

MEDICACIÓN Y DOLOR: EL DOLOR MÁS INTENSO ES EL MENOS MEDICADO

MEDICATION AND PAIN: THE MOST INTENSE PAIN IS THE LEAST MEDICATED

Lourdes Biedma Velázquez

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España
lbiedma@iesa.csic.es
<https://orcid.org/0000-0001-8080-6183>

Rafael Serrano del Rosal

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España
rserrano@iesa.csic.es
<https://orcid.org/0000-0002-9488-8295>

M^a Isabel García Rodríguez

Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España
igarcia@iesa.csic.es
<https://orcid.org/0000-0002-9761-4097>

Cómo citar / Citation: Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, M. A. y Serrano-del-Rosal, R. (2022). Medicación y dolor: el dolor más intenso es el menos medicado. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 17(2): 203-220. <https://doi.org/10.14198/OBETS2022.17.2.02>

© 2022 Lourdes Biedma-Velázquez, M^a Isabel García-Rodríguez y Rafael Serrano-del-Rosal

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

Recibido: 17/07/2021. Aceptado: 27/01/2022

Agradecimientos: Este artículo ha sido posible gracias a la financiación 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.

Resumen

El dolor, un problema de primer orden en salud, es la primera causa de consulta médica en atención primaria y del consumo de medicamentos de la población general. Mientras a nivel mundial se asume que el principal problema es la falta de acceso a medicamentos de importantes sectores de población en ciertos países, en otros puntos geográficos se pone el acento en un posible abuso o utilización inadecuada de los mismos. El objetivo principal de este artículo es conocer qué características influyen en el consumo de medicamentos para el dolor de la población española. Para ello se han analizado, por un lado, los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 y, por otro, la Encuesta sobre Percepción Social del Dolor del año 2016. Hemos encontrado que las mujeres, así como las personas de mayor edad y con estudios básicos son las que mayor consumo de medicamentos presentan, pero también que el dolor de origen emocional, que es el que mayor intensidad dolorosa reporta, es el menos medicado de los dolores padecidos, siendo al mismo tiempo un dolor que sufren principalmente las mujeres.

Palabras clave: Dolor; medicación; sexo; tipo de dolor.

Abstract

Pain is the leading cause of medical consultation in primary care and also of drug use in the general population. In some countries, the main problem is the lack of access to pain medication for large sectors of the population. In other countries, the problem is the abuse or misuse of painkillers and other drugs. The main objective of this article is to know the social factors that influence the consumption of pain medication in the Spanish population. For this purpose, we analyzed data from the 2017 National Health Survey on the one hand and the 2016 Survey on Social Perception of Pain on the other. We have found, among other relevant issues, that women, the elderly age and people with basic education have the highest drug use. Additionally, we found that emotional pain is both the most intense and the least medicalized pain, and it is a pain more women than men suffer from.

Keywords: Pain; medication; sex; type of pain.

Extended Abstract

In this article, we address the relationship between pain and drug use in Spain from a sociological perspective. We understand pain as a complex and multi-dimensional experience, as defined by the International Association for the Study of Pain (IASP): “an unpleasant sensory and emotional experience associated or similar to that associated with actual or potential tissue damage.”

Specifically, we want to know which pains are respectively the most and the least medicated. Pain and medication are usually linked, because, in general, contemporary Western societies tend to consider pain as something, unnecessary, that should be prevented as much as possible. The drugs most commonly used for pain relief are anti-inflammatories and paracetamol, although there is evidence of unequal use of drugs by patient gender, for example.

Our objective is to find out what factors influence the consumption of pain medication in the Spanish population.

To do so, we used two independent but related data sources. On the one hand, the National Health Survey carried out in 2017 by the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare, together with the National Institute of Statistics, allowed us to analyze the consumption of drugs in Spain, by carrying out a descriptive analysis according to contrast variables. On the other hand, the Survey on Social Perception of Pain carried out in 2016 by the Sociological Research Center (CIS) with the collaboration of the Institute for Advanced Social Studies (IESA-CSIC), provided us with information to analyze in depth which variables intervene in the consumption of drugs specifically intended to relieve pain.

We have observed that, in general, 64.9% of Spaniards have taken medication in the last two weeks. This figure rises to 70% among women and the elderly, which are the two population groups where the highest percentages of polymedicated patients are concentrated.

