y opiniones (religión e ideología), etc. Al mismo tiempo se trata de analizar qué percepción social se tiene del dolor y del que lo

sufre, qué dolores se encuentran más legitimados y son más reconocibles como dignos de compasión, y cuáles no.

El dolor ajeno es, en las sociedades modernas, objeto de interés casi morboso. Prueba de ello es la retransmisión de conflictos, violencia, terrorismo, etc., a través de los medios de comunicación. Pareciera que nos gustara presenciar el dolor ajeno, y si hay sangre, casi mejor, ir a las tripas del dolor, a pesar de lo cual pierde nuestro interés con relativa rapidez (Sontag, 2004), a través del proceso de repetición de la exposición al dolor. Y al mismo tiempo, el dolor más cercano, aquel del vecino, de la pareja, del familiar, parece molestar, se le tacha de «quejica» y se pone en cuestión. Se valora al sufriente si lo hace en silencio, si es estoico y «soporta» su dolor casi sin queja.

El dolor si se ve es más fácil que se considere legítimo, no es necesario «probarlo», es digno de compasión. Si no se ve, la carga de la prueba cambia. Es necesaria una demostración fuera de duda que en ocasiones, por ejemplo, en ciertas enfermedades psicológicas, es difícil conseguir. En estos casos normalmente el sufriente tiene que añadir a su dolor la incompreensión social, y puede estar en la base de que las personas con dolor psicológico no busquen ayuda externa y se aíslen en mayor medida.

Otro elemento que consideramos importante en el proceso de legitimidad social del dolor es la asunción de «responsabilidad» sobre el propio dolor. Así, parte del «prejuicio social» hacia ciertas enfermedades está en la creencia de que son dolencias responsabilidad de la propia persona, que es una desviación

ilegítima y, por tanto, moralmente reprobable. Así, en el estudio de la enfermedad se considera al enfermo un «desviado», que si no es considerado responsable de su enfermedad será absuelto de entrar a formar parte de la categoría de desviaciones delictivas y será tratado con la consideración de enfermo, mas si se le considera responsable será un «desviado delincuente» que ha ido en contra de la moral social que establece que debe cuidar de su salud (Lejarraga, 2004), estigmatizándolo. La misma premisa puede aplicarse al dolor, sea este sintomático de enfermedad o no, aunque no en todos los casos. Ejemplifica la excepción la lesión de un deportista de reconocido prestigio, que puede considerarse en parte responsabilidad de la propia persona pero que suele gozar de gran legitimidad.

Este caso nos hace pensar que el propio doliente es un elemento con legitimidad propia, ya sea por clase social, profesión, género, nacionalidad, etc., que influirá sin duda en la legitimidad de su dolencia. Así, no es percibido del mismo modo un dolor que incapacite a un profesional autónomo que el mismo dolor sufrido por una persona que trabaja para la Administración pública, siendo en este caso el objeto de legitimidad del dolor el tipo de vinculación laboral. La posición social de la persona en la estructura social sería en este caso el elemento fundamental de legitimidad social de su dolor, y no tanto el tipo de dolor, si es constitutivo de enfermedad «sanitaria» o no, la capacidad de la persona de reconocer y explicitar sus dolencias, dando voz a su malestar, etc.

La forma en que las personas interpretan el dolor propio y el dolor ajeno está asociada con la forma en que finalmente se comportan los sujetos dolientes. La conducta se modela se-

gún las propias expectativas y lo que consideramos que los demás interpretan de nuestro dolor, siendo el entorno social un elemento más de diagnóstico que influirá en la modulación del dolor, en el afrontamiento del mismo y en su expresión. El propio sistema sanitario permitirá al sujeto dar legitimidad o no a su dolor. La posibilidad de nombrarlo, por ejemplo, darle un nombre concreto, saber que hay un origen claro, no solo legitima el dolor, le da sentido y constituye por sí mismo un alivio del propio dolor para los afectados. Es parte de la larga historia de la fibromialgia, que al alcanzar la categoría de «enfermedad» deja de estar en el imaginario del sufriente para ser algo «real», una enfermedad legitimada por la medicina.

No obstante, como se ha comentado, el contexto social y las condiciones de vida del que sufre no suelen estar en el discurso médico ni político. Incidir en la enfermedad y el dolor requiere de cambios en dicho contexto que disminuyan las desigualdades sociales vinculadas con la enfermedad y el dolor. Tampoco está en el discurso académico e investigador el estudio de los componentes sociales, más que como «variables control», que es necesario analizar pero sin un estudio en profundidad que se centre en las mismas como objeto primario de análisis.

Sin duda el dolor es un objeto de estudio apasionante sobre el que quedan muchas preguntas por contestar. Con este trabajo hemos tratado de abordar una faceta del mismo poco estudiada pero importante, con el deseo de que se siga profundizando en la misma de forma que se pueda alcanzar un conocimiento más completo y real de un complejo fenómeno biológico, psicológico y, sin duda alguna, social. Desde nuestro punto de vista, no basta con que desde la biomedicina se

tenga en cuenta el contexto como elemento para el estudio del dolor, ni que «legitimen» la importancia de la cultura y los factores sociales, sino que es necesario implementar estudios multidisciplinares que traten de abordar el dolor desde una visión lo más plural posible.

7. Bibliografía

- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002). «The management of persistent pain in older person». *Journal of the American Geriatric Society*, 50, pp. S205-S224.
- BENDELOW, GILLIAN A. y WILLIAMS, SIMON J. (1995). «Transcending the dualisms: towards a sociology of pain». *Sociology of Health & Illness*, 17(2), pp. 139-165.
- BERKLEY, KAREN J. (1997) «Sex differences in pain». *Behavioral and Brain Sciences*, 20, pp. 371-380.
- BIEDMA-VELÁZQUEZ, LOURDES; GARCÍA DE DIEGO, JOSE M. y SERRANO DEL ROSAL, RAFAEL (2010). «Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora”». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(1), pp. 3-15.
- BODDICE, ROB (2017). *Pain. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- BONICA, JOHN J. y LOESER, JOHN D. (2003). «Historia de los conceptos y tratamientos del dolor». En: Loeser, J. D. y Bonica J. J. *Terapéutica del dolor*. New York: Ed. McGraw-Hill.
- BORRELL, CARMÉ y MALMUSI, DAVIDE (2010). «La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas». Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(Supl 1), pp. 101-108.

- BORRELL, CARMÉ; GARCÍA-CALVENTE, MARÍA DEL MAR y MARTÍ-BOSCA, JOSÉ VICENTE (2004). «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social». *Gaceta Sanitaria*, 18(4), pp. 2-6.
- BOURDIEU, PIERRE (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- BREVIK, HARALD (2004). «Evaluación del dolor crónico en Europa». *Painurope*, 1, pp. 4-5.
- BREVIK, HARALD; COLLET, BEVERLY; VENTAFRIDDA, VITTORIO; COHEN, ROB Y GALLACHER, DEREK (2006). «Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment». *European Journal Of Pain*, 10, pp. 287-333.
- CAMACHO, LAURA Y ANARTE, MARÍA TERESA (2001). «Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación». *Cuadernos de Psicología*, pp. 1-13.
- CHENG-CHIN, LAI (2004). «Historia del alivio del dolor». En: Warfield, C. A. y Faussett, H. J. (eds.). *Diagnóstico y tratamiento del dolor*. Barcelona: Masson.
- CROSSLEY, NICK (1995). «Merleau-Ponty, the elusive body and canal sociology». *Body & Society*, 1(1), pp. 43-63.
- EISENBERGER, NAOMI I.; LIEBERMAN, MATTHEW D. Y WILLIAMS, KIPLING D. (2003). «Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion». *Science*, 302, pp. 290-292.
- FERNÁNDEZ, AURORA MARÍA (2017). *Estudio de la asociación entre la fibromialgia y el tipo de personalidad*. López-Ibor Alcocer, M.^a Inés (dir.). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. [Tesis doctoral].

