

## Artículos / Articles

# Dolor: sensaciones internas y externas *Pain: internal and external sensations*

Lourdes Biedma Velázquez 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC), Córdoba, España.

[lbiedma@iesa.csic.es](mailto:lbiedma@iesa.csic.es)

M. Isabel García Rodríguez 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC), Córdoba, España.

[igarcia@iesa.csic.es](mailto:igarcia@iesa.csic.es)

Rafael Serrano del Rosal \* 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC), Córdoba, España.

[rserrano@iesa.csic.es](mailto:rserrano@iesa.csic.es)

Recibido / Received: 08/11/2023

Aceptado / Accepted: 21/06/2024



## RESUMEN

**Objetivos:** Se han analizado las sensaciones que provoca el dolor en la población española para conocer los aspectos sensoriales, emocionales y perceptivos del dolor. **Métodos:** encuesta transversal a 1600 personas a partir de un panel de ciudadanos, con cuotas de sexo, edad y nivel educativo. **Resultados:** las sensaciones que provoca el dolor se han clasificado en “sensaciones internas” y “sensaciones externas”, influyendo en las primeras el nivel de depresión de los individuos y en las segundas el tipo de dolor, observando que las personas con dolor psicológico sufren mayores sensaciones de ser juzgados o de vergüenza que las personas con dolor de origen físico. **Conclusiones:** observamos diferencias importantes en las sensaciones que produce el dolor según su origen cuya base está en las relaciones sociales.

**Palabras clave:** dolor, sociología de la salud, sensaciones, emociones

## ABSTRACT

**Objectives:** The sensations that cause pain in the Spanish population have been analyzed to understand the sensory, emotional and perceptual aspects of pain. **Methods:** cross-sectional survey of 1,600 people from a panel of citizens, with quotas for sex, age, and educational level. **Results:** the sensations that cause pain have been classified into “internal sensations” and “external sensations”, the former influencing the level of depression of the individuals and the latter the type of pain, observing that people with psychological pain suffer greater feelings of being judged or shame than people in pain of physical origin. **Conclusions:** we observed important differences in the sensations that produce pain according to its origin, which is based on social relationships.

**Keywords:** Pain, sociology of health, sensations, emotions

\* Autor para correspondencia / Corresponding author: Rafael Serrano del Rosal, [rserrano@iesa.csic.es](mailto:rserrano@iesa.csic.es)

Sugerencia de cita / Suggested citation: Biedma Velázquez, L., García Rodríguez, M. I., y Serrano del Rosal, R. (2024). Dolor: sensaciones internas y externas. *Revista Española de Sociología*, 33(4), a246. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2024.246>

## INTRODUCCIÓN

El dolor acompaña a los seres humanos desde su nacimiento, pero su interpretación científica no ha sido fácil y ha variado a lo largo de la historia (Moscoso, 2013, p. 170). El dolor es para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” (Raja et al., 2020, p. 3). Esta definición asume que el dolor es una experiencia, lo que significa que es de naturaleza subjetiva y personal, pero al mismo tiempo es compartida y está afectada por el contexto social, está influido por diferencias en la estructura social, y está basada en desigualdades sociales (Zajacova et al., 2021, p. 303). Como indica Bendelow, el dolor, además de ser un problema médico, es una experiencia cotidiana (Bendelow y Williams, 1995, p. 141), lo cual hace que sea pertinente un acercamiento social al dolor.

No obstante, la inclusión de las dimensiones emocionales y sensoriales en la definición del dolor parte del campo de la biomedicina (Nader et al., 2020, p. 1) para superar definiciones del dolor que resultaban incompletas. Desde la Sociología, los escasos acercamientos al dolor lo hacen desde la sociología de la salud (Zajacova et al., 2021, p. 303) y desde la sociología de los cuerpos (Le Breton, 1999), y menos desde la sociología de las emociones (Bericat, 2000, p. 145, 2002, p. 121) y la sociología de los sentidos (Sabido Ramos, 2017, p. 373). Aunque el dolor se encuentra en la intersección entre la biología y la cultura (Bendelow y Williams, 1995), como indicamos, la sociología se ha ocupado poco del tema a pesar de que tiene conceptos relacionados tales como el de anomia, trauma cultural y estigma, todos ellos relacionados con un tipo concreto de dolor, el dolor de tipo social (Abrutyn, 2023).

Así, si reconocemos que el dolor tiene tres dimensiones: sensorial-discriminativa, afectiva-motivacional y cognitiva-evaluativa (Pérez Martín et al., 2020, p. 269), para analizar el dolor tenemos que partir de, al menos, tres elementos: percepción, emoción y sensación. Estos no es posible experimentarlos de forma separada (no existe emoción sin sensación y sin percepción, o al contrario, de forma circular), y también resulta complejo separarlos teóricamente por cuanto para definir conceptualmente cada uno se utilizan los demás.

En cuanto a la **sensación**, el dolor, en su concepción nociceptiva es identificado como un sentido interoceptivo (Vannini et al., 2013, p. 6), que enlaza con la definición biologista del dolor, que parte de las teorías de la especificidad que explicaría el dolor como una transmisión de mensajes desde los receptores del dolor hasta el cerebro (Bendelow y Williams, 1995, p. 143), teoría que fue cuestionada por el modelo de Melzack y Wall (1988). Al mismo tiempo, sabemos que las sensaciones no pueden separarse de las emociones que las acompañan, ni viceversa, ni del significado que la persona concede a todo el proceso corporal, psicológico y social: las personas sienten (en su cuerpo) pero esta experiencia sensorial esta socialmente mediada (Hsu, 2008, p. 439). Desde la propia neurociencia se revela el poder que juegan las emociones en la configuración de la experiencia y la memoria en el dolor (Abrutyn, 2023).

Leder (1990) considera que normalmente no reflexionamos sobre nuestras experiencias corporales rutinarias a excepción de que supongan una disrupción de nuestra cotidianidad, como por ejemplo cuando nos sentimos enfermos (p. 13). Pero es que, además, la concepción misma de enfermedad, y la forma en que enfermamos, es tan social como biomédica y por tanto está mediada por la percepción que cada individuo y cada sociedad tienen sobre los procesos de salud-enfermedad y de dolor. Es por esto que las sensaciones han sido estudiadas profundamente por la antropología, en concreto la dimensión cultural de los sentidos. También, aunque en menor medida, han trabajado sobre las sensaciones la historia, la psicología y la sociología (Vannini et al., 2013, p. 10).

Para algunos autores sentir no es lo mismo que percibir, siendo el primero parte del sistema nervioso y el segundo de la mente (Malpica, 2006, p. 111), en una visión cartesiana que desde otras perspectivas se considera superada. Así, desde la Sociología se entiende que el cuerpo tiene una “experiencia corporal total” (Sabido Ramos, 2016, p. 65, 2017, p. 375; Vannini et al., 2013, p. 15), de forma que los sentidos deben interpretarse en el ámbito de las relaciones sociales y de la percepción (Merleau-Ponty, 1962), siendo así que la propia sensación implica percepción. Por su lado, Bourdeau sostiene que el orden social se inscribe en el cuerpo, de forma que lo que ocurre está marcado en el cuerpo como producto social y es habitus, modelando este (el habitus) lo biológico al revisar los efectos de la socialización sobre la experiencia de dolor (Leeds, 2024).

El dolor como **emoción** debe entenderse como “corpóreo” (situado en el cuerpo) y se hace consciente a través del sentimiento (Mora Teruel, 2013, p. 2), por lo que emoción y sentimiento están asociados y se retroalimentan mutuamente. El dolor como sensación y emoción corporal, produce sentimientos que en ocasiones retroalimentan la propia emoción.

De las emociones que se identifican como primarias o básicas, las que tienen un matiz negativo (como por ejemplo la vergüenza analizada por Scheff) son abordadas desde la sociología como motivadoras para evitar experiencias adversas o nocivas (Abrutyn, 2023) y, en este mismo plano, consideramos que debe incluirse el dolor entendido como emoción, que normalmente trata de evitarse.