According to the Social Perception of Pain survey, higher consumption of pain medication is related to education level (having primary or lower education), marital status, perceived health, as well as the frequency and intensity of pain experienced, and how long they have had it.

If we distinguish the pain suffered by the respondents according to its origin, namely according to whether it is physical (headache, bones, etc.), psychological (due to anxiety, depression, etc.), or emotional (due to a bereavement, treason, etc.), we can see a great disparity in the consumption of medicines, emotional pain being the least medicated. Paradoxically, citizens respondents indicate that emotional pain is the most intense.

We carried out a hierarchical segmentation analysis to determine which variables have the greatest discriminating power in drug use, and we found out that it is the type of pain suffered variable. People with physical pain use the most medication to relieve it, while those with emotional pain use the least. Marital status, frequency of pain and sex also play a role in drug consumption. Thus, while 14% of people with emotional pain use medication, this figure increases to 35% among those who suffer from it quite frequently or continuously. People who suffer from psychological pain are medicated in a percentage of 51%, while those who have physical pain do so in 73% of cases. This rises to 84% among people who suffer from pain quite frequently, and even more if their marital status is other than single.

We also carried out a binary logistic regression analysis to know the probability of drug use according to different variables. The regression model turns out to be a good predictor of citizen people's behavior, going from classifying well 55% of the data to classifying almost 76%. The value of Nagelkerke's R² is 44% of the explained variance. The variables that influence are the type of pain, age, frequency of pain, its intensity, perceived health and the sex of the person interviewed. The type of pain is the variable with the highest beta value, the category of emotional pain being significant, as we saw in the rest of the analyzes. On the other hand, young people are less likely to consume medications than older people, and in the same sense the relationship between the frequency of pain (the higher the frequency, the greater the consumption) and the intensity (the greater the intensity, the greater the consumption) are observed. This element is very interesting since, leaving the rest of the variables constant, the intensity of the pain behaves positively (the more intense it is).

1. INTRODUCCIÓN

El dolor es considerado una enfermedad y un problema de salud pública (Navarro Vargas & Caminos Pinzón, 2013) que tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen. Su naturaleza compleja y multidimensional, como hecho social y objeto de estudio científico, imponen un acercamiento que tenga en cuenta, además de sus elementos anatómicos y fisiológicos, otros de carácter psicológico, social y cultural que, como se ha

demostrado, inciden también en él (Kirmayer, 2008; Lavielle *et al.*, 2008).

En este mismo sentido, el dolor ha sido recientemente redefinido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” (Raja *et al.*, 2020). Esta definición señala que el dolor es una experiencia y, por tanto, en parte al menos, será subjetiva y personal; que puede estar

derivada de daños o factores biológicos, pero no necesariamente, ya que puede producirse con efectos similares, pero con base en factores o daños de otro tipo (generalmente psicológicos y o sociales). El dolor, en este sentido, es similar a toda experiencia humana y, por tanto, está siempre modelado socialmente, siendo al tiempo subjetivo e intersubjetivo. Ello implica, por un lado, que sólo la persona que lo sufre tiene pleno conocimiento sobre su vivencia de dolor, no existiendo una prueba objetiva-cuantificable no mediada por los propios dolientes que permita conocer cómo sufren los demás (Turner, 2020), ni que permita realizar comparaciones de naturaleza objetiva entre un tipo de dolor y otro, o entre un mismo dolor vivido por diferentes personas; y por otro lado, que es una experiencia reconocida y/o reconocible por los demás, expresión de un contexto social (Bustos Domínguez, 2000; Le Breton, 1999) y afectada por este.

No obstante, la necesidad de medir y comparar el dolor ha sido un objetivo científico prioritario en diferentes estudios que han tratado de establecer patrones comunes de dolor según alguna característica. Así, en algunos de ellos han contrastado que la respuesta al dolor es diferente en hombres y mujeres (Gutiérrez Lombana & Gutiérrez Vidal, 2012). Para ello se trata de “medir” el dolor, asumiendo que a un mismo estímulo doloroso la respuesta será más o menos idéntica y constatando las diferencias como desviaciones de la norma que hay que tratar de analizar. El problema reside, bajo nuestro punto de vista, en que es altamente difícil indicar que un estímulo doloroso es idéntico para dos personas, incluso en situaciones de laboratorio con la mayor parte de las variables físicas y/o situacionales bajo control. En este sentido afirmar, por ejemplo “las mujeres tienen un umbral del dolor más bajo que los hombres” con esta base empírica es delicado, a pesar de que se pueda constatar el mayor dolor percibido por las mujeres de forma general.