- FRANCO, AVELINO (1999). «El dolor en la historia». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, pp. 261-262.
- FUNDACIÓN GRÜNENTHAL (2007). *Evaluación y diagnóstico del dolor*. Reunión de expertos. Cátedra extraordinaria del dolor, Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca.
- GOLDBERG, LEWIS R. (1993). «The Structure of Phenotypic Personality Traits». *American Psychologist*, 48(1), pp. 26-34.
- GONZÁLEZ, ANA MARÍA (2013). *Dinámica de la actividad cerebral asociada al procesamiento de estímulos nociceptivos y afectivos en pacientes con dolor crónico*. Palma: Universitat de les Illes Balears. Disponible en: <http://hdl.handle.net/108003/123295>. [Tesis doctoral].
- GOYA, PILAR y MARTÍN, MARÍA ISABEL (2010). *¿Qué sabemos de? El Dolor*. Madrid: Ed. Catarata.
- HASKELL, THOMAS (1985). «Capitalism and the Origins of Humanitarian Sensibility. Part 1». *American Historical Review*, 90, pp. 339-361.
- HITCHCOCK, LAURA S.; FERRELL, BETTY R.; MCCAFFERY, MARGO (1994). «The experience of chronic nonmalignant pain». *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, pp. 312-318.
- IDLER, ELLEN L. y BENYAMINI, YAEL (1997). «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies». *Journal of Health Social Behavior*, 38, pp. 21-37.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979). «Pain terms: a list with definitions and notes on usage». Recommended

by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), pp.6-249.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1994). *Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP PRESS. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org>

JENSEN, MARK P.; TURNER, JUDITH A.; ROMANO, JOAN M. y KAROLY, PAUL (1991). «Coping with chronic pain: a critical review of the literature». *Pain*, 47, pp. 249-283.

KAMP, ELIZABETH (2001). «Survey reveals impact of pain may differ by gender». *Pain & Central Nervous System Week*, 22(2), pp. 16-17.

KIRMAYER, LAURENCE J. (2008). «Culture and the metaphoric mediation of pain». *Transcult Psychiatry*, 45(2), pp. 318-338.

LE BRETON, DAVID (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Ed. Seix Barral.

LE BRETON, DAVID (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva visión.

LE BRETON, DAVID (2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LE BRETON, DAVID (2010). «Pain and the care relationship». *Soins*, 749, pp. 34-35.

LEJARRAGA, AGUSTINA (2004). «La construcción social de la enfermedad». *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(4), pp. 271-276.

- LERICHE, RENÉ (1937). *Cirugía del dolor*. Barcelona: Ed. Morata.
- LOESER, JOHN D. y MELZACK, RONALD (1999). «Pain: an overview». *Lancet*, 353(9164), pp. 1607-1609.
- LÓPEZ, FRANCISCO (1996). «Definición y clasificación del dolor». *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, pp. 49-55.
- LÓPEZ, JESÚS M. (2007). «Evaluación y diagnóstico del dolor en el paciente geriátrico». En: Fundación Grüenthal. *Evaluación y diagnóstico del dolor*. Reunión de expertos, Cátedra extraordinaria del dolor, Fundación Grüenthal de la Universidad de Salamanca.
- MALLÉN-PÉREZ, LAURA; JUVÉ-UDINA, MARÍA EULALIA; ROÉ-JUSTINIANO, MARÍA TERESA y DOMÉNECH-FARRARONS, ANGELA (2015). «Dolor de parto: análisis del concepto». *Matronas Profesión*, 16(2), pp. 61-67.
- MEDRANO, JOSÉ M.; CERRATO, ELENA; BOIX, RAQUEL y DELGADO-RODRÍGUEZ, MIGUEL (2005). «Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales». *Medicina Clínica*, 124(16), pp. 606-612.
- MELZACK, RONALD (1975). «The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods». *Pain*, 1(3), pp. 277-299.
- MELZACK, RONALD y CASEY, KENNETH L. (1968). «Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model». En: Kenshalo, D. (ed.). *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.
- MILLER, CARLY y NEWTON, SARAH E. (2006). «Pain perception and expression: The influence of gender, personal self-efficacy,

- and lifespan socialization». *Pain Management Nursing*, 7(4), pp. 148-152.
- MORRIS, DAVID (1991). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Ed. Andres Bello.
- MOSCOSO, DAVID y MOYANO, EDUARDO (coords.) (2008). *Deporte, salud y calidad de vida*. Colección Estudios Sociales, 26. Barcelona: Obra Social la Caixa.
- MOSCOSO, JAVIER (2002). «Dolor privado, sensibilidad pública». En: Barona, J. L.; Mocosó, J. y Pimentel, J. *La ilustración de las ciencias. Para una historia de la objetividad*. Valencia: Biblioteca Valenciana, pp.137-151.
- MOSCOSO, JAVIER (2011). *Historia cultural del dolor*. Madrid: Santillana Ediciones Editoriales.
- PERGOLIZZI, JOSEPH (ed.) (2011). *Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management*. London. Disponible en: <http://evolving-medicine.com>
- REDONDO, MARTA MARÍA y LEÓN, LETICIA (2014). *El dolor*. Madrid: Ed. Grupo 5.
- ROHLFS, IZABELLA y ARTAZCOZ, LUCÍA (2000). «Diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres». *Rev. Lan Osasuna Salud Laboral y Estrés*. Monográfico sobre Estrés.
- RUIZ, MARÍA JOSÉ (2003). «Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica». *Revista Sociedad Española Enfermedades Nefrológicas*, 6(4), pp. 222-232.

- SABIDO, OLGA (2016). «Cuerpo y sentidos: el análisis sociológico de la percepción». *Debate Feminista*, 51, pp. 63-80.
- SABIDO, OLGA (2017). «Georg Simmel y los sentidos: una sociología relacional de la percepción». *Revista Mexicana de Sociología*, 79(2), pp. 373-400.
- SÁNCHEZ, BEATRIZ (2003). «Abordajes teóricos para comprender el dolor humano». *Revista Aquichan*, 3, pp. 32-41.
- SÁNCHEZ, PEDRO T. (2007). «Evaluación psicológica del dolor». En: Fundación Grünenthal. *Evaluación y diagnóstico del dolor*. Reunión de expertos. Cátedra extraordinaria del dolor, Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca.
- SCRIBANO, ADRIÁN (2012a). «Cuerpos, Emociones y Sociedad: Una lectura desde Walter Benjamin». Dossie Sociologia e Antropologia dos Corpos e das Emoções da RBSE – *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 11(33).
- SCRIBANO, ADRIÁN (2012b). «Sociología de los cuerpos/emociones». *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, RELACES*, 10(4), pp. 93-113.
- SERRANO-ATERO, MARISA S.; CABALLERO, JUAN; CAÑAS, ANA; GARCÍA-SAURA, PEDRO L.; SERRANO-ÁLVAREZ, CARMEN y PRIETO, J. (2002). «Valoración del dolor (II)». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, pp. 109-121.
- SONTAG, SUSAN (2004). *Ante el dolor de los demás*. Madrid: Santillana Ediciones.
- SUVIENEN, TUJJA I.; READE, PETER; KEMPPAINEN, PENTTI; KÖNÖNEN, MAUNO y DWORKIN, SAMUEL F. (2005). «Review of aetiological concepts

of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors». *European Journal of Pain*, 9(6), pp. 613-633.

TRUYOLS, MARÍA MAGDALENA; PÉREZ, JAVIER; MEDINAS, MARÍA MAGDALENA; PALMER, ALFONSO y SESÉ, ALBERT (2008). «Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico». *Clínica y Salud*, 19(3), pp. 295-320.

VANNINI, PHILLIP; WASKUL, DENNIS y GOTTSCHALK, SIMON (2012). *The Senses in self, society and culture. A Sociology of the senses*. New York/London: Routledge.

WALL, PATRICK (2000). *Pain: The Science of Suffering*. London: Weidenfield & Nicholson.

Cuestionario

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

INCIDENCIAS

Dificultad de acceso al edificio, casa, urbanización, etc.	
Viviendas en las que no hay nadie	
Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación	
Negativas de hombres a realizar la entrevista	
Negativas de mujeres a realizar la entrevista	
Contactos fallidos por no cumplir cuotas	
Contactos fallidos por no ser una vivienda (oficinas, consultas médicas, etc.)	
Viviendas de inmigrantes	

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

[ID_RUTA]

[SNOMBCOMUNID]

[SCODCOMUNID]

TARJETA 1

[SNOMBPROVINCIA]

[SCODPROVINCIA]

TARJETA 2

[SNOMBMUNICIP]

[SCODMUNICIP]

TARJETA 3

[SCODHABITAT]

[SCODDISTRITO]

TARJETA 4

[SCODSECCION]

TARJETA 5

[BESAREA]

TARJETA 6

[BTINTRVINDICE]

TARJETA 7

[SINTRVINDICELITERAL]

[COORDINADOR]

TARJETA 8

[ENTREV]

[INTRO]

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas está realizando un estudio sobre la percepción social, actitudes y vivencias del dolor. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. La información es grabada de forma anónima.