Las ciencias que estudian el cerebro, en concreto la neurociencia cognitiva pone de manifiesto que todo lo que conocemos del mundo lo hacemos a través de los filtros emocionales (Mora Teruel, 2013, p. 3). Como experiencia sensorial y emocional el dolor ha sido poco estudiado por la sociología de las sensaciones o de las emociones, que se ha centrado en otras emociones tanto individuales como sociales y colectivas, reguladas socialmente (Bericat, 2002, p. 125) y condicionadas por las normas sociales (Hochschild, 1990, p. 118). No obstante, el dolor produce sensaciones corporales que se interpretan desde el contexto individual, relacional y social del sujeto que vive el dolor.

Las emociones se producen en el cuerpo, en palabras de Bericat “son cuerpo”, ya que es imposible tener una emoción sin que tenga una manifestación fisiológica (Bericat, 2002, p. 123), que necesita necesariamente de la conciencia de la propia emoción. Esta visión cartesiana (cuerpo/mente) es imprescindible para entender el dolor, y es la predominante en los estudios que desde el paradigma biomédico y psicológico se han realizado.

Además, las emociones se producen en un contexto social y en interrelación con otras personas y con la propia estructura social donde se producen. En este sentido sentimos, tanto en relación con nuestro cuerpo y nuestra mente como en relación con el entorno en el que nos encontramos. En esta doble relación de las emociones (con nuestra propia esencia y con los demás) Bericat observa una clasificación de las emociones que diferencia aquellas que denomina “hacia dentro” o “internas” (de dentro hacia fuera) en las que incluye la irritación, la pérdida de interés, el cansancio y la preocupación, y las emociones “hacia fuera” o “externas” (de fuera hacia dentro) en las que posiciona la vergüenza o culpa y la sensación de ser juzgado por los demás.

Esta clasificación es muy interesante porque tiene en cuenta la naturaleza relacional de las emociones al tiempo que diferencia el sentido y dirección de dicha relación, desde el individuo al contexto o desde el contexto al individuo. Y todo ello imbuido en las normas sociales que cada emoción debe cumplir en la estructura social (Bericat, 2002, p. 125; Hochschild, 1990, p. 120). La duración, intensidad y representación pública de la emoción deben adaptarse a lo que se espera socialmente, a las normas sociales.

Todo esto ocurre también en el dolor, que tal como hemos mencionado, es definido por la IASP como una “experiencia sensorial y emocional”.

Con respecto a la **percepción**, se ha definido el dolor como una experiencia perceptiva con tres dimensiones: sensorial, afectiva y cognitiva ([Melzack y Casey, 1968, p. 424](#)), lo que supone que la forma en la que las personas perciben y dan significado a su dolor influye en la forma de experimentarlo, en las expectativas sobre el mismo y en la forma de afrontamiento ([Jensen et al., 1991, p. 250](#)).

Incluso desde una visión biologicista del dolor, 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, 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 vinculación 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, sólo llega una vez que la persona se da cuenta de lo que ha sucedido, y del mismo modo, sin esta conciencia, el dolor puede no sentirse, como ocurre por ejemplo a algunas personas víctimas de accidentes automovilísticos. A esto se añade el dolor sin causa aparente, el dolor crónico o el dolor emocional. El concepto de nocicepción debe ser pues 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 perceptivo, el dolor, según como se interprete, puede ser estigmatizante o puede ser una fuerza positiva de cohesión social, o incluso ambos atributos a la vez, al tiempo que se convierte en un motor de acción, a veces de forma no consciente ([Abrutyn, 2023](#)). En otras palabras, la experiencia de dolor puede ser definida como el resultado de la interacción del afecto, la motivación y los potenciadores para la acción, lo que se ha denominado, en referencia a Bourdieu, el biohabitus, entendiendo que el cuerpo y las experiencias que vive, como es el dolor, modelan el habitus y, al contrario, el habitus condiciona o media en la experiencia de dolor ([Leeds, 2024](#)).

Por su parte, la medición/cuantificación del dolor ha supuesto siempre un reto para la investigación en dolor, siendo así que finalmente ha tenido que asumir que no existe prueba objetiva cuantificable del dolor que no esté mediada por la percepción de los propios dolientes ([Turner, 2020, p. 197](#)), y que resulta complejo comparar un mismo tipo de dolor entre diferentes individuos, o diferentes tipos de dolor entre ellos, dependiendo entre otras variables del contexto social en que se produce el dolor ([Bustos Domínguez, 2000, p. 105](#); [Le Breton, 1999](#)). Es por ello que la propia percepción constituye una buena herramienta de medida del dolor y de las sensaciones que provoca el mismo.

Como indica Scribano, no es posible reflexionar sobre los cuerpos (sensaciones) y las emociones por separado, no existe posibilidad de entenderlas de forma estanca como si unas no remitieran a otras ([Reta, 2015, p. 99](#); [Scribano, 2012](#)), y añadiríamos igualmente que este duo se completa con la percepción, que interpreta ambas dentro del orden social en el que se inserta el individuo. Para Bueno-Gómez el dolor se ha definido como el resultado de una percepción somática y sensorial que toma forma en el cerebro como una imagen mental (percepción) a la que sigue una emoción normalmente desagradable ([Bueno-Gómez, 2017, p. 3](#)), influyendo en la interpretación la experiencia personal y los factores culturales y sociales. Desde este prisma se define el dolor como una **experiencia** que incluye dimensiones sensoriales, afectivas y evaluativas ([Melzack y Wall, 1988, p. 161](#)) con un significado social ([Nader et al., 2020](#)).

Bajo esta visión del dolor como parte del trípode de percepciones, sensaciones y emociones, debemos entender que el dolor no solo supone una sensación/emoción/

percepción propia (el propio dolor) sino que se establecen sensaciones/emociones/percepciones que podríamos llamar “secundarias”, asociadas al dolor. Este es el objetivo general de este papel, describir las sensaciones que los ciudadanos indican que les provoca el dolor, en concreto analizando si las sensaciones son diferentes según el tipo de dolor que padecen. Entre otros elementos de análisis hemos recurrido a una clasificación del dolor según su origen ([Redondo Delgado y León Mateos, 2014, p. 25](#); [Sánchez Herrera, 2003](#)), diferenciando el dolor de origen físico (dolor localizado en una parte del cuerpo, causado por mecanismos orgánicos provocados por lesiones o disfunciones variables como el dolor de huesos, cabeza, estómago, etc.), de origen psicológico (dolor definido como una experiencia subjetiva difusa y asociado a situaciones o trastornos psiquiátricos mayores por ejemplo patologías por ansiedad, cansancio, angustia, etc.) ([Mee et al., 2006](#)), y de origen emocional (dolor que ocurre como respuesta interna a factores estresantes sociales severos, asociado a un impacto emocional ante situaciones sociales como el desamor, el duelo, la traición, etc.) ([Mee et al., 2006, p. 681](#)). Esta clasificación del dolor según origen ha sido utilizada para otros trabajos por este grupo de investigación ([Biedma Velázquez et al., 2019](#); [Biedma-Velázquez et al., 2018](#); [Biedma-Velázquez et al., 2022b](#)). Se ha diferenciado según su origen por su poder explicativo, ya que no existe una única clasificación del dolor aceptada de forma generalizada, utilizando cada autor aquella que es más adecuada al análisis concreto de su investigación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se adoptó un diseño cuantitativo mediante una encuesta transversal con un cuestionario propio, elaborado tras la realización de un estudio cualitativo a partir de entrevistas personales y grupos de discusión, cuyos resultados se tuvieron en cuenta a la hora de diseñar el cuestionario ([Biedma-Velázquez et al., 2022b](#)).