De hecho, en la literatura sobre dolor, se considera por ejemplo que los estrógenos y la progesterona tienen un efecto protector contra el dolor (Chang *et al.*, 2006; Sherman & LeResche, 2006; Unruh, 1996) pero, al mismo tiempo se observa que las mujeres reportan más dolor a un estímulo doloroso que los hombres (Mogil, 2020), al igual que se indica diferente frecuencia en la incidencia de enfermedades que pueden estar relacionadas con mayor dolor (Cabo-Meseguer *et al.*,

2017), así como dolores específicos de las mujeres (Silva Guachilema *et al.*, 2019). Tanto desde el punto de vista biológico como social y cultural, existen diferencias en la vivencia del dolor de hombres y mujeres (Gallach-*et al.*, 2020) que las ciencias de la salud han incorporado sólo recientemente, reclamándose la inclusión de diferencias por sexo desde distintos ámbitos científicos (Morselli *et al.*, 2016), diferenciándose de los contrastes por género (Ruiz-Cantero *et al.*, 2019). Otra variable que se ha estudiado respecto a la incidencia en la disminución del umbral del dolor es la edad, indicando múltiples estudios que, a mayor edad, menor umbral de dolor (Ramírez-Maestre & Esteve, 2014; González-Rendón & Moreno-Monsiváis, 2007). Existe, además, una relación estrecha entre estas dos variables, de forma que las diferencias de dolor por sexo se acentúan con la edad (García-Esquinas *et al.*, 2019).

Por su parte, el dolor como objeto de estudio, tiene gran relevancia, entre otros muchos motivos por ser la principal causa de consulta médica en atención primaria (Rivera Triana & Castro Moreno, 2019; Torralba *et al.*, 2014), así como la principal causa de consumo de medicamentos. De esta forma el consumo de medicamentos se comporta como un “proxi” del estudio del dolor. Al mismo tiempo, el consumo de medicamentos para tratar el dolor supone tratarlo en ocasiones como síntoma, por la patología con la que está asociado dicho dolor y, en otras ocasiones, por sí mismo, es decir con independencia de la causa que lo provoca.

A nivel mundial existe una preocupante falta de acceso a medicamentos para el dolor que afecta a millones de personas (Human Right Watch, 2019) y se hace un llamamiento a “poner fin a un sufrimiento innecesario”. En este sentido, los medicamentos son los grandes aliados contra el dolor, pero no por ello están exentos de controversia. Efectos secundarios, mal uso, abuso, sobre o infra medicación; son algunos de los problemas que se suelen mencionar, sin olvidar el papel de las farmacéuticas, la presión de asociaciones de pacientes o de ciudadanos, el papel de los Estados, los sistemas de financiación y/o copago de medicamentos, etc.

Los fármacos más utilizados para el alivio del dolor son los antiinflamatorios no esteroides (AINE) y el paracetamol, siendo más limitado el uso de otros medicamentos como los opioides, principalmente por

sus efectos secundarios y por el estigma que tiene una posible adicción o mal uso (García-Andreu, 2017). De hecho, se estima que más del 4% de las hospitalizaciones puedan estar relacionadas con reacciones adversas a los medicamentos prescritos a nivel general, siendo este porcentaje del 17% entre la población anciana, con diferencias por países que aumentan estos porcentajes (Oscanoa, 2005; Onder *et al.*, 2003; Liu & Christensen, 2002).

Diferentes estudios han profundizado en la desigual utilización de medicamentos según alguna variable, generalmente el sexo, y asociada normalmente a enfermedades concretas. En el análisis de estas cuestiones pueden estar influyendo componentes anatómicos, fisiológicos, neuronales, hormonales, etc., aunque también, más allá de estas cuestiones evidentes desde una perspectiva biomédica clásica, habría que tener muy en cuenta componentes psicológicos y sociales diversos (Gutiérrez Lombana & Gutiérrez Vidal, 2012), que hacen que estudiar los denominados “sesgos de género” (Ruiz-Cantero *et al.*, 2020) en el uso o prescripción de medicamentos sea una tarea compleja. Las diferencias entre hombres y mujeres han sido estudiadas por ejemplo respecto al efecto de la analgesia y opioides (Romberg *et al.*, 2004), indicando que las mujeres obtienen menor alivio ante la misma cantidad de analgesia (Greenspan *et al.*, 2007). Incluso en algunos estudios se analiza si esta diferenciación supone también la utilización de medicamentos de peor calidad por parte de las mujeres. En un estudio de 2002 se afirma que parte de los dolores inespecíficos que aquejan a algunas mujeres pueden ser la causa de que ellas reciban “peores” medicamentos, más generalistas e inespecíficos, para tratamientos sintomáticos, e incluso un abuso o exceso en la prescripción de medicamentos para ellas (Sanfélix Genovés *et al.*, 2002). También encontramos otros estudios más específicos que muestran que las mujeres consumen menos opioides que los hombres (Pud *et al.*, 2006; Averbuch & Katzper, 2000).