ENTREVISTADOR/A, INDIQUE EL SEXO DE LA PERSONA ENTREVISTADA.

[SEXO]
 hombre 1
 mujer 2

EDAD - ¿Qué edad tiene Ud.? (ENTREVISTADOR/A: ANOTAR CON DOS DIGITOS).

[EDADEXACTA]

[EDAD]

de 18 a 24.....	1
de 25 a 34.....	2
de 35 a 44.....	3
de 45 a 54.....	4
de 55 a 64.....	5
65 y más.....	6

P.0 En primer lugar quisiera preguntarle si tiene Usted ...

[P0]

La nacionalidad española.....	1
La nacionalidad española y otra.....	2
Otra nacionalidad.....	3

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.0a ¿Cuál? (ENTREVISTADOR/A: Escribir la inicial del país y seleccionar el que corresponda del listado desplegable?)

Filtros:

SI P0=1 ir a [P1_1] - Escala de satisfacción (0-10) con diversos aspectos de la vida - Su vida en general

[P0A]	N.C.	999	Granada	318
	Afganistán	401	Grecia	111
	Albania	101	Guatemala	319
	Alemania	126	Guinea	218
	Andorra	124	Guinea Bissau	219
	Angola	202	Guinea Ecuatorial	220
	Antigua y Barbuda	310	Guyana	346
	Apátridas	555	Haití	320
	Arabia Saudita	402	Honduras	321
	Argelia	203	Hungría	112
	Argentina	340	India	410
	Armenia	148	Indonesia	411
	Australia	501	Irak	412
	Austria	102	Irlanda	113
	Azerbaiján	442	Irán	413
	Bahamas	311	Islandia	114
	Bahrén	403	Islas Cook	513
	Bangladés	404	Islas Marshall	440
	Barbados	312	Islas Salomón	506
	Belice	313	Israel	414
	Benin	204	Italia	115
	Bielorrusia	138	Jamaica	322
	Bolivia	341	Japón	415
	Bosnia-Herzegovina	145	Jordania	416
	Botsuana	205	Kazajistán	443
	Brasil	342	Kenia	221
	Brunel	439	Kirguistán	444
	Bulgaria	104	Kuwait	418
	Burkina Faso	201	Laos	419
	Burundi	206	Lesoto	222
	Bélgica	103	Letonia	136
	Cabo Verde	207	Liberia	223
	Camboya	417	Libia	224
	Camerún	208	Liechtenstein	116
	Canadá	301	Lituania	142
	Chad	246	Luxemburgo	117
	Chile	344	Libano	420
	China	407	Macedonia	156
	Chipre	106	Madagascar	225
	Colombia	343	Malasia	421
	Comoras	209	Malauí	226
	Congo	210	Maldivas	422
	Corea	430	Mali	227
	Corea del Norte (Rep. Popular)	431	Malta	118
	Costa Rica	314	Marruecos	228
	Costa de Marfil	211	Mauricio	229
	Croacia	146	Mauritania	230
	Cuba	315	Micronesia	511
	Dinamarca	107	Moldavia	137
	Dominica	316	Mongolia	423
	Ecuador	345	Montenegro	158
	Egipto	213	Mozambique	405
	El Salvador	317	Myanmar	405
	Emiratos Árabes Unidos	408	México	303
	Eritrea	253	Mónaco	119
	Eslovenia	147	Namibia	232
	Estados Unidos de América	302	Nauru	515
	Estonia	141	Nepal	424
	Etiopía	214	Nicaragua	323
	Filipinas	409	Nigeria	234
	Finlandia	109	Noruega	120
	Fiyi	502	Nueva Zelanda	504
	Francia	110	Niger	233
	Gabón	215	Omán	425
	Gambia	216	Otros territorios de América	389
	Georgia	139	Otros territorios de Asia	499
	Ghana	217	Otros territorios de Europa	199
			Otros territorios de Oceanía	599
			Otros territorios de África	299
			Pakistán	426
			Palaos	516
			Panamá	324
			Papua Nueva Guinea	505
			Paraguay	347
			Países Bajos (Holanda)	121

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

Perú.....	348	Sudáfrica.....	236
Polonia.....	122	Sudán.....	243
Portugal.....	123	Suecia.....	131
Qatar.....	427	Suiza.....	132
Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte).....	125	Surinam.....	349
Rep. Centroafricana.....	235	Tailandia.....	435
Rep. Democrática del Congo.....	250	Tanzania.....	245
República Checa.....	143	Tayikistán.....	445
República Dominicana.....	326	Timor Oriental.....	517
República Eslovaca.....	144	Togo.....	247
Ruanda.....	237	Tonga.....	508
Rumania.....	128	Trinidad y Tobago.....	327
Rusia.....	154	Turkmenistán.....	446
Samoa.....	507	Turquía.....	436
San Cristóbal y Nieves.....	329	Tuvalu.....	512
San Marino.....	129	Túnez.....	248
San Vicente y las Granadinas.....	325	Ucrania.....	135
Santa Lucía.....	328	Uganda.....	249
Santa Sede.....	130	Uruguay.....	350
Santo Tomé y Príncipe.....	238	Uzbekistán.....	447
Senegal.....	239	Vanuatu.....	509
Serbia.....	157	Venezuela.....	351
Seychelles.....	240	Vietnam.....	437
Sierra Leona.....	241	Yemen.....	441
Singapur.....	432	Yibuti.....	212
Siria.....	433	Zambia.....	251
Somalia.....	242	Zimbabue.....	252
Sri Lanka.....	434		
Suazilandia.....	244		

P.1 Para empezar nos gustaría preguntarle cuál es el grado de satisfacción que siente con los siguientes aspectos de su vida, utilizando una escala de 0 a 10, en la que el 0 significa que está Ud. «completamente insatisfecho» y el 10 que se encuentra «completamente satisfecho». Diganos su grado de satisfacción con...

(ENTREVISTADOR/A: MOSTRAR TARJETA).

	Completamente insatisfecho 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Completamente satisfecho 10	NP	NS	NC	
Su vida en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	Su vida en general
El trabajo que realiza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	El trabajo que realiza
Su vida familiar o relaciones familiares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	Su vida familiar o relaciones familiares
El tiempo libre del que dispone	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	El tiempo libre del que dispone
Sus amigos/as y relaciones sociales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	Sus amigos/as y relaciones sociales
Su relación de pareja o sentimental	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	97	98	99	Su relación de pareja o sentimental

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

P.2 Y en términos generales, ¿en qué medida se considera Ud. una persona feliz o infeliz? Por favor sitúese en una escala de 0 a 10, en la que el 0 significa que se considera «completamente feliz» y el 10 que se considera «completamente infeliz».

(ENTREVISTADOR/A: MOSTRAR TARJETA).

[P2]

0 Completamente feliz.....	0
1.....	1
2.....	2
3.....	3
4.....	4
5.....	5
6.....	6
7.....	7
8.....	8
9.....	9
10 Completamente infeliz.....	10
N.S.....	98
N.C.....	99

P.3 En general, ¿diría Ud. que su salud es...?

[P3]

Muy buena.....	1
Buena.....	2
Normal.....	3
Mala.....	4
Muy mala.....	5
N.S.....	8
N.C.....	9

P.4 Y, si la compara con la de otras personas de su mismo sexo y edad, ¿cómo diría Ud. que es su salud?

[P4]

Mucho mejor.....	1
Algo mejor.....	2
Igual.....	3
Algo peor.....	4
Mucho peor.....	5
N.S.....	8
N.C.....	9

P.5 ¿Y cómo diría Ud. que es su salud actual comparada con la de hace un año?

[P5]

Mucho mejor.....	1
Algo mejor.....	2
Igual.....	3
Algo peor.....	4
Mucho peor.....	5
N.S.....	8
N.C.....	9

P.6 ¿A cuál de las siguientes situaciones teme Ud. más en el futuro? ¿Y en segundo lugar? (MOSTRAR TARJETA).