La encuesta se realizó a 1600 personas residentes en España de ambos性os de 18 años y más. La implementación de la encuesta se ha llevado a cabo mediante entrevistas online a partir de un panel (Computer Assisted Web Interviewing: CAWI). Se tuvieron en cuenta cuotas por sexo cruzadas por edad y por nivel educativo. El trabajo de campo se llevó a cabo del 31 de mayo al 18 de junio de 2021.

Teniendo en cuenta el objetivo de este artículo se han realizado los siguientes análisis:

1. Análisis descriptivo de las sensaciones que las personas entrevistadas tienen ante el dolor sufrido, cruzando por el tipo de dolor padecido según origen del mismo y variables sociodemográficas. La pregunta central de análisis ha sido: *“Tengan o no dolor en este momento, normalmente cuando sienten dolor, ¿les provoca alguna de las siguientes sensaciones: irritación, pérdida de interés por las cosas, cansancio, preocupación, vergüenza o culpa, o sensación de ser juzgado por los demás?* Las opciones de respuesta son “Sí” siente esa sensación, “No” siente esa sensación y “No sabe o no quiere contestar” a esta pregunta. Esta pregunta se ha cruzado por el tipo de dolor (de origen físico, de origen psicológico y de origen emocional), sexo de la persona encuestada y edad.
2. Análisis factorial para resumir la información y encontrar dimensiones. Las variables que se han incluido en el análisis han sido cada una de las sensaciones (irritación, pérdida de interés, cansancio, preocupación, vergüenza o culpa y sensación de ser juzgado). Para ello antes se han recodificado las variables para que sean más fáciles de interpretar, de forma que si ha sentido la sensación que se menciona el valor sea 1 y si no la ha sentido su valor sea 0, imputando los escasos valores perdidos a la media. La solución ha sido rotada con el método varimax.

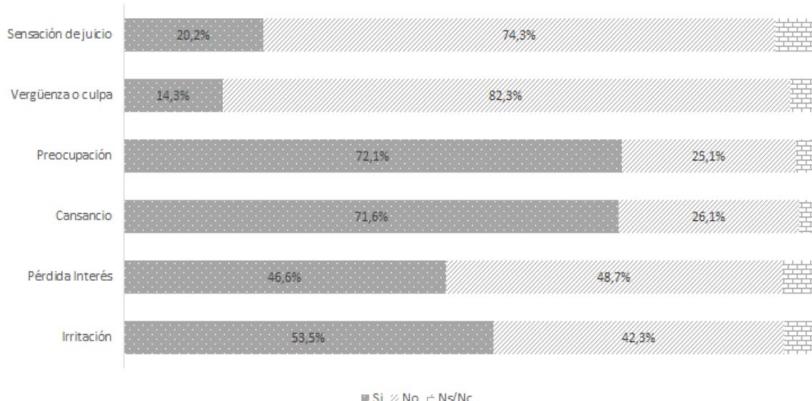
3. Análisis de segmentación jerárquica que explora qué características son las que más influencia tienen en la variación de la variable dependiente que, en nuestro caso son las dimensiones que surgen del análisis factorial. El análisis de segmentación jerárquica tiene la particularidad de que selecciona en primer lugar la variable con mayor poder discriminante, es decir, que diferencia estadísticamente más las categorías de respuesta, siendo estas categorías el origen de nuevas divisiones y, por tanto, unas variables (las primeras que entran en el análisis) condicionan que se incluyan las siguientes (variables de segundo y tercer nivel). Esto nos permite crear perfiles.

## RESULTADOS

Un 56,6% de los encuestados tiene dolor en el momento actual, pero todos lo han experimentado en algún momento de su vida.

En general las dos sensaciones que tienen porcentajes más altos en la opción positiva (provocan esta sensación en los encuestados) son la preocupación y el cansancio (con más del 70% de positivos). En el lado opuesto, como las sensaciones que menos se producen encontramos la vergüenza o culpa y la sensación de ser juzgado por los demás debido al dolor padecido, con porcentajes negativos por encima del 70-80% respectivamente. Las dos sensaciones restantes tienen porcentajes similares en el sí y el no, es decir, la población está dividida, para unos supone pérdida de interés por las cosas e irritación, mientras que para otra parte de la población encuestada no produce dichas sensaciones (ver figura 1).

**Figura 1.** Sensaciones que provoca el dolor. Porcentajes totales.



Se han realizado análisis bivariados entre las sensaciones que provoca el dolor y diferentes variables. Entre ellas, el tipo de dolor que se padece en la actualidad es una de las que ofrece resultados más interesantes.

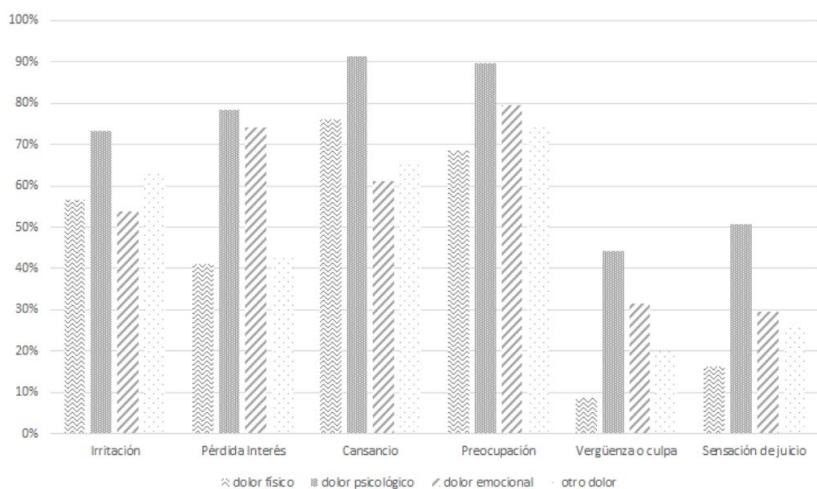
El dolor de origen psicológico es el que puntúa más alto en la mayoría de sensaciones, con diferencias de más de 27 puntos porcentuales respecto al porcentaje general en la pérdida de interés por las cosas, más de 26% respecto al total en el sentimiento de vergüenza o culpa y más del 25% en la sensación de ser juzgado por los demás. En el resto de sensaciones las diferencias respecto al total son también de más de 12 puntos porcentuales. Es decir, tener

dolor de origen psicológico supone tener sensaciones ante el dolor desestabilizantes y que suponen sufrimiento.

En cuanto al dolor de origen emocional destaca la diferencia respecto al total en la pérdida de interés por las cosas, que aumenta hasta 22,8%, o en el sentimiento de vergüenza o culpa que aumenta un 13% respecto al total. En contraposición aquellas personas que sufren este tipo de dolor muestran menor cansancio e irritación que la media general.

En cuanto al dolor de origen físico aquellas personas que lo sufren manifiestan sentir en menor porcentaje casi todas las sensaciones sobre las que se les pregunta (ver figura 2).

**Figura 2.** Sensaciones que provoca el dolor según tipo de dolor



Destacar, por ejemplo, que las personas con dolor de origen psicológico se muestran cansadas en un 91%, el 89% están también preocupadas, más de un 70% tienen pérdida de interés por las cosas e irritación, y un 50 y 44% respectivamente tienen sensación de ser juzgados a la vez que vergüenza o sentimiento de culpa.

Las personas con dolor emocional se muestran preocupadas (79%), tienen pérdida de interés por las cosas (74%) y se muestran cansadas (61%), mostrando también irritación, vergüenza o culpa y sensación de ser juzgados por encima del nivel general.