No obstante, a pesar de contar con toda esa información es solo muy recientemente que se empieza a hablar de estas diferencias entre hombres y mujeres en el contexto terapéutico y que se menciona la necesidad de tenerlas en cuenta en otros ámbitos como en el diseño y ensayo de medicamentos nuevos (Mogil, 2020) o en

la prescripción médica, siendo todavía lo más habitual que ante un mismo diagnóstico, se prescriba la misma medicación, sin observar las diferencias que puedan existir de tipo fisiológico, psicológico o incluso social entre los pacientes.

De forma coadyuvante con todo lo demás, en la cultura popular, existe el estereotipo de las mujeres como el sexo más emocional (Sánchez Núñez *et al.*, 2008) y la percepción de que las mujeres tienden a centrarse en los aspectos emocionales del dolor (Zavarize & Wechsler, 2016), son más sensibles a los acontecimientos de la vida diaria que generan dolor (de tipo psicológico y social), ya sea por motivos fisiológicos (cambios hormonales) o por motivos culturales y de socialización (educación y roles de género) (Sánchez Aragon *et al.*, 2008), y se asocia esta “sensibilidad” con un umbral del dolor más bajo y al mismo tiempo con una mayor resistencia, es decir, les “duele más” pero “lo resisten mejor” (Biedma Velázquez *et al.*, 2019).

En este complejo contexto se justifica que el objetivo principal de este artículo sea conocer qué características influyen en el consumo de medicamentos para el dolor de la población española. Para ello se han tenido en cuenta tanto las características de los entrevistados como las características del propio dolor. Se parte de una perspectiva feminista y crítica del estudio del dolor y el género (Pujal i Llobart & Mora, 2014) en el marco de un análisis biopsicosocial “*que rompe con la dimensión exclusivamente orgánica y/o biopsiquiátrica*” (Mora *et al.*, 2017). En este sentido hemos clasificado el dolor en relación a su origen (Sánchez Herrera, 2003; Redondo Delgado & León Mateos, 2014), dividiendo el dolor en aquel de origen físico (dolor de huesos, cabeza, estómago, etc.), de origen psicológico (por ansiedad, cansancio, angustia, etc.), y de origen emocional (desamor, duelo, traición, etc.). Esta clasificación, que como hemos dicho toma como base el origen del dolor, asume que el dolor es dolor independientemente del origen del mismo, es decir, no establece diferencia entre dolor y sufrimiento, como sí se hace en otros contextos, ya que como se ha demostrado en diferentes ocasiones, el cerebro activa las mismas zonas cerebrales ante un dolor físico y un dolor emocional (Krikorian *et al.*, 2008). Todo ello no implica, que socialmente se perciban como dolores similares, dotándolos de significados específicos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2017 (INE, 2017) y los datos de la Encuesta sobre Percepción Social del Dolor elaborada por el IESA/CSIC en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2016).

La primera, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE-2017), es un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) que se ejecuta con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se realizaron entrevistas en 23.860 hogares, a 23.089 personas de 15 y más años y a 6.106 menores de 15 años a través de entrevista al tutor, obteniendo un total de 29.195 entrevistas. El muestreo ha sido trietápico estratificado (sección censal, vivienda y persona). El método de recogida de información ha sido la entrevista personal asistida por ordenador (CAPI)¹.

La segunda, la Encuesta sobre Percepción Social del Dolor, es un estudio diseñado por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA/CSIC) y desarrollado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el año 2016, consistente en una encuesta a población general mayor de 18 años, realizada a través de un cuestionario presencial en los domicilios de los ciudadanos, siguiendo un sistema de rutas y selección aleatoria de hogares. Se diseñó una muestra teórica de 2.500 personas, finalizando la entrevista un total de 2.464 entrevistados. El muestreo fue 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%. El cuestionario se aplicó mediante entrevistas personales asistidas por ordenador (CAPI) en los domicilios.