1º LUGAR

[P6A]

El deterioro mental, pérdida de memoria.....	1
La soledad.....	2
La dependencia respecto a otras personas.....	3
El dolor.....	4
La muerte.....	5
El sentimiento de inutilidad.....	6
El deterioro físico.....	7
(NO LEER) Todas.....	8
Otra, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ninguna.....	97
N.S.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P6A=(96) ir a la siguiente
 [P6A_COD]

2.º LUGAR

[P6B]

El deterioro mental, pérdida de memoria.....	1
La soledad.....	2
La dependencia respecto a otras personas.....	3
El dolor.....	4
La muerte.....	5
El sentimiento de inutilidad.....	6
El deterioro físico.....	7
(NO LEER) Todas.....	8
Otra, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ninguna.....	97
N.S.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P6B=(96) ir a la siguiente
 [P6B_COD]

P.7 Como Ud. sabe, todas las personas a lo largo de su vida experimentan algún tipo de dolor, ya sea físico, psicológico, emocional, o de otro tipo. Dígame si en alguna ocasión ha padecido Ud. alguno de los dolores que le voy a mencionar. (RESPUESTA MÚLTIPLE. LEER UNO A UNO Y MARCAR EL/LOS QUE PROCEDAN).

[P7]

Dolor de huesos o muscular.....	1
Dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes.....	2
Dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón.....	3
Dolor por problemas respiratorios.....	4
Dolor por ansiedad, depresión o estrés.....	5
Dolor por cansancio sin motivo aparente.....	6
Dolor por sensación de angustia continuada.....	7
Dolor por desamor o ruptura amorosa.....	8
Dolor por muerte de un ser querido.....	9
Dolor por una traición o engaño importante.....	10
Dolor por enfermedad grave de un ser querido.....	11
Otro dolor que le parezca importante, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ningún dolor.....	97
No recuerda.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P7=(96) ir a la siguiente
 [P7_COD]

P.8 En general, ¿con qué frecuencia diría Ud. que siente algún tipo de dolor?

Filtros:

Si P7=(97;98;99) ir a [P22] - Acciones para afrontar un dolor muy intenso

[P8]

Muy frecuentemente.....	1
Frecuentemente.....	2
Algunas veces.....	3
Casi nunca.....	4
N.S.No recuerda.....	8
N.C.....	9

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.9 En el último mes, ¿ha padecido Ud. alguno de los dolores que le voy a mencionar? (RESPUESTA MÚLTIPLE. LEER UNO A UNO Y MARCAR EL/LOS QUE PROCEDA/N).

[P9]

Dolor de huesos o muscular.....	1
Dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes.....	2
Dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón.....	3
Dolor por problemas respiratorios.....	4
Dolor por ansiedad, depresión o estrés.....	5
Dolor por cansancio sin motivo aparente.....	6
Dolor por sensación de angustia continuada.....	7
Dolor por desamor o ruptura amorosa.....	8
Dolor por muerte de un ser querido.....	9
Dolor por una traición o engaño importante.....	10
Dolor por enfermedad grave de un ser querido.....	11
Otro dolor que le parezca importante, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ningún dolor.....	97
No recuerda.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P9=(96) ir a la siguiente

[P9_C00]

P.10 Y de los dolores que Ud. ha mencionado antes que ha padecido a lo largo de su vida o ha padecido en el último mes, ¿cuál diría que es el más relevante, aquel del que tiene un recuerdo más vivo? (UNA SOLA RESPUESTA). (MOSTRAR TARJETA).

(ENTREVISTADOR/A: SI LA PERSONA ENTREVISTADA EXPRESA QUE NO HA TENIDO NINGÚN DOLOR RELEVANTE, VOLVER A P7, PARA QUE ELIJA ALGÚN DOLOR PARA PREGUNTAR SOBRE EL MISMO).

[P10]

Dolor de huesos o muscular.....	1
Dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes.....	2
Dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón.....	3
Dolor por problemas respiratorios.....	4
Dolor por ansiedad, depresión o estrés.....	5
Dolor por cansancio sin motivo aparente.....	6
Dolor por sensación de angustia continuada.....	7
Dolor por desamor o ruptura amorosa.....	8
Dolor por muerte de un ser querido.....	9
Dolor por una traición o engaño importante.....	10
Dolor por enfermedad grave de un ser querido.....	11
Otro, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ningún dolor relevante.....	97
No recuerda.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P10=(96) ir a la siguiente

[P10_C00]

P.10a El dolor que ha seleccionado como el más relevante, ¿lo padece Ud. actualmente?

[P10A]

Si (aunque sea de vez en cuando).....	1
No.....	2
N.C.....	9

A PARTIR DE AHORA CONTÉSTENOS EN RELACIÓN CON EL DOLOR QUE UD. HA MENCIONADO COMO EL MÁS RELEVANTE O DEL QUE TIENE UN RECUERDO MÁS VIVO.

P.11 En su opinión, cuál es/era el origen de ese dolor... (UNA SOLA RESPUESTA). (ENTREVISTADOR/A: NO LEER. ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y UBICAR LA RESPUESTA EN LA LISTA, SI NO ENCUENTRA EL ÍTEM ADECUADO EN LA LISTA, ANOTAR LA RESPUESTA EN EL ESPACIO DEL CÓDIGO «OTRO, ¿CUÁL?»).

[P11]

Enfermedad física.....	1
Enfermedad mental o malestar psicológico.....	2
Accidente.....	3
Estilo de vida.....	4
Trabajo o actividad principal (jubilación, pérdida de empleo, acoso laboral, conciliación, enfermedad profesional...).....	5
Deporte o actividad física recreativa.....	6
Adicciones (tabaco, alcohol, drogas...).....	7
Forma de ser (personalidad, carácter...).....	8
Desamor o separación de un ser querido.....	9
Soledad, nostalgia, tristeza.....	10
Estrés, angustia, ansiedad.....	11
Edad, vejez, envejecimiento.....	12
Muerte o pérdida de un ser querido.....	13
Operaciones.....	14
Enfermedad grave de un ser querido.....	15
Traición o engaño importante.....	16
Otro, ¿cuál?.....	96
N.S.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P11=(96) ir a la siguiente

[P11_C00]

P.12 Respecto a este dolor más relevante, aunque sea intermitente (aparece y desaparece), ¿cuánto tiempo le lleva doliendo/dolía? (Entrevistador/a: anotar la respuesta según proceda. Si la persona entrevistada dice «dos semanas», anotar: 15 días, 0 meses, 0 años. Si dice «mes y medio», anotar: 15 días, 1 mes, 0 años. Si dice desde los 20 años y tiene 50, anotar 30 años. Los tres elementos: días, meses y años deben de venir rellenos. Si no se ha mencionado ese elemento anotar 0).

Días

[P12A]

N.S. = 98 N.C. = 99

Meses

[P12B]

N.S. = 98 N.C. = 99

Años

[P12C]

N.S. = 98 N.C. = 99

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.13 ¿Qué palabra o palabras usaría Ud. para describir dicho dolor? (MÁXIMO DOS RESPUESTAS). (ENTREVISTADOR/A: RECOMENDAR QUE DESCRIBA EL DOLOR COMO CUANDO VA AL MÉDICO. ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y UBICAR LA RESPUESTA EN LA LISTA, SI NO ENCUENTRA EL ÍTEM EN LA LISTA, ANOTAR LA RESPUESTA EN EL ESPACIO DEL CÓDIGO 96: «OTRO, ¿CUAL?»).

1.ª Respuesta

[P13A]

<i>Pérdida/Vacío/Soledad/Ausencia/Dolor del alma/Pesar/Falta/Ahoranza/Muerte/Agonía</i>	1
<i>Intenso/Fuerte</i>	2
<i>Constante/Insistente/Agobiante/Monótono</i>	3
<i>Insoportable/Horroroso/Destrozado/Tortura/Lo peor/Incontrolable</i>	4
<i>Tristeza/Pena/Depresión/Amargura/Desolación</i>	5
<i>Doloroso/Penoso</i>	6
<i>Angustioso/Angustiante/Desesperante/Desasosiego/Desazón/Inseguridad/Ansiedad/Desconcierto</i>	7
<i>Agudo</i>	8
<i>Molesto/Incómodo/Moderado/Desagradable</i>	9
<i>Agotador/Cansino/Exhausto/Corrosivo/Pesado</i>	10
<i>Impotencia/Frustración/Bloqueo/Injusticia/Incomprensión</i>	11
<i>Malo/Severo/Duro/Terrible/Cruel/Inhumano/Desgarro/Bocado de perro/Atroz</i>	12
<i>Punzante/Pincha/Pinchazos</i>	13
<i>Incapacidad/Incapacitante</i>	14
<i>Suave/Débil/Natural/Normal/Tranquilidad/Soportable/Breve</i>	15
<i>Exasperante/Irritante/Escatológico: mierda, cabrón, putada/Odio/Resentimiento/Rabia</i>	16
<i>Calambre/Descarga eléctrica/Eléctrico/Hormigueo/Dormido/Cosquilleo/Espasmos/Latigazos</i>	17
<i>Palpitante/Pulsos/Latidos</i>	18
<i>Miedo/Pánico</i>	19
<i>Decepción/Desconfianza/Culpa/Arrepentimiento/Preocupación/Compasión/Aceptación/Desesperanza</i>	20
<i>Aburrido/Sordo/Intermitente/Difuso/Discontinuo/Cambiante/Va de un sitio a otro/De menos a más</i>	21
<i>Quemazón/Ardor/Calor</i>	22
<i>Nauseabundo/Mareante</i>	23
<i>Aplastante/Inevitable</i>	24
<i>Presión/Opresión/Ahogo</i>	25
<i>Penetrante/Marcado/Localizado</i>	26
<i>Puñetazo/Bofetada</i>	27
<i>Estremecedor</i>	28
<i>Sensación de frío doloroso</i>	29
<i>Cortante</i>	30
<i>Otra palabra ¿cuál?</i>	96
<i>(NO LEER) No sabría describirlo</i>	98
<i>N.C.</i>	99