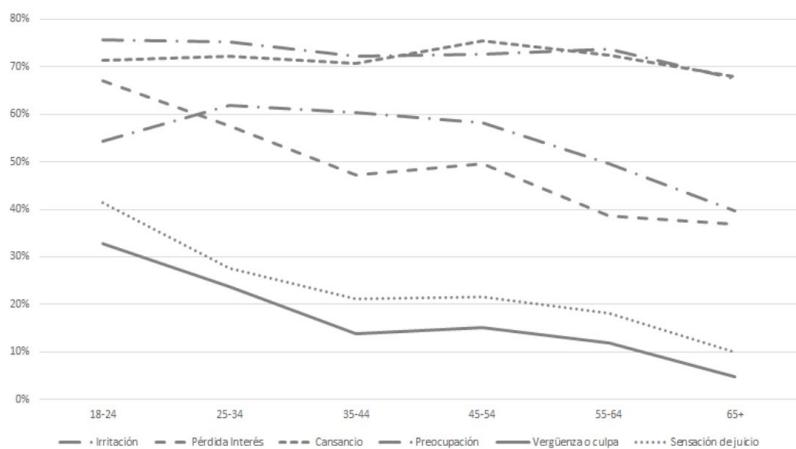
Mientras que las personas con dolor físico tienen sobre todo cansancio (76%), preocupación (68%) e irritación (56%), pero sólo un 8% siente vergüenza o culpa por sentir dolor y menos de una de cada cinco (16%) se siente juzgada.

Aunque las mujeres sufren más dolor que los hombres (el 62,9% de las mujeres sufre dolor en la actualidad frente al 50% de los hombres), con mayor duración e intensidad, no se encuentran diferencias significativas en las sensaciones que el dolor les provoca tales como la preocupación, la vergüenza o la sensación de ser juzgados por los demás. No obstante, sí se observa que las mujeres sienten más cansancio, irritación y pérdida de interés por las cosas.

En cuanto a la edad, se observa que las personas mayores tienen menos sensaciones desagradables en general, a excepción de la preocupación y el cansancio, que son similares

a lo observado a nivel general (con porcentajes muy altos en todos los grupos de edad). En concreto, la vergüenza o sensación de culpa y la sensación de ser juzgados por los demás son los indicadores donde se observan mayores diferencias respecto a la edad, mostrando las personas mayores valores muy por debajo de los valores medios (hasta 10 puntos porcentajes), al tiempo que los jóvenes también muestran valores medios muy por encima de la media (ver [figura 3](#)).

**Figura 3.** Sensaciones que provoca el dolor según edad de las personas entrevistadas



Para tratar de conocer si existe relación entre las diferentes sensaciones se ha realizado un análisis factorial para saber si hay alguna variable resumen que nos indique las sensaciones que viven las personas ante el dolor.

El resultado empírico son dos factores que explican el 56,14% de la variabilidad de las 6 variables incluidas. El primer factor incluiría lo que hemos llamado las sensaciones internas, es decir, aquellas que producen emociones “hacia adentro” del propio individuo, como es la irritación, la pérdida de interés por las cosas, cansancio y preocupación. El segundo factor sería lo que hemos llamado las sensaciones externas, es decir, aquellas que tienen en cuenta la opinión de otros, son “hacia afuera” como la vergüenza (se siente con respecto a alguien) y la sensación de ser juzgado (por alguien). Supondrían en este sentido las dos sensaciones de juicio de valor del propio dolor por los demás, relacionadas con la legitimidad que las personas pueden sentir que tienen ante los demás respecto al dolor que están sufriendo (ver [tabla 1](#)).

Se han recodificado los dos factores para obtener un indicador con valor mínimo 0 y valor máximo 10, teniendo en cuenta que cuanto mayor es su valor, mayor es la puntuación en sensaciones negativas ante el dolor. La media del indicador de sensaciones internas es 6,4 mientras que el valor medio del indicador de sensaciones externas es 2,1 (ver [tabla 2](#)).

Se han realizado dos árboles de segmentación para analizar qué variables son las que incluyen o discriminan el valor de los dos factores.

Son dos árboles muy diferentes en cuanto a las variables que influyen en uno y otro.

El primer árbol tiene como variable dependiente el factor “Sensaciones Internas”, que como hemos indicado incluye fundamentalmente irritación, pérdida de interés por las cosas,

**Tabla 1.** Resumen del Análisis Factorial

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,712
Prueba de esfericidad de Bartlett		
Aprox. Chi-cuadrado		1199,534
Gl		15
Sig		,000
Sensaciones	Internas	Externas
Irritación	0,646	0,179
Pérdida Interés	0,637	0,322
Cansancio	0,711	-0,075
Preocupación	0,627	0,126
Vergüenza o culpa	0,114	0,858
Sensación de juicio	0,145	0,847

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de los factores

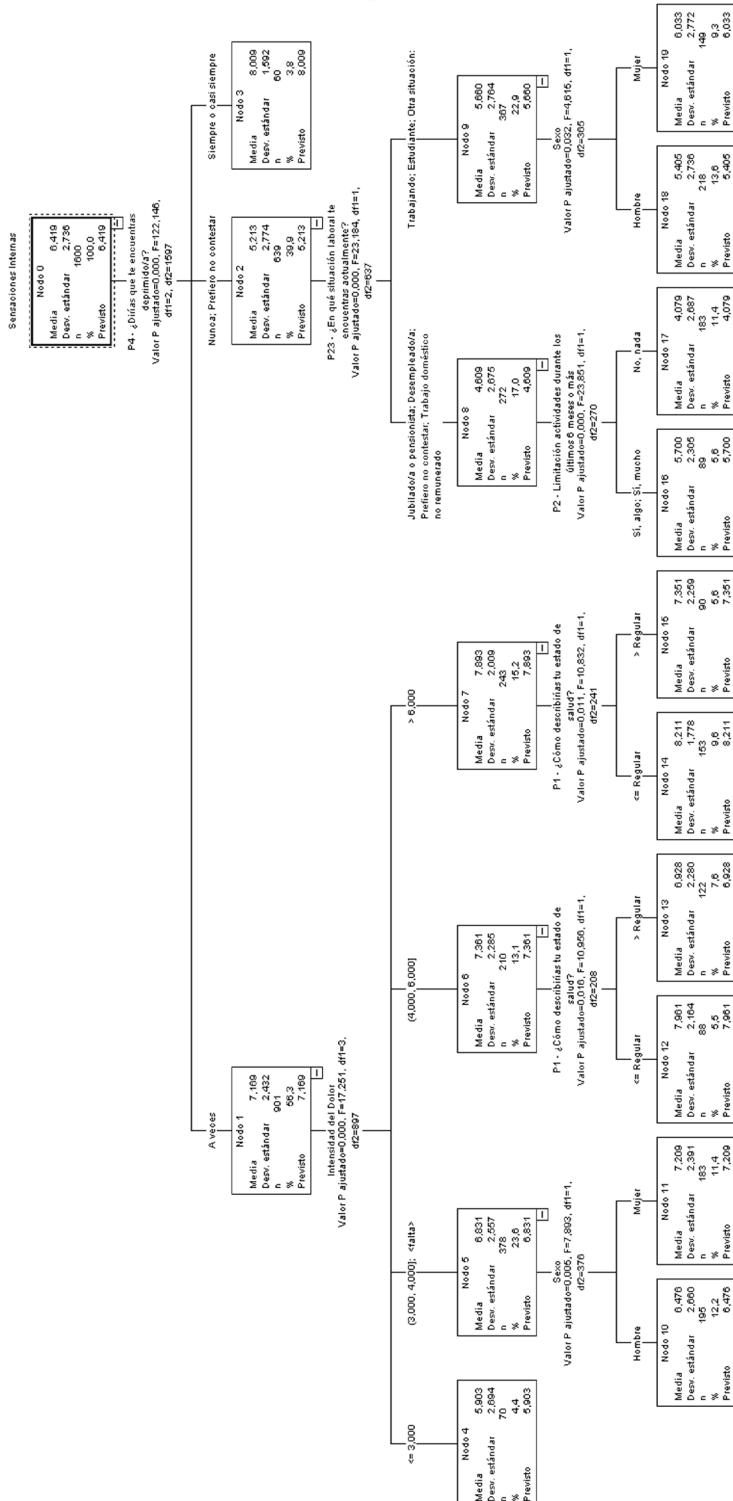
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Sensaciones Internas	1600	,00	10,00	6,4190	2,73586
Sensaciones externas	1600	,00	10,00	2,1052	2,60713
N válido (por lista)	1600				