Con los datos del INE tratamos de contextualizar el consumo de medicamentos en España, realizando un pequeño relato del consumo, mientras que, con la encuesta realizada conjuntamente por el IESA y el CIS, analizaremos qué influye en el consumo declarado por los ciudadanos.

No son dos estudios directamente comparables, ya que miden objetos de estudio diferentes, pero sí bastante complementarios puesto que cada uno aporta información relevante para conocer algo más sobre cómo se comportan los ciudadanos ante el dolor y la relación con el consumo de medicamentos.

Teniendo en cuenta el objetivo de esta investigación, explicitado más arriba, para este artículo se han realizado los siguientes análisis:

1. Análisis descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España con la presentación de datos uni y bi-variados.
2. Análisis exploratorio de la Encuesta sobre Percepción del Dolor con la realización de los siguientes análisis:
 - a) Clasificación del dolor según su origen en tres grupos analíticos: dolor de origen físico, dolor de origen psicológico y dolor de origen emocional.
 - b) Análisis bivariado entre consumo de medicamentos y variables sociodemográficas y de dolor.
 - c) 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, es el consumo de medicamentos para calmar el dolor más relevante que ha padecido el entrevistado/a, siendo las variables independientes o explicativas las principales sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, situación laboral, ingresos, estado civil) y variables sobre su experiencia de dolor (tipo de dolor, tiempo de dolor, frecuencia, número de dolores, etc.). 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). Todo ello nos permite crear perfiles con diferencias significativas respecto a la variable dependiente, siendo al tiempo visualmente muy informativo.
 - d) Análisis de regresión logística binaria en el que la variable dependiente es el consumo de medicamentos y como variables independientes las sociodemográficas y de

¹ Para más información sobre los datos técnicos de la encuesta se puede consultar la siguiente página web: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

dolor más relevantes. Con este tipo de análisis se pretende conocer cuánto influye cada variable en el consumo de medicamentos.

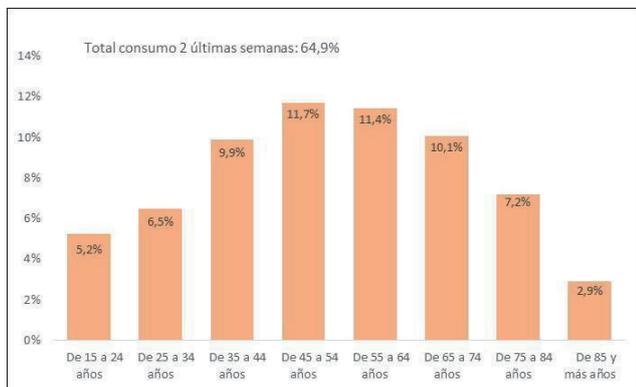
3. RESULTADOS

En este epígrafe seguiremos el mismo orden explicitado más arriba para los análisis que consta de dos apartados.

3.1. Análisis descriptivo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)

Según los datos de la ENSE (2017), el 64,9% de los españoles consumió algún medicamento en las dos últimas semanas (el 59,1% hombres y el 70,4% mujeres), en su mayoría medicamentos con receta, aunque también sin receta (un 10% de los mismos). Si se tiene en cuenta el consumo total de medicamentos, se observa que este aumenta con la edad y que se concentra entre los 45 y los 64 años. En cuanto a los medicamentos no recetados, su consumo se concentra principalmente en las personas de entre 25 y 44 años.

Figura 1. Consumo declarado de medicamentos en las dos últimas semanas por grupos de edad.

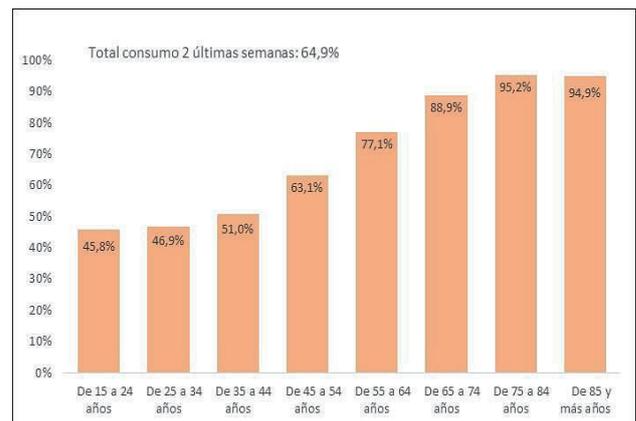


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Instituto Nacional de Estadística (INE). Publicado 26/06/2018. Consultado 06/02/2020.