Filtros:

Si NO P13A=(96) ir a la siguiente

[P13A_COD]

2.ª PALABRA PARA DESCRIBIR EL DOLOR (CONTINUACIÓN)

(MÁXIMO DOS RESPUESTAS). (ENTREVISTADOR/A: RECOMENDAR QUE DESCRIBA EL DOLOR COMO CUANDO VA AL MÉDICO. ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y UBICAR LA RESPUESTA EN LA LISTA, SI NO ENCUENTRA EL ÍTEM EN LA LISTA, ANOTAR LA RESPUESTA EN EL ESPACIO DEL CÓDIGO 96: «OTRO, ¿CUAL?»). SI NO QUIERE DAR OTRA RESPUESTA MARCAR 99: N.C.).

2.ª Respuesta

[P13B]

<i>Pérdida/Vacío/Soledad/Ausencia/Dolor del alma/Pesar/Falta/Ahoranza/Muerte/Agonía</i>	1
<i>Intenso/Fuerte</i>	2
<i>Constante/Insistente/Agobiante/Monótono</i>	3
<i>Insoportable/Horroroso/Destrozado/Tortura/Lo peor/Incontrolable</i>	4
<i>Tristeza/Pena/Depresión/Amargura/Desolación</i>	5
<i>Doloroso/Penoso</i>	6
<i>Angustioso/Angustiante/Desesperante/Desasosiego/Desazón/Inseguridad/Ansiedad/Desconcierto</i>	7
<i>Agudo</i>	8
<i>Molesto/Incómodo/Moderado/Desagradable</i>	9
<i>Agotador/Cansino/Exhausto/Corrosivo/Pesado</i>	10
<i>Impotencia/Frustración/Bloqueo/Injusticia/Incomprensión</i>	11
<i>Malo/Severo/Duro/Terrible/Cruel/Inhumano/Desgarro/Bocado de perro/Atroz</i>	12
<i>Punzante/Pincha/Pinchazos</i>	13
<i>Incapacidad/Incapacitante</i>	14
<i>Suave/Débil/Natural/Normal/Tranquilidad/Soportable/Breve</i>	15
<i>Exasperante/Irritante/Escatológico: mierda, cabrón, putada/Odio/Resentimiento/Rabia</i>	16
<i>Calambre/Descarga eléctrica/Eléctrico/Hormigueo/Dormido/Cosquilleo/Espasmos/Latigazos</i>	17
<i>Palpitante/Pulsos/Latidos</i>	18
<i>Miedo/Pánico</i>	19
<i>Decepción/Desconfianza/Culpa/Arrepentimiento/Preocupación/Compasión/Aceptación/Desesperanza</i>	20
<i>Aburrido/Sordo/Intermitente/Difuso/Discontinuo/Cambiante/Va de un sitio a otro/De menos a más</i>	21
<i>Quemazón/Ardor/Calor</i>	22
<i>Nauseabundo/Mareante</i>	23
<i>Aplastante/Inevitable</i>	24
<i>Presión/Opresión/Ahogo</i>	25
<i>Penetrante/Marcado/Localizado</i>	26
<i>Puñetazo/Bofetada</i>	27
<i>Estremecedor</i>	28
<i>Sensación de frío doloroso</i>	29
<i>Cortante</i>	30
<i>Otra palabra ¿cuál?</i>	96
<i>(NO LEER) No sabría describirlo</i>	98
<i>N.C.</i>	99

Filtros:

Si NO P13B=(96) ir a la siguiente

[P13B_COD]

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.14 Y, en general, ¿qué intensidad tiene/tenía el dolor del que me está hablando, en una escala de 1 a 10, donde 1 significa que apenas «le duele/dolía» y el 10 que «era el peor dolor imaginable».

(ENTREVISTADOR/A: MOSTRAR TARJETA).

[P14]

1	Apenas le duele/dolía	1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7
8		8
9		9
10	Es/era el peor dolor imaginable	10
N.S.		98
N.C.		99

P.15 ¿Con qué frecuencia padece/padecía este dolor?

[P15]

1	Muy frecuentemente	1
2	Frecuentemente	2
3	Algunas veces	3
4	Casi nunca	4
8	N.S./No recuerda	8
9	N.C.	9

P.16 ¿Hasta qué punto el dolor que ha seleccionado como el más relevante le dificultaba/dificultaba su actividad diaria principal, sea un trabajo dentro o fuera de casa, los estudios, etc.?

[P16]

1	Mucho	1
2	Bastante (NO LEER) Algo	2
3	Poco	3
4	Nada	4
5		5
8	N.S.	8
9	N.C.	9

P.17 ¿Y hasta qué punto ese dolor le dificultaba/dificultaba sus actividades sociales habituales: salir, pasear o charlar con su familia, amigos/as, vecinos/as u otras personas?

[P17]

1	Mucho	1
2	Bastante (NO LEER) Algo	2
3	Poco	3
4	Nada	4
5		5
8	N.S.	8
9	N.C.	9

P.18 ¿Toma/tomaba Ud. algún tipo de medicamentos para tratar de calmar o reducir el dolor del que hablamos?

[P18]

1	Sí	1
2	No	2
8	N.S./No recuerda	8
9	N.C.	9

P.18a ¿Y diría Ud. que la toma de estos medicamentos para tratar de calmar o reducir este dolor es/fue...?

Filtros:
Si NO P18=1 ir a la siguiente

[P18A]

1	Muy efectivo	1
2	Bastante efectivo	2
3	Efectivo	3
4	Poco efectivo	4
5	Nada efectivo	5
6	(NO LEER) Unos sí son/fueron efectivos y otros no	6
8	N.S./No recuerda	8
9	N.C.	9

P.19 Independientemente de si toma/tomaba algún medicamento, ¿utiliza/utilizó alguno de los siguientes métodos, remedios o tratamientos para tratar ese dolor? (RESPUESTA MÚLTIPLE. MARCAR TODAS LAS QUE DIGA LA PERSONA ENTREVISTADA).

[P19]

1	Cambios de dieta	1
2	Productos de herbolario	2
3	Homeopatía	3
4	Frio o calor (pack de hielo, geles, etc.)	4
5	Ejercicio físico (estiramientos, yoga, pilates, natación...)	5
6	Acupuntura, auriculopuntura	6
7	Fisioterapia, masaje, osteopatía	7
8	Reiki	8
9	Hipnosis	9
10	Meditación y/o rezo y/o terapia de relajación	10
11	Grupos de apoyo y/o actividades sociales	11
12	Tratamientos psicológicos/terapéuticos/psiquiátricos	12
96	Otro, ¿cuál?	96
97	(NO LEER) Ninguno de ellos	97
98	No recuerda	98
99	N.C.	99

Filtros:
Si NO P19=(96) ir a la siguiente

[P19_COD]

P.19a ¿Y diría Ud. que el uso de esos métodos, remedios o tratamientos para tratar de calmar o reducir ese dolor es/fue...?

Filtros:
Si P19=(97;98;99) ir a la siguiente

[P19A]

1	Muy efectivo	1
2	Bastante efectivo	2
3	Efectivo	3
4	Poco efectivo	4
5	Nada efectivo	5
6	(NO LEER) Unos sí son/fueron efectivos y otros no	6
8	N.S./No recuerda	8
9	N.C.	9

P.20 Y cuando Ud. padece/padecía este dolor, ¿en qué medida siente/sentía que sus familiares y amigos/as...?