cansancio y preocupación. El valor medio de este indicador es 6,4 y la primera variable de discriminación es la autopercepción de estar deprimidas de las personas encuestadas. Si estas indican que se sienten deprimidas siempre o casi siempre el valor del indicador sube hasta 8 y no se producen más divisiones siendo un grupo homogéneo. Si la persona indica que se siente deprimida a veces el valor del factor es de 7,2 y toma valores diferentes según la intensidad del dolor padecido. Cuanto mayor es la intensidad de dolor que está padeciendo mayor es el valor del indicador, de forma que si la intensidad es igual o menor a 3 sus sensaciones internas tienen un valor de 5,9 y si la intensidad del dolor es mayor a 6 el valor del indicador “sensaciones internas” sube hasta 7,8. Una tercera división en estos grupos nos dice que las mujeres tienen un valor superior en sensaciones internas, y que el estado de salud también influye, en sentido inverso, a peor estado de salud mayor valor en el indicador.

Por último, si la persona no se encuentra deprimida el valor del indicador es 5,2 influyendo en este caso la situación laboral de las personas encuestadas. Curiosamente las personas sin trabajo fuera del hogar (jubilados, desempleados y trabajo doméstico no remunerado) tienen valores inferiores que trabajadores y estudiantes. Entre los segundos ser mujer influye en tener valores más altos en el indicador (ver figura 4).

El segundo árbol, el que analiza las “Sensaciones Externas” es más sencillo, puesto que son menos las variables que discriminan la variación del indicador. El valor medio es 2,1, ya que recordemos incluye fundamentalmente las variables vergüenza o culpa y sensación de ser juzgado por los demás, que tenían valores más bajos en general. La primera variable que discrimina es el tipo de dolor que se haya padecido. Se forman tres grupos, por un lado, las personas que o bien no tienen dolor en la actualidad (perdidos en esta variable) o bien

**Figura 4.** Árbol de segmentación (v.d.: sensaciones internas)

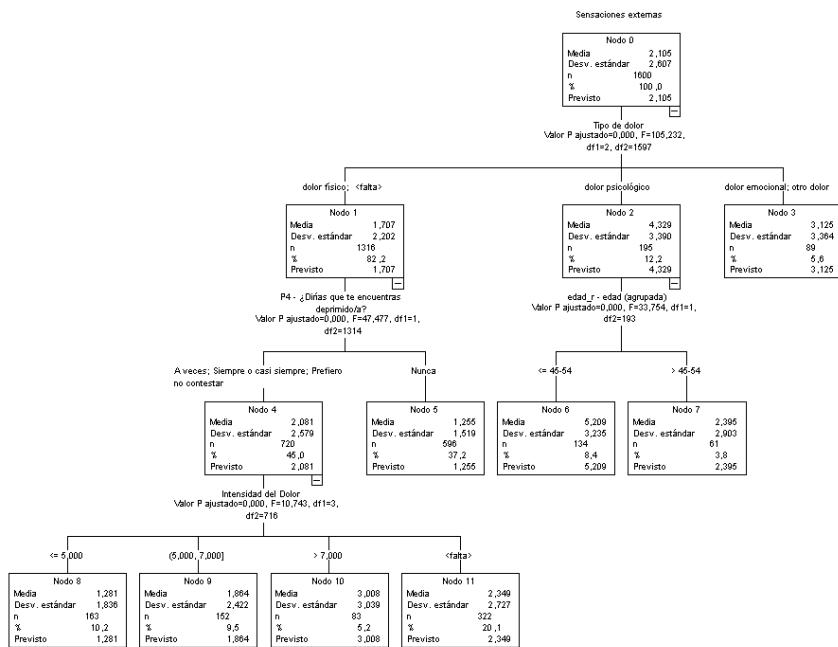


sufren ahora mismo un dolor físico, que obtienen ambas una media en el factor de 1,7, el valor más bajo de los tres grupos que forma la variable tipo de dolor. Al tiempo este grupo se divide en dos, dependiendo de su salud psicológica medida a través de la autopercepción de depresión. Si la persona indica que a veces, siempre o casi siempre se encuentra deprimido, o que prefiere no contestar el indicador sube hasta 2,1, mientras que si nunca se encuentra deprimido el valor baja a 1,3.

Si la persona está sufriendo dolor emocional obtiene un valor en el indicador de "sensaciones externas" de 3,1 y no hay variables posteriores que dividan a este grupo.

Por último, si la persona está sufriendo dolor psicológico, el valor del indicador sube a más del doble del valor inicial, con 4,3 puntos. En este grupo se distinguen las personas de más de 45 años y de menos de esta edad, siendo los más jóvenes los que muestran peores sensaciones externas, con un valor en el indicador de 5,2 frente a los mayores con un valor de 2,3. (ver figura 5).

**Figura 5.** Árbol de segmentación (v.d.: sensaciones externas)



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la conceptualización del dolor se pasó de una visión cuerpo/mente basada en la visión biológico de la medicina a asumir que las personas son "seres psicofísicos y socioculturales situados" (Bueno-Gómez, 2017, p. 2), siendo necesario analizar el dolor desde una perspectiva que integre las dimensiones corporales, psicológicas y socioculturales. En este sentido la

investigación presentada aborda el estudio de las sensaciones que provoca el dolor con un prisma plural que integre sensación, emoción y percepción, desde una perspectiva global que parte de una “mutualidad” en las relaciones sociales (Hsu, 2008, p. 433).

Las emociones han sido escasamente estudiadas por la sociología, asumiendo que se trata de aspectos subjetivos. No obstante, las emociones están reguladas por las relaciones sociales, comprobando que cada sociedad asimila un modo diferente de sentir acorde con el aprendizaje social (Bericat, 2000, p. 163; 2016, p. 503), estando la mayor parte de nuestros sentimientos orientados hacia los demás, o como indica Marx, siendo lo que percibimos y sentimos un “producto histórico” (Sabido Ramos, 2016, p. 64). Con esta perspectiva, se ha constatado que el dolor, además de ser definido como una sensación, es la causa de otras sensaciones y emociones secundarias. Así, el dolor lleva aparejado una serie de sentimientos que pueden ser clasificados de “interiores” y “exteriores” o siguiendo a Bericat de dentro hacia fuera y de fuera hacia dentro (Bericat, 2002, p. 122) y que nos ayudan a describir el dolor en su relación con la sociedad en la que se produce. El análisis empírico realizado muestra como el dolor produce principalmente preocupación y cansancio, seguido por sensaciones de pérdida de interés por las cosas e irritación, y en bastante menor medida, sensaciones de ser juzgado por los demás y de vergüenza o culpa. También hemos observado que estas sensaciones siguen la lógica expuesta de sensaciones hacia el interior y hacia el exterior, mostrando la importancia de las relaciones sociales en la forma en que las personas nos relacionamos con el dolor.

En lo que respecta al dolor físico, especialmente si este se cronifica, hay evidencia de que la gestión emocional y social, así como aminorar el estrés y fomentar relaciones sociales aporta beneficios, lo alivia (Pérez Martín et al., 2020, p. 270), al igual que se conoce que la depresión y la ansiedad pueden aumentar la sensibilidad al dolor físico (Shuchang et al., 2011, p. 41; Tanaka et al., 2017, p. 2224), lo que explicaría que en nuestro estudio la autopercepción de estar deprimido sea un indicador fundamental para explicar las sensaciones negativas que experimentan los encuestados, siendo la variable clave en la explicación de los cambios del factor “sensaciones internas”.