El gráfico anterior nos permite observar la dimensión global del consumo y su distribución por edad, siendo así que donde mayor consumo se da es en los estratos de edad intermedia, no obstante, para un mejor conocimiento es importante analizar que ocurre dentro de cada grupo de edad, y lo observamos en el siguiente gráfico en el que se indica el consumo de cada grupo con relación a sus iguales en edad.

En este caso observamos que entre la población mayor el porcentaje de consumo de medicamentos es muy alto, prácticamente toda la población mayor consume algún tipo de medicamento, concentrándose también en este grupo etario los mayores porcentajes de polimedición. Por otro lado, es muy destacable también que entre la población más joven también encontramos una alta proporción de uso de medicamentos, de hecho, algo más del 45% de los jóvenes indica que ha consumido algún tipo de medicamento en las dos últimas semanas. Los jóvenes son también los que más medicamentos consumen sin receta (35%), frente a los mayores de 65 años en los que esta práctica es casi inexistente (1%).

Figura 2. Consumo declarado de medicamentos en las dos últimas semanas por grupos de edad en relación a su propio grupo.



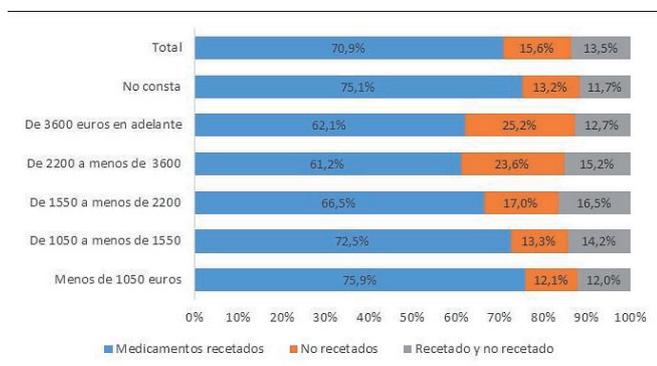
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Instituto Nacional de Estadística (INE). Publicado 26/06/2018. Consultado 06/02/2020.

El 56% de los medicamentos que se consumen en España según el INE, son consumidos por personas con estudios básicos o inferiores, frente al 19% que corresponde a personas con estudios intermedios y el 24% restante que tiene estudios superiores. Si analizamos cada estrato por separado, se observa que, sobre el consumo general, que como hemos indicado anteriormente es del 64,9%, en el grupo de personas con estudios básicos este porcentaje sube hasta el 69,8% (casi 5 puntos porcentuales por encima), mientras que entre las personas de estudios intermedios y superiores los porcentajes relativos bajan algo con respecto a la población general siendo del 59,2% y 59,8% respectivamente.

En general, las mujeres españolas consumen más medicamentos que los hombres, en todos los niveles educativos, pero principalmente entre las que tienen estudios básicos o inferiores que presentan una diferencia de más de 13 puntos porcentuales respecto a los hombres con este mismo nivel educativo (63,0%/76,3%).

Lo mismo ocurre en relación con el nivel de ingresos, como ya sabemos, variable estrechamente relacionada en España con el nivel de estudios alcanzado, mostrándose mayor consumo de medicamentos entre los encuestados con menor nivel adquisitivo. De hecho, entre las personas que viven en hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 1050€ el consumo de medicamentos se incrementa hasta el 72,6% (7,7 puntos porcentuales más que a nivel general), lo que contrasta especialmente con que entre las personas que pertenecen a hogares que tienen unos ingresos netos de más de 2200€, la proporción de los que declararon tomar medicamentos en las últimas dos semanas sea más de 10 puntos inferior, situándose en cualquier caso en un nada desdeñable 61,9%. Es interesante destacar también que las personas con mayor nivel de ingresos son, al tiempo, los que consumen más medicamentos sin receta sobre el conjunto de medicamentos consumidos (el 25%), consumiendo menos productos sin receta las personas con bajos ingresos (12%). En cualquier caso, estos datos hay que tomarlos con cierta cautela puesto que el porcentaje de personas que no contestan su nivel de ingresos es muy alto.