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N.P. (No contó a nadie/No tiene familiares)	N.S.	N.C.
Le comprenden/dían	1	2	3	4	7	8	9
Le prestan/ban atención	1	2	3	4	7	8	9
Le tratan/ban de ayudar	1	2	3	4	7	8	9

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

P.21 Y por su parte, cuando siente/sentía este dolor, ¿en qué medida...?

	Mucho	Bastante	Poco	Nada	N.P. (No busca a otras personas)	N.S.	N.C.
Busca/ba apoyo en otras personas	1	2	3	4	7	8	9
Intenta/ba pensar en otras personas que están/ban peor que Ud.	1	2	3	4	7	8	9
Se aísla/ba y trata/ba de pasárselo solo/a	1	2	3	4	7	8	9

A TODOS

P.22 A continuación trate de imaginar una situación de dolor muy intenso. De las siguientes acciones, ¿cuáles cree que podrían ayudarle a afrontar o sobrellevar ese dolor intenso? (RESPUESTA MÚLTIPLE. MARCAR TODAS LAS QUE DIGA LA PERSONA ENTREVISTADA).

[P22]

Buscar la comprensión de un/a amigo/a o allegado/a.....	1
Rezar u orar.....	2
Ignorar el dolor pensando en otra cosa.....	3
Intentar disminuirlo mentalmente.....	4
Decirse a sí mismo/a que tiene que ser fuerte.....	5
Contenerse y procurar que no se le note.....	6
Hablar con un/a profesional para que le ayude a hacerle frente.....	7
Acudir a grupos de apoyo y/o actividades sociales.....	8
Otra, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ninguna de ellas.....	97
N.S.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P22=(96) ir a la siguiente

[P22_COD]

P.23 En su opinión, ¿cuál cree Ud. que es el peor dolor que se puede padecer? (UNA SOLA RESPUESTA). (ENTREVISTADOR/A: NO LEER. ESPERAR RESPUESTA ESPONTÁNEA Y UBICAR LA RESPUESTA EN LA LISTA, SI NO ENCUENTRA EL ÍTEM EN LA LISTA, ANOTAR LA RESPUESTA EN EL ESPACIO DEL CÓDIGO «OTRO, ¿CUAL?»).

[P23]

Dolor de huesos o muscular.....	1
Dolor de cabeza, oídos, ojos o dientes.....	2
Dolor de estómago, digestivo, hígado o riñón.....	3
Dolor por problemas respiratorios.....	4
Dolor por ansiedad, depresión o estrés.....	5
Dolor por cansancio sin motivo aparente.....	6
Dolor por sensación de angustia continuada.....	7
Dolor por desamor o ruptura amorosa.....	8
Dolor por muerte de un ser querido.....	9
Dolor por una traición o engaño importante.....	10
Dolor por enfermedad grave de un ser querido.....	11
Dolor por enfermedad mental.....	12
Dolor por sensación de soledad.....	13
Otro dolor que le parezca importante, ¿cuál?.....	96
(NO LEER) Ningún dolor.....	97
No recuerda.....	98
N.C.....	99

Filtros:

Si NO P23=(96) ir a la siguiente

[P23_COD]

P.24 A continuación, vamos a hablar sobre diferentes tipos de dolor. Voy a mostrarle una tarjeta y dígame, independientemente de si los ha padecido o no, qué palabra relaciona con cada tipo de dolor. (MOSTRAR TARJETA).

	Natural	Enfermedad	Angustia o miedo	Sufrimiento	Ira	Resignación	NO LEER (Ninguna de estas)	N.S.	N.C.
Dolor por depresión o ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor por la muerte de un ser querido	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor por desamor o ruptura amorosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor por inseguridad o incertidumbre (futuro o pérdida de capacidades)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor por la traición de un ser querido	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor por un parto	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor intenso y corto (p. ej., fractura de un hueso)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dolor constante pero soportable (p. ej., reuma, artrosis)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

P.25 Díganos si está Ud. muy de acuerdo, bastante, poco o nada de acuerdo con cada una de las frases que le voy a leer a continuación.

	Muy de acuerdo	Bastante	Poco	Nada de acuerdo	N.S.	N.C.

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

El estado de ánimo puede influir en el dolor que se siente	1	2	3	4	8	9
Hay personas más sensibles al dolor que otras	1	2	3	4	8	9
Sentimientos intensos como el desamor o el miedo pueden llegar a doler	1	2	3	4	8	9
Las personas muy exigentes consigo mismas son más propensas a tener migrañas y dolores de cabeza	1	2	3	4	8	9
El dolor es un síntoma de que algo va mal en nuestro cuerpo	1	2	3	4	8	9
El dolor se puede aliviar con relajación y pensamientos positivos	1	2	3	4	8	9
Hay personas que se quejan mucho por pequeños dolores	1	2	3	4	8	9
Aguantar el dolor no tiene sentido si puede ser aliviado con medicamentos	1	2	3	4	8	9

P.26 Me gustaría que pensase en las situaciones que le voy a describir y me dijese si se producen en su vida tanto como desea o menos de lo que desea.

	Tanto como desea	Menos de lo que desea	N.S.	N.C.
Queda con otras personas para distraerse y salir	1	2	8	9
Tiene posibilidad de hablar con alguien de sus problemas	1	2	8	9
Cuenta con personas que se preocupan por lo que le sucede a Ud.	1	2	8	9
Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama	1	2	8	9

P.27 Ahora dígame, por favor, en qué medida las siguientes frases describen su forma de ser. (MOSTRAR TARJETA)

	SÍ, completamente	Más bien sí	(NO LEER) Ni sí, ni no	Más bien no	No, completamente	N.S.	N.C.
Tiende a ser reservado/a	1	2	3	4	5	8	9
Tiende a ser perezoso/a	1	2	3	4	5	8	9
Se deja dominar por el estrés	1	2	3	4	5	8	9
Le resulta fácil ponerse en el lugar de los/as demás	1	2	3	4	5	8	9
Tiene interés por lo artístico	1	2	3	4	5	8	9
Es extrovertido/a y sociable	1	2	3	4	5	8	9
Tiene tendencia a criticar a los/as demás	1	2	3	4	5	8	9
Realiza conienzudamente las cosas que tiene que hacer	1	2	3	4	5	8	9
Se pone nervioso/a con facilidad	1	2	3	4	5	8	9
Tiene mucha imaginación	1	2	3	4	5	8	9

P.28 ¿Podría decirme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme Ud. habitualmente? (Entrevistador/a: anotar la respuesta según proceda. Si la persona entrevistada dice «ocho horas y media», anotar: 8 horas, 30 minutos; si dice «ocho horas», anotar: 8 horas, 0 minutos.

Horas

[P28A]

N.S. = 98 N.C. = 99

Minutos

[P28B]

N.S. = 98 N.C. = 99

P.29 Independientemente de la cantidad de horas que duerme, en general, ¿cómo diría Ud. que se levanta?

[P29]

Totamente descansado/a.....	1
Bastante descansado/a.....	2
Descansado/a.....	3
Poco descansado/a.....	4
Nada descansado/a.....	5
N.S.	8
N.C.	9

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.30 ¿Podría decirme, aproximadamente, cuántos kilos pesa, sin zapatos ni ropa?

Kilos

[P30]

N.S. = 998 N.C. = 999

P.31 ¿Le gustaría pesar más o menos de lo que pesa actualmente?

[P31]

Le gustaría pesar más (ganar peso).....	1
(NO LEER) No le gustaría ni pesar más ni menos.....	2
Le gustaría pesar menos (perder peso).....	3
N.S.	8
N.C.	9

P.32 ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos? (Anotar en centímetros).

Centímetros

[P32]

N.S. = 998 N.C. = 999

P.33 De las siguientes posibilidades, ¿cuál describe mejor su actividad principal? (En el trabajo, centro de enseñanza, labores domésticas, etc.). (MOSTRAR TARJETA).

[P33]

Sentado/a la mayor parte de la jornada.....	1
De pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos.....	2
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes.....	3
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico.....	4
Otra, ¿cuál?.....	96
N.S.	98
N.C.	99

Filtros:

SI NO P33=(96) ir a la siguiente

[P33_COD]

P.34 Teniendo en cuenta su edad, ¿cómo describiría su forma física?