Según Hsu (2008) sólo podemos percibir aquellas sensaciones que tienen patrones sociales y culturales, por lo que hay que entender que la sociedad en la que se experimenta el dolor enmarca cuales son los sentimientos “legítimos” o “adecuados” a cada situación dolorosa o a cada persona que está experimentando dolor. Es por ello que no nos ha sorprendido que sean las enfermedades de origen psicológico, que tradicionalmente han sido las más estigmatizadas e incomprendidas de las patologías tanto para la población general como para los propios profesionales sanitarios (Norredam y Album, 2007, p. 4), las que estén más relacionadas con los sentimientos de vergüenza y culpa. Según Scheff (1990), la vergüenza es considerada la emoción social por excelencia (Bericat, 2000, p. 168) debido a que depende del juicio interno que hacemos del juicio externo que supuestamente hacen los demás de nosotros. Es la vergüenza un sentimiento poco presente en las personas que sufren dolor en general pero, significativamente más alto, entre aquellas personas que sufren dolor de origen psicológico. En la realidad material de las personas que sufren este dolor no es necesario que exista realmente nadie que les juzgue para sentirse juzgadas, pues es el propio doliente el que percibe dicho juicio social.

Es un dolor, el de la exclusión, la vergüenza o el rechazo social, que se une e incrementa el dolor ya sufrido, ya que, como expone Pérez Martín “la exclusión social se experimenta como dolorosa porque las reacciones de rechazo están mediadas por sistemas neurológicos de procesamiento comunes con los del dolor físico” (Pérez Martín et al., 2020, p. 269), y en la misma posición se muestran diversas investigaciones desde la neurobiología que indican que dolor físico y social tienen los mismos mecanismos neuronales (Eisenberger, 2015, p. 619; Sturgeon y Zautra, 2016, p. 64) y producen respuestas inflamatorias del cuerpo en

igual medida (Sturgeon y Zautra, 2016, p. 66). Se podría decir que las personas con dolor psicológico sufren de este modo un doble dolor, aquel provocado por su enfermedad o padecimiento, y el dolor provocado por su exclusión social al sentirse juzgados por los demás, activando el rechazo la dimensión afectiva del dolor. Según señala esta autora, no son tan diferentes las respuestas emocionales del dolor físico y el dolor emocional. Estando los autores de este artículo de acuerdo en que el dolor muestra elementos comunes con independencia de su origen (físico, psicológico o emocional), nuestro estudio matiza tal aseveración poniendo de manifiesto que los sentimientos relacionados con la vergüenza o culpa están más presentes en las personas que viven dolor psicológico, especialmente si son jóvenes. El dolor de origen psicológico es más susceptible a no ser tomado como "real" y vivir un proceso de deslegitimidad y estigmatización (Jackson, 2005, p. 339). No obstante, si que coincidimos con Pérez Martín en que el apoyo social puede reducir el dolor, tanto si es físico como si se trata de dolor social, de aquí la importancia de conocer aspectos sociales que influyen en la experiencia del dolor. También hay que seguir explorando las diferencias entre los diferentes tipos de dolor, ya que si bien hay evidencia de que son muy semejantes a nivel neurológico, también sabemos que en su fenomenología, en particular en los sentimientos de dolor hay diferencias importantes, como por ejemplo en la reexperimentación (capacidad de revivir el dolor) del dolor social por encima del físico (Meyer et al., 2015, p. 1), aunque ambos se recuerden (Chen et al., 2008, p. 790); o en los sentimientos que provoca, como hemos mostrado en este estudio. En este sentido hay que seguir apostando por un enfoque fenomenológico del dolor como experiencia física, emocional y existencial vivida y encarnada (Bendelow y Williams, 1995, p. 147) al tiempo que se trata de llegar a un conocimiento global del dolor.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo ha contado con la financiación del Proyecto "El dolor en su contexto social" (ref. PID2022-137976NB-I00) financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa; y forma parte de la continuación del proyecto "Legitimidad social del Dolor" (ref. RTI2018-099483-B-I00) correspondiente al Programa Estatal de I+D+i Orientada a los Retos de la Sociedad, convocatoria 2018.

## REFERENCIAS

- Abrutyn, S. (2023). Toward a sociological theory of social pain. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 53(3), 351-371. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12371>
- Bendelow, G. A., & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 139-165. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1995.tb00479.x>
- Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers. Revista de Sociología*, 62, 145. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v62n0.1070>
- Bericat, E. (2002). ¿Sienten las sociedades? Emociones individuales, sociales y colectivas. En *Corazones inteligentes* (pp. 121-144). Kairós.
- Bericat, E. (2016). The sociology of emotions: Four decades of progress. *Current Sociology*, 64(3), 491-513. <https://doi.org/10.1177/0011392115588355>

- Biedma Velázquez, L., García Rodríguez, M. I., y Serrano del Rosal, R. (2019). *Percepciones sociales del dolor*. CIS.
- Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, I., y Serrano-del-Rosal, R. (2022a). Medicación y dolor: El dolor más intenso es el menos medicado. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 17(2), 203. <https://doi.org/10.14198/OBETS2022.17.2.02>
- Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, M. I., & Serrano-del-Rosal, R. (2018). Social hierarchy of pain and its connection to the memory of previously suffered pain. *Journal of Pain Research*, 21(11), 2949-2959. <https://doi.org/10.2147/JPR.S168462>
- Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, M. I., García-González, J. M., Cerrillo-Vidal, J. A., Serrano-Gemes, G., Blanco-Hungría, A., & Serrano-del-Rosal, R. (2022b). The Legitimacy of Pain as an Object of Study. *Advances in Applied Sociology*, 12(10), 634-643. <https://doi.org/10.4236/aasoci.2022.1210044>
- Boddice, R. (2017). *Pain: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- Bueno-Gómez, N. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13010-017-0049-5>
- Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta Bioethica*, 6(1), 103-111. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>
- Chen, Z., Williams, K. D., Fitness, J., & Newton, N. C. (2008). When Hurt Will Not Heal: Exploring the Capacity to Relive Social and Physical Pain. *Psychological Science*, 19(8), 789-795. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02158.x>
- Eisenberger, N. I. (2015). Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 601-629. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115146>
- Hochschild, A. R. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future research. En *Research agendas in the sociology of emotions* (pp. 117-142). State University.
- Hsu, E. (2008). The Senses and the Social: An Introduction. *Ethnos*, 73(4), 433-443. <https://doi.org/10.1080/00141840802563907>
- Jackson, J. E. (2005). Stigma, liminality, and chronic pain: Mind-body borderlands. *American Ethnologist*, 32(3), 332-353. <https://doi.org/10.1525/ae.2005.32.3.332>
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: A critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90216-K](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90216-K)
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral.
- Leder, D. (1990). Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine*, 11(1), 9-24. <https://doi.org/10.1007/BF00489234>
- Leeds, T. (2024). The Bio-Habitus: Using Pain Science to Reconstruct Bourdieusian Theory. *Sociological Theory*, 42(1), 49-72. <https://doi.org/10.1177/07352751231222889>
- Malpica, C. R. (2006). Sentir y percibir: Umbrales y matices. En *La psiquiatría en el siglo XXI: realidad y compromiso* (pp. 103-116). Tonocontinuo.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 680-690. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003>
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, Motivational, and Central Control Determinants of Pain. En *The Skin Senses* (pp. 423-439). Charles C Thomas.