Figura 3. Consumo declarado de medicamentos en las dos últimas semanas por nivel de ingresos y según tipo de prescripción.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Instituto Nacional de Estadística (INE). Publicado 26/06/2018. Consultado 06/02/2020.

Los medicamentos para el dolor son los más utilizados por la población española, suponiendo el 20% del total de medicamentos utilizados, aumentando hasta el 22% en el caso de las mujeres. Aunque mayoritariamente el consumo de este tipo de medicamentos se hace bajo prescripción facultativa, un considerable 30% se compra sin receta médica. No obstante, algunos de los medicamentos que indican las personas entrevistadas son para enfermedades y/o patologías que suelen cursar con dolor como las utilizadas para el reuma (1,4% indican este tipo de medicamentos), para el estómago (7,7%), catarro, gripe o bronquitis (7,2%).

Por otro lado, señalar que un 3,2% de los ciudadanos indican que consumen antidepresivos y/o estimulantes, y un 7,2% toman tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, ambos relacionados con problemas de tipo psicológico y/o emocional más que de tipo físico. En este tipo de medicamentos también son las mujeres las que tienen un mayor consumo, siendo para el caso de los antidepresivos o estimulantes el doble de consumidoras que de consumidores.

Tabla 1. Consumo declarado de medicamentos por tipo de medicamento y sexo de la persona entrevistada.

	Total	Hombres	Mujeres
Medicinas para el dolor	20,6%	18,3%	22,2%
Medicinas para la tensión arterial	11,4%	13,3%	10,0%
Medicamentos para colesterol	8,2%	9,8%	7,0%
Medicinas para el estómago y/o alteraciones digestivas	7,7%	8,2%	7,3%
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	7,2%	8,6%	6,3%
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	7,2%	5,9%	8,2%
Medicamentos para la diabetes	4,2%	5,4%	3,3%
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	4,0%	2,8%	4,8%
Medicinas para el corazón	3,3%	4,5%	2,4%
Antidepresivos, estimulantes	3,2%	2,1%	4,0%
Antibióticos	2,9%	2,9%	3,0%
Medicamentos para la alergia	2,7%	2,9%	2,6%
Medicamentos para el tiroides	2,5%	0,8%	3,8%
Medicinas para bajar la fiebre	1,9%	2,1%	1,8%
Medicinas para el reuma	1,4%	0,8%	1,9%
Píldoras para no quedar embarazada	1,1%	-	1,9%
Laxantes	1,0%	0,6%	1,3%
Hormonas para la menopausia	0,1%	-	0,2%
Otros medicamentos	9,3%	11,1%	8,0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. Instituto Nacional de Estadística (INE). Publicado 26/06/2018. Consultado 06/02/2020.

El consumo de otro tipo de productos como son los homeopáticos o los llamados naturales es minoritario, suponiendo un 0,7 y un 2% respectivamente. A pesar del bajo porcentaje, es de destacar que mayoritariamente son productos también utilizados por mujeres, en un 67 y 71% respectivamente sobre el total de consumo.

En resumen, la fotografía que nos presenta la Encuesta Nacional de Salud de España es la de una población con un consumo bastante alto de medicamentos, principalmente entre las mujeres, que más del 70% ha consumido algún medicamento en las dos semanas anteriores a la entrevista. La edad también es un factor que influye en el consumo, siendo mayor el consumo de las personas de mayor edad, y de las personas con estudios básicos o inferiores y menor poder adquisitivo. La mayor parte del consumo se basa en medicamentos prescritos por personal facultativo, aunque se observa un porcentaje mayor de consumo de productos no recetados entre las mujeres, los jóvenes y las personas de altos ingresos, siendo residual el consumo de productos homeopáticos o naturales. Destacar que los medicamentos para tratar el dolor son los más utilizados por la población, siendo el 30% de los mismos comprados sin receta médica.

3.2. Análisis exploratorio de la Encuesta sobre Percepción del Dolor IESA/CIS

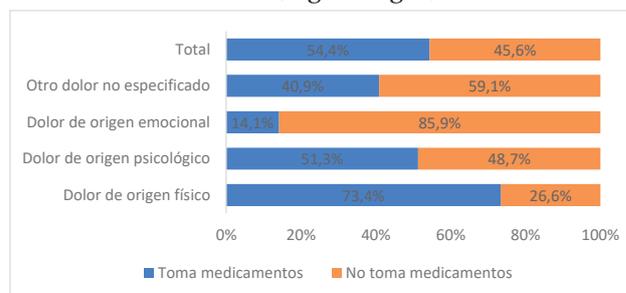
En el estudio sobre Percepción del Dolor el dato que se ha analizado es el de consumo de medicamentos para aquel dolor que las personas encuestadas han indicado que es o ha sido el más relevante de su historia personal, lo que no quiere decir que la persona no consuma medicamentos para otro tipo de patología.