[P34]

Muy buena.....	1
Buena.....	2
Normal.....	3
Mala.....	4
Muy mala.....	5
N.S.	8
N.C.	9

P.35 Independientemente de su actual forma física, ¿le gustaría mejorarla?

[P35]

Sí.....	1
No.....	2
(NO LEER) Le da igual, este tema no le importa.....	3
N.S.	8
N.C.	9

P.36 ¿Cuál es la frecuencia con la que realiza alguna actividad física o deportiva en su tiempo libre?

[P36]

Todos los días.....	1
Varias veces a la semana.....	2
Una vez a la semana.....	3
Varias veces al mes.....	4
De forma esporádica (una vez al mes o menos).....	5
Nunca o casi nunca.....	6
N.S.	8
N.C.	9

P.37 Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones izquierda y derecha. En esta tarjeta hay una serie de casillas que van de izquierda a derecha. ¿En qué casilla se colocaría Ud.?**(MOSTRAR TARJETA). (PEDIR A LA PERSONA ENTREVISTADA QUE INDIQUE LA CASILLA EN LA QUE SE COLOCARÍA).**

[P37]

1 Izda.....	1
2.....	2
3.....	3
4.....	4
5.....	5
6.....	6
7.....	7
8.....	8
9.....	9
10 Dcha.....	10
N.S.	98
N.C.	99

P.38 Algunas personas se consideran simpatizantes de un partido político, a pesar de que no siempre voten por él. Otras, en cambio, no manifiestan una simpatía hacia ningún partido en concreto. En general, ¿se considera Ud. simpatizante de algún partido?

[P38]

Sí.....	1
No.....	2
N.C.	99

P.38a. ¿Podría decirme de qué partido se trata?

Filtros:

SI NO P38=1 ir a la siguiente

[P38A]

N.C. = 99

P.39 Sexo:

[P39]

Hombre.....	1
Mujer.....	2

P.40 ¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

[P40]

[P40COD]

De 18 a 24.....	1
De 25 a 34.....	2
De 35 a 44.....	3
De 45 a 54.....	4
De 55 a 64.....	5
65 y más.....	6

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

N.C. = 99

P.41 ¿Cuál es su estado civil?

[P41]	
Casado/a	1
Soltero/a	2
Viudo/a	3
Separado/a	4
Divorciado/a	5
N.C.	9

P.42 Actualmente, ¿cuál es su situación de convivencia, es decir, está Ud. viviendo...?

(MOSTRAR TARJETA).

[P42]	
Solo/a	1
Solo/a con su/s hijo/a/s (con o sin otros/as parientes)	2
Con su marido o mujer o pareja con hijos/as (con o sin otros/as parientes o familiares)	3
Con su marido o mujer o pareja sin hijos/as (con o sin otros/as parientes o familiares)	4
Con su padre y/o madre con o sin hermanos/as (con o sin otros/as parientes o familiares)	5
Otra situación	6
N.C.	9

P.43 ¿Ha ido Ud. a la escuela o cursado algún tipo de estudios?

(ENTREVISTADOR/A: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir).

[P43]	
No, es analfabeto/a	1
No, pero sabe leer y escribir	2
Sí, ha ido a la escuela	3
N.C.	9

Salto:
Si NO P43=3 ir a [P44] - Religiosidad de la persona entrevistada

P.43a ¿Cuáles son los estudios oficiales de más alto nivel que Ud. ha finalizado (obteniendo la titulación oficial correspondiente)? (MOSTRAR TARJETA). (SEÑALAR EL NIVEL MÁXIMO FINALIZADO).

Filtros:

Si ir a la siguiente ir a la siguiente

[P43A]

Estudios primarios sin completar (menos de 5 años)	1
Antigua Educación Primaria (Certificado de Estudios Primarios)	2
Hasta 5.º de EGB	3
Educación Primaria (LOGSE)	4
Grado Elemental de Música y Danza	5
Bachillerato Elemental	6
EGB	7
ESO	8
Bachillerato Superior, BUP	9
PREU, COU	10
Bachillerato (LOGSE)	11
F.P. de Iniciación	12
Programas de Garantía Social, Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI)	13
F.P. Oficial	14
F.P. de 1.º Grado (FP1)	15
C.F. de Grado Medio (Técnico Medio)	16
C.F. de Grado Medio en Artes Plásticas y Diseño	17
Grado Medio en Música y Danza	18
F.P. Maestría	19
F.P. de 2.º Grado (FP2)	20
C.F. de Grado Superior (Técnico Superior)	21
C.F. de Grado Superior en Escuelas de arte	22
Peritaje, antiguas escuelas de Enfermería, Magisterio, Asistente Social	23
Diplomado/a, Grado (Bolonía), Ingeniero/a o Arquitecto/a Técnico/a, 3 años de licenciatura, Título Superior en Diseño	24
Licenciado/a, Máster (Bolonía), Ingeniero/a o Arquitecto/a o Técnico/a, Título Superior en Música, Danza o Arte Dramático	25
Doctorado	26
Otros (especificar)	27
N.S.	98
N.C.	99

Filtros:

Si NO P43A=(27) ir a la siguiente

[P44A_C00]

P.44 ¿Cómo se define Ud. en materia religiosa: católico/a, creyente de otra religión, no creyente o ateo/a?

[P44]

Católico/a	1
Creyente de otra religión	2
No creyente	3
Ateo/a	4
N.C.	9

P.44a ¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas o funerales?

Filtros:

Si NO P44=(1;2) ir a la siguiente

[P44A]

Casi nunca	1
Varias veces al año	2
Alguna vez al mes	3
Casi todos los domingos y festivos	4
Varias veces a la semana	5
N.C.	9

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR
Clave: E3137

P.45 ¿El haber vivido algún episodio de dolor Ud. o algún/a familiar o amigo/a cercano/a...? (MOSTRAR TARJETA).

[P.45]

Le ha reaffirmado en sus creencias.....	1
Le ha hecho cuestionarse sus creencias.....	2
No le ha influido en sus creencias.....	3
Le ha reaffirmado en no tener creencias.....	4
(NO LEER) No conoce a nadie/No ha tenido ningún dolor.....	5
N.S.....	8
N.C.....	9

P.46 ¿Quién es la persona que aporta más ingresos al hogar?

[P.46]

La persona entrevistada.....	1
Otra persona (NO LEER) La persona entrevistada y otra casi a partes iguales.....	2
N.C.....	9

P.47 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?

(MOSTRAR TARJETA).

[SITLAB]

Trabaja.....	1
Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado).....	2
Pensionista (anteriormente no ha trabajado).....	3
Parado/a y ha trabajado antes.....	4
Parado/a y busca su primer empleo.....	5
Estudiante.....	6
Trabajo doméstico no remunerado.....	7
Otra situación.....	8
N.C.....	9

P.48 ¿Y cuál es/era su actual/última ocupación u oficio? Es decir, ¿en qué consiste/consistía específicamente su trabajo?

(Precisar lo más posible las actividades realizadas)

EJEMPLO: auxiliar de clínica, agente de seguridad, esteticista, guarda forestal, terapeuta ocupacional, patronista de ropa, etc. Nos referimos a su ocupación principal: aquella por la que Ud. (o la persona que aporta más ingresos al hogar) obtiene/obtenía mayores ingresos.

[CNO11]

NC = 999

P.49 ¿Ud. (o la persona que aporta más ingresos al hogar) trabaja (o trabajaba) como...?

(MOSTRAR TARJETA).

[RELALAB]

Asalariado/a fijo/a (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo).....	1
Asalariado/a eventual o interino/a (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino).....	2
Empresario/a o profesional con asalariados/as.....	3
Profesional o trabajador/a autónomo/a (sin asalariados/as).....	4
Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar).....	5
Miembro de una cooperativa.....	6
Otra situación.....	7
N.C.....	9

P.49a ¿Trabaja/ba Ud. (o la persona que aporta más ingresos al hogar) en la Administración pública, en una empresa pública, en una empresa privada, en una organización privada sin fines de lucro o en el servicio doméstico?

Filtros:

Si NO RELALAB=(1;2) ir a [CNAE09] - Rama de actividad de la persona entrevistada (CNAE09)

[SEC10]

Administración pública.....	1
Empresa pública.....	2
Empresa privada.....	3
Organización sin fines de lucro.....	4
Servicio doméstico.....	5
Otros.....	6
N.C.....	9

P.50 ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa u organización donde Ud. (o la persona que aporta más ingresos al hogar) trabaja/ba? (EJEMPLOS: fábrica de artículos de deporte, correos, alquiler de coches, electricidad, reparaciones, industria del cuero, etc.).