- Melzack, R., & Wall, P. (1988). *The Challenge of Pain*. Penguin Science.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. Routledge.
- Meyer, M. L., Williams, K. D., & Eisenberger, N. I. (2015). Why Social Pain Can Live on: Different Neural Mechanisms Are Associated with Reliving Social and Physical Pain. *PLOS ONE*, 10(6), e0128294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128294>
- Mora Teruel, F. (2013). ¿Qué es una emoción? *Arbor*, 189(759), a004. <https://doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1003>
- Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 170-176. <https://doi.org/10.7440/res47.2013.13>
- Nader, N., Farzin, H., & Sakha, H. (2020). A Brief Review on the Relationship Between Pain and Sociology. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 10(2). <https://doi.org/10.5812/aapm.99229>
- Norredam, M., & Album, D. (2007). Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 655-661. <https://doi.org/10.1080/14034940701362137>
- Pérez Martín, Y., Pérez Muñoz, M., García Ares, D., Fuentes Gallardo, I., y Rodríguez Costa, I. (2020). El cuerpo duele, y el dolor social... ¿duele también? *Atención Primaria*, 52(4), 267-272. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.003>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., y Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.00000000000001939>
- Redondo Delgado, M., y León Mateos, L. (2014). *El dolor*. Grupo 5.
- Reta, C. G. (2015). Cuerpos y Emociones en la investigación social: Un recorrido crítico por los itinerarios actuales de un campo. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad (RELACES)*, (18), 99-101. <https://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/398>
- Sabido Ramos, O. (2016). Cuerpo y sentidos: El análisis sociológico de la percepción. *Debate Feminista*, 51, 63-80. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.04.002>
- Sabido Ramos, O. (2017). Georg Simmel y los sentidos: Una sociología relacional de la percepción. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(2), 373-400. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2017.2.57667>
- Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(3), 32-41, <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/35>.
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *RELACES*, 10(4), 93-113. <https://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/237>
- Scheff, T.J. (1990). Socialization of Emotions: Pride and shame as causal agents. En T. D. Kemper (Ed.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*. State University of New York.
- Shuchang, H., Mingwei, H., Hongxiao, J., Si, W., Xing, Y., Antonius, D., & Opler, M. G. (2011). Emotional and Neurobehavioural Status in Chronic Pain Patients. *Pain Research and Management*, 16(1), 41-43. <https://doi.org/10.1155/2011/825636>

- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Social pain and physical pain: Shared paths to resilience. *Pain Management*, 6(1), 63-74. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.56>
- Tanaka, Y., Nishi, Y., Nishi, Y., Osumi, M., & Morioka, S. (2017). Uncovering the influence of social skills and psychosociological factors on pain sensitivity using structural equation modeling. *Journal of Pain Research*, 10, 2223-2231. <https://doi.org/10.2147/JPR.S143342>
- Turner, J. (2020, agosto 3). El dolor ya no es lo que era. *El País*. <https://elpais.com/ciencia/2020-08-03/el-dolor-ya-no-es-lo-que-era.html>
- Vannini, P., Waskul, D., & Gottschalk, S. (2013). *The Senses in Self, Society, and Culture: A Sociology of the Senses*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203805985>
- Zajacova, A., Grol-Prokopczyk, H., & Zimmer, Z. (2021). Sociology of Chronic Pain. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 302-317. <https://doi.org/10.1177/00221465211025962>

## ANEXO: CUESTIONARIO

El Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA), perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), está realizando un estudio sobre dolor. Esta investigación ha obtenido el certificado del Comité de Ética de Investigación de Córdoba el día 28 de enero de 2020 (acta nº299), indicando la viabilidad en todos los términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Para ello, pedimos tu colaboración y te la agradecemos anticipadamente. Te garantizamos el absoluto anonimato y secreto de tus respuestas.

### P20. ¿Eres...?

1. Hombre
2. Mujer

### P21. ¿Cuántos años tienes?

---

### P22. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que has alcanzado?

1. **Primaria incompleta:** sin título de primaria y menos de 5 años a la escuela
2. **Estudios secundarios obligatorios o menos:**  
Primaria completa: EGB, hasta 6º ó 7º (inclusive), 6º Primaria ó 1º ESO (inclusive)  
EGB, ESO, Bachillerato elemental  
Programas de Garantía Social, Certificado de profesionalidad nivel 1 o 2
3. **Estudios secundarios no obligatorios:**  
BUP, COU, Bachiller superior, Bachillerato  
FPI, FP de Grado Medio, Certificado de profesionalidad nivel 3  
FPII, Ciclo formativo superior, FP Grado superior, y enseñanzas equivalentes
3. **Estudios universitarios:** Diplomatura, Ingeniería técnica, Licenciatura, Grado, Master, Doctorado y enseñanzas equivalentes

### P1. Para empezar, ¿cómo describirías tu estado de salud?

[Codificar de 5 a 1]

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo
6. No lo sé
7. Prefiero no contestar

**P2. Actualmente y al menos durante los últimos 6 meses o más, ¿has tenido que limitar tus actividades de la vida diaria debido a algún problema de salud?**

1. Sí, mucho
2. Sí, algo
3. No, nada
4. Prefiero no contestar

**P3. En general, ¿dirías que te sientes solo/a?**

1. No
2. Sí, un poco
3. Sí, mucho
4. Prefiero no contestar

**P4. En el día a día, ¿dirías que te encuentras deprimido/a?**

1. Nunca
2. A veces
3. Siempre o casi siempre
4. Prefiero no contestar

**P5. Como sabes, todas las personas a lo largo de su vida experimentan algún tipo de dolor, ya sea físico, psicológico, emocional, o de otro tipo. En la actualidad, ¿padeces algún tipo de dolor?**

1. Sí
2. No
3. Prefiero no contestar

[Filtro: A los que padecen algún tipo de dolor P5=1 ]

**P6. ¿Qué tipo de dolor es?**

*Si has padecido más de un dolor por favor señala el que consideres más relevante ya sea por intensidad, duración, o por cualquier otro motivo.*

**[NO ROTAR]**

1. De huesos o muscular
2. De cabeza, oídos o dientes
3. De estómago, digestivo, hígado o riñón
4. Por ansiedad, depresión o estrés
5. Por cansancio sin motivo aparente
6. Por una sensación de angustia continuada
7. Por desamor o ruptura amorosa
8. Por la muerte de un/a familiar cercano

9. Por una traición o engaño importante
10. Otro tipo de dolor
11. No lo recuerdo
12. Prefiero no contestar

**En las siguientes preguntas, contesta, por favor, pensando en el dolor que has mencionado como el más relevante.**

**P7. Aproximadamente, ¿desde cuándo dirías que dura ese dolor?**

1. Menos de 1 semana
2. Entre 1 semana y menos de 1 mes
3. Entre 1 mes y menos de 3 meses
4. Entre 3 meses y 1 año
5. De 1 a 3 años
6. Más de 3 años
7. No lo sé o no lo recuerdo
8. Prefiero no contestar

**P8. Y, en general, ¿qué intensidad tiene tu dolor?**

*Utiliza esta escala de 0 a 10 donde 0 significa “Apenas me duele” y 10 “Es el peor dolor imaginable”.*

0 (apenas me duele)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (es el peor dolor imaginable)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------	---------------	----------------------------

**P9. En relación al dolor que tienes en este momento, indica si estás de acuerdo o no con las siguientes cuestiones.**

1. Sí
2. No
3. No lo sé
4. Prefiero no contestar

*[Rotar]*

**P9.1. Tener dolor ha supuesto una disminución de mi calidad de vida**

**P9.2. Me he adaptado a tener dolor y hago una vida normal**

**P9.3. Existen momentos en que sólo puedo pensar en el dolor**

**P9.4. Mi familia y amigos entienden el dolor que estoy sufriendo**

**P9.5. He tenido problemas en el trabajo por los dolores que padezco**

*[A todos ]*

**P10. Tengas o no tengas dolor en este momento, normalmente cuando sientes dolor, ¿te provoca alguna de las siguientes sensaciones?**

1. Sí
2. No
3. No lo sé
4. Prefiero no contestar

[Rotar]

**P10.1. Irritación**

**P10.2. Pérdida de interés por las cosas**

**P10.3. Cansancio**

**P10.4. Preocupación**

**P10.5. Vergüenza o culpa**

**P10.6. Sensación de ser juzgado/a por los demás**

**P11. ¿En qué medida te preocupa la posibilidad de vivir con un dolor continuo, como un dolor crónico?**

Utiliza esta escala de 0 a 10 donde 0 significa “No me preocupa nada” y 10 “Me preocupa mucho”.

0 (No me preocupa nada)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Me preocupa mucho)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------	---------------	----------------------------

**P12. Por favor, señala tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**

Utiliza esta escala de 0 a 10 en la que el 0 representa “Completamente en desacuerdo” y el 10 representa “Completamente de acuerdo”.

0 (completamente en desacuerdo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (completamente de acuerdo)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------	---------------	----------------------------

[Rotar]

**P12.1. La salud del presente es consecuencia de las acciones del pasado**

**P12.2. Hay que seguir las recomendaciones médicas para evitar el dolor**

**P12.3. En general las mujeres soportan más dolor que los hombres**

**P12.4. Los/as niños/as apenas sufren dolor**

**P12.5. Las personas que viven con dolor crónico son más fuertes**

**P12.6. Las personas con pocos recursos económicos soportan mejor el dolor que las personas con más recursos económicos**

**P12.7. Las personas mayores soportan mejor el dolor que las personas jóvenes**

**P13. ¿Crees que la sociedad en general entiende y apoya a las personas que padecen dolor al tener las siguientes enfermedades o situaciones vitales?**

Utiliza esta escala de 0 a 10 en la que el 0 representa “No apoya nada” y el 10 representa “Apoya mucho”.

0 (No apoya nada)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Apoya mucho)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
-------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------	---------------	----------------------------

[Rotar]

**P13.1.** Ansiedad

**P13.2.** Dolor por la pérdida de un ser querido

**P13.3.** Fibromialgia

**P13.4.** Artrosis

**P13.5.** Obesidad

**P13.6.** Depresión

**P13.7.** Cáncer

**P13.8.** Alcoholismo

**P14. Señala tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.**

Utiliza esta escala de 0 a 10 donde 0 significa “Completamente en desacuerdo” y 10 “Completamente de acuerdo”.

0 (completamente en desacuerdo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (completamente de acuerdo)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------	---------------	----------------------------

[Rotar]

**P14.1.** En ocasiones el dolor no es real, está en nuestra cabeza

**P14.2.** Los médicos no siempre son capaces de conocer la causa del dolor

**P14.3.** Hay personas que siempre se están quejando de dolor y realmente no les pasa nada

**P14.4.** Algunas personas mienten sobre dolores que padecen para conseguir bajas laborales o prestaciones sociales

**P14.5.** Algunas personas mienten sobre el dolor que padecen para conseguir atención, reconocimiento o compasión

**P14.6.** Se puede tener dolor y hacer una vida lo más normal posible

**P14.7.** Aunque se tenga dolor hay que seguir trabajando con la misma intensidad para que no te tachen de mentiroso/a o vago/a

**P14.8.** Las personas con dolor crónico se auto aíslan

**P14.9.** Algunas personas se regodean en su dolor, parece que les gusta padecerlo

**P14.10.** Algunos dolores físicos en realidad esconden problemas emocionales y mentales

**P14.11.** A todo el mundo le duele algo, por eso hay que darle poca importancia

**P14.12.** Se toman demasiados medicamentos para el dolor, habría que aguantar un poco más

**P15. Algunas personas padecen dolor de origen emocional, como consecuencia de la pérdida de un ser querido, una ruptura importante, una traición, u otra causa. Señala tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**

Utiliza esta escala de 0 a 10 donde 0 significa “Completamente en desacuerdo” y 10 “Completamente de acuerdo”.

0 (completamente en desacuerdo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (completamente de acuerdo)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------	------------------	-------------------------------

[Rotar]

**P15.1.** El dolor emocional no se cura con medicamentos

**P15.2.** El dolor emocional afecta más a mujeres que a hombres

**P15.3.** El dolor emocional afecta más a jóvenes que a mayores

**P15.4.** El dolor emocional afecta más a personas de pocos recursos económicos

**P15.5.** El dolor emocional duele más que un dolor físico

**P15.6.** El dolor emocional afecta principalmente a personas débiles

**P15.7.** El dolor emocional afecta a personas ociosas que no tienen otras preocupaciones

**P16. ¿En qué medida crees que las siguientes situaciones pueden producir dolor en las personas que las padecen?**

Utiliza esta escala de 0 a 10 en la que el 0 representa “No produce dolor” y el 10 representa “Es muy doloroso”.

0 (no produce dolor)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (es muy doloroso)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------	------------------	-------------------------------

[Rotar]

**P16.1.** La soledad no deseada

**P16.2.** El miedo y la incertidumbre de lo que nos depara el futuro

**P16.3.** La pobreza o la escasez de recursos económicos

**P16.4.** La exclusión social, la marginalidad

**P17. Algunas personas padecen dolor de origen psicológico, como por ejemplo del derivado de una depresión, de ansiedad, o de algún problema mental. Señala tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:**

Utiliza esta escala de 0 a 10 donde 0 significa “Completamente en desacuerdo” y 10 “Completamente de acuerdo”.

0 (completamente en desacuerdo)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (completamente de acuerdo)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------	---------------	----------------------------

[Rotar]

- P17.1.** El dolor psicológico no se cura con medicamentos
- P17.2.** El dolor psicológico afecta más a mujeres que a hombres
- P17.3.** El dolor psicológico afecta más a jóvenes que a mayores
- P17.4.** El dolor psicológico afecta más a personas con pocos recursos económicos
- P17.5.** El dolor psicológico duele más que un dolor físico
- P17.6.** El dolor psicológico afecta principalmente a personas débiles
- P17.7.** El dolor psicológico es principalmente producto de la imaginación de la persona que lo sufre

**P18. ¿En qué medida crees que las siguientes enfermedades y situaciones son responsabilidad de la propia persona que la sufre?**

Utiliza esta escala de 0 a 10 en la que el 0 representa “Ninguna responsabilidad” y el 10 representa “Toda la responsabilidad”.

0 (ninguna responsabilidad)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (toda la responsabilidad)	No lo sé (88)	Prefiero no contestar (99)
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------	---------------	----------------------------

[Rotar]

- P18.1.** Ansiedad
- P18.2.** Dolor por la pérdida de un ser querido
- P18.3.** Fibromialgia
- P18.4.** Artrosis
- P18.5.** Obesidad
- P18.6.** Depresión
- P18.7.** Cáncer
- P18.8.** Alcoholismo

**P19. En general, ¿crees que se puede confiar en la gente?**

1. Se puede confiar en la mayoría de las personas
2. Se puede confiar en bastantes personas, aunque no en la mayoría
3. Sólo se puede confiar en algunas personas
4. No se puede confiar en nadie
5. No lo sé
6. Prefiero no contestar

**Para terminar, vamos a hablar un poco más de ti.**

**P23. ¿En qué situación laboral te encuentras actualmente?**

1. Trabajando
2. Desempleado/a
3. Jubilado/a o pensionista
4. Estudiante
5. Trabajo doméstico no remunerado
6. Otra situación: ¿cuál?
7. Prefiero no contestar

**P24. ¿Cuáles de las siguientes personas viven habitualmente contigo? Marca todas las que consideres.**

1. Vivo solo/a
2. Mi pareja o cónyuge
3. Mis/s hijo/a/s
4. Mi padre/madre/suegro/suegra
5. Mi abuelo/a
6. Mi hermano/a/s
7. Otros parientes
8. Otras personas sin parentesco
9. Prefiero no contestar

(Filtro: solo si vive acompañado/a P24!=1)

**P25. Contándote a tí, ¿cuántas personas viven en tu hogar? \_\_\_\_\_**  
[A todos]

**P26. ¿Cómo calificarías tu situación económica personal en la actualidad?**  
[Codificar de 5 a 1]

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala
6. No lo sé
7. Prefiero no contestar

**P27. Por último, ¿podrías decirnos tu código postal de residencia?**

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**