[CNAE09]

NC = 999

Estudio: ACTITUDES HACIA EL DOLOR

Clave: E3137

P.51 Actualmente, entre todos los miembros del hogar (incluida la persona entrevistada) y por todos los conceptos, ¿de cuántos ingresos disponen por término medio en su hogar al mes, después de la deducción de impuestos (o sea, ingresos netos)? No le pido que me indique la cantidad exacta, sino que me señale en esta tarjeta en qué tramo de la escala están comprendidos los ingresos de su hogar. (MOSTRAR TARJETA).

P.52 ¿Y en qué tramo de esa misma escala están comprendidos sus ingresos personales, después de las deducciones de impuestos, es decir, sus ingresos netos? (MOSTRAR TARJETA).

Ingresos del Hogar

[P51]

No tiene/n ingresos de ningún tipo	1
Menos o igual a 300 €	2
De 301 a 600 €	3
De 601 a 900 €	4
De 901 a 1.200 €	5
De 1.201 a 1.800 €	6
De 1.801 a 2.400 €	7
De 2.401 a 3.000 €	8
De 3.001 a 4.500 €	9
De 4.501 a 6.000 €	10
Más de 6.000 €	11
N.S.	98
N.C.	99

Ingresos persona entrevistada

[P52]

No tiene/n ingresos de ningún tipo	1
Menos o igual a 300 €	2
De 301 a 600 €	3
De 601 a 900 €	4
De 901 a 1.200 €	5
De 1.201 a 1.800 €	6
De 1.801 a 2.400 €	7
De 2.401 a 3.000 €	8
De 3.001 a 4.500 €	9
De 4.501 a 6.000 €	10
Más de 6.000 €	11
N.S.	98
N.C.	99

P.53 ¿Tiene Ud. la nacionalidad española desde que nació o la ha adquirido con posterioridad?

[P53]

Desde que nació	1
La ha adquirido con posterioridad	2
N.C.	9

P.54 ¿Le importaría darme su n.º de teléfono?

(ENTREVISTADOR/A: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA).

[P54]

Tiene teléfono y da número	1
No tiene teléfono	2
Tiene teléfono y no da número	3
N.C.	9

Filtros:

Si NO P54=(1) ir a la siguiente

[P54COD]

P.55 Valoración de la entrevista

[P55]

Se ha realizado la entrevista en presencia de terceras personas	1
(La persona entrevistada) ha expresado deseo de abandonar la entrevista antes de finalizarla	2
(La persona entrevistada) se ha sentido incómoda o molesta por el tema de la encuesta	3
(La persona entrevistada) ha tenido prisa por acabar la entrevista	4

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

P.56 ¿Han intervenido activamente terceras personas en el desarrollo de la entrevista?

[P56]

Si	1
No	2

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

P.57 Respecto a las tarjetas...

[P57]

La persona entrevistada las ha usado todas	1
Solo ha usado algunas	2
Las he leído yo	3

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

P.58 ¿La persona entrevistada ha intentado contestar las preguntas lo mejor que podía (meditando sus respuestas/ha dedicado tiempo a recordar)?

[P58]

Todas	1
La mayoría	2
Algunas	3
Ninguna	4

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

P.59 ¿La persona entrevistada ha entendido las preguntas?

[P59]

Todas	1
La mayoría	2
Algunas	3
Ninguna	4

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

P.60 Sinceridad de la persona entrevistada:

[P60]

Mucha	1
Bastante	2
Poca	3
Ninguna	4

Páginas a rellenar por el ENTREVISTADOR/A

Ficha técnica

Convenio: CSIC-IESA.

Ámbito: Nacional.

Universo: Población residente de ambos sexos de 18 años y más.

Tamaño de la muestra:

Diseñada: 2.500 entrevistas.

Realizada: 2.464 entrevistas.

Afijación: Proporcional.

Ponderación: No procede.

Puntos de muestreo: 260 municipios y 49 provincias.

Procedimiento de muestreo: Polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por tasas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se han formado por el cruce de las 17 comunidades autónomas, con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menor o igual a 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000, y más de 1.000.000 de habitantes.

Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) en los domicilios.

Error muestral: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas), y $P=Q$, el error real es de $\pm 2\%$, para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

Fecha de realización: del 20 de junio al 13 de julio de 2016.

Índice de tablas

- Tabla 2.1. Número medio de dolores experimentados a lo largo de la vida por persona entrevistada y por grupos de edad
- Tabla 2.2. Experiencia de dolor a lo largo de la vida, en la actualidad y el más relevante
- Tabla 2.3. Dolor más relevante y si lo padece en el momento actual según sexo de la persona entrevistada
- Tabla 2.4. Palabras que describen el dolor más relevante de la persona entrevistada
- Tabla 3.1. Tiempo de dolor según grupo de edad (en años)
- Tabla 4. 1. Correlaciones entre el IMC y la frecuencia y tiempo de dolor
- Tabla 4.2. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados de «bienestar»
- Tabla 4.3. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados de «personalidad»
- Tabla 5.1. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados de «empatía social»
- Tabla 5.2. Análisis factorial. Matriz de componentes rotados sobre estrategias de afrontamiento del dolor

Índice de gráficos

- Gráfico 2.1. Dolor más relevante y si lo padece en el momento actual o no
- Gráfico 2.2. Origen del dolor más relevante
- Gráfico 2.3. Principales descriptores del dolor según tipología de dolor (según origen)
- Gráfico 3.1. Porcentaje de dolor más relevante por tipos de dolor según origen
- Gráfico 3.2. Frecuencia en que padece algún dolor o el más relevante
- Gráfico 3.3. Tiempo de dolor más relevante según sexo de la persona entrevistada
- Gráfico 3.4. Intensidad del dolor más relevante
- Gráfico 3.5. Limitaciones de la vida diaria debidas al dolor
- Gráfico 4.1. Dolor según sexo, edad, nivel educativo y estatus socioeconómico de la persona entrevistada (padecer dolor actualmente y padecerlo frecuentemente)
- Gráfico 4.2. Intensidad de dolor según variables sociodemográficas (sexo de la persona entrevistada)

- Gráfico 4.3. Padecimiento actual de su dolor más relevante según variables sociodemográficas
- Gráfico 4.4. Frecuencia de dolor según variables sociodemográficas (edad y sexo)
- Gráfico 4.5. Número medio de dolores a lo largo de la vida de la persona entrevistada según actividad principal
- Gráfico 4.6. Valoración de su forma física según tipo de dolor principal
- Gráfico 4.7. Frecuencia de dolor según actividad deportiva realizada
- Gráfico 4.8. Frecuencia de dolor según salud percibida
- Gráfico 4.9. Valores medios de bienestar según frecuencia y tipo de dolor
- Gráfico 4.10. Tipo de dolor según personalidad de la persona entrevistada
- Gráfico 4.11. Situación que más teme la persona entrevistada en el futuro
- Gráfico 4.12. Temores futuros según frecuencia de dolor
- Gráfico 4.13. Modificación de sus creencias después de una experiencia dolorosa según práctica religiosa
- Gráfico 4.14. Modificación de sus creencias después de una experiencia dolorosa según tipo de dolor

- Gráfico 5.1. Empatía social según tipo de dolor (según origen)
- Gráfico 5.2. Valor medio e IC de los factores «ayuda externa» y «aislamiento» según tipo de dolor
- Gráfico 5.3. Valor medio e IC de los factores «ayuda externa» y «aislamiento» según frecuencia de dolor
- Gráfico 5.4. Peor tipo de dolor que se puede padecer según tipo de dolor padecido
- Gráfico 5.5. Peor tipo de dolor que se puede padecer según variables sociodemográficas (sexo, edad y estatus socioeconómico)
- Gráfico 5.6. Palabras que describen distintos tipos de dolor
- Gráfico 5.7. Percepción social del dolor. Grado de acuerdo con las siguientes frases
- Gráfico 5.8. Estrategia de afrontamiento del dolor
- Gráfico 5.9. Análisis de segmentación jerárquica para las estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales
- Gráfico 5.10. Consumo de medicamentos para calmar el dolor y grado de efectividad
- Gráfico 5.11. Uso de medicamentos según tipo de dolor y variables sociodemográficas (sexo y edad)