En este estudio el 50,6% de las personas encuestadas indican consumir o haber consumido medicamentos para tratar de aliviar el dolor al que han hecho referencia como el dolor más importante de su historia vital. De estas, el 84,2% los ha consumido para tratar un dolor de origen físico, el 7,3% para tratar un dolor de origen emocional y el 6,3% para un dolor de origen psicológico.

Si tomamos cada tipo de dolor por separado se observa que cuando el dolor referido es de origen físico el 73,4% de los dolientes tomaron medicamentos para tratar de aliviarlo, frente al 51,3% de las personas que señalaron un dolor de origen psicológico, siendo

el dolor de origen emocional el menos medicalizado, consumiendo medicamentos sólo el 14,1% de aquellas personas que indican que este fue su dolor más relevante.

Figura 4. Consumo de medicamentos según tipo de dolor (según origen).



*No se han tenido en cuenta los valores perdidos (NS/NC/NP)

Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

Por otra parte, se ha realizado un análisis bivariado entre el consumo de medicamentos y las principales variables sociodemográficas y de caracterización del dolor recogidas en el cuestionario a través del contraste chi-cuadrado. Como se puede observar en la siguiente tabla, todas las variables incluidas resultan significativas, mostrando que de forma general las mujeres consumen más medicamentos que los hombres para tratar su dolor, que la edad también es un factor que influye en el consumo y observándose que a mayor edad mayor es la diferencia en el porcentaje de consumo de medicamentos para el dolor. Estos datos van en la misma línea que los reportados para el consumo de medicamentos en general que muestra la ENSE-2017. Tener estudios primarios o inferiores también está relacionado con un mayor consumo de medicamentos para aliviar el dolor, así como estar viudo/a o casado/a. En cuanto a la autopercepción del estado de salud, las personas que indican que esta es mala o muy mala consumen en mayor medida medicamentos. Las variables que indagaban sobre las características del dolor padecido, como la frecuencia, el tiempo que lleva sufriendo dicho padecimiento y la intensidad, muestran una relación positiva con el consumo de medicamentos, es decir, que, a mayor frecuencia, mayor tiempo de padecimiento y mayor intensidad, mayor consumo.

Tabla 2. Consumo de medicamentos según variables sociodemográficas y de dolor.

		Toma medicamentos para calmar el dolor más relevante		
		Sí	No	Total
Sexo de la persona entrevistada	Hombre	44,6%	51,3%	47,7%
	Mujer	55,4%	48,7%	52,3%
				Sig 0,001
Grupos de edad	De 18 a 29	11,5%	20,0%	15,4%
	De 30 a 45	28,8%	31,6%	30,1%
	De 46 a 65	35,7%	30,1%	33,1%
	66 o más	24,0%	18,3%	21,4%
				Sig 0,000
Nivel de estudios alcanzado	Sin estudios	8,3%	6,5%	7,5%
	Primarios	19,8%	13,5%	16,9%
	Secundarios	51,5%	55,2%	53,2%
	Universitarios	20,4%	24,8%	22,4%
				Sig 0,000
Estado civil	Casado/a o convive en pareja	58,1%	48,3%	53,7%
	Soltero/a	25,3%	36,4%	30,4%
	Viudo/a	9,3%	7,4%	8,4%
	Separado/a o Divorciado/a	7,2%	7,9%	7,5%
				Sig 0,000
Salud Percibida	Buena o muy buena	45,4%	67,9%	55,7%
	Normal	36,9%	27,3%	32,5%
	Mala o muy mala	17,7%	4,8%	11,8%
				Sig 0,000
Frecuencia de Dolor	Casi nunca	21,5%	40,1%	30,0%
	Algunas veces	39,4%	43,1%	41,1%
	Frecuentemente	39,1%	16,8%	29,0%
				0,000
Tiempo de Dolor	Menos de 1 mes	21,7%	21,0%	21,4%
	De 1 a 6 meses	10,3%	16,9%	13,3%
	De 6 meses a 1 año	7,1%	9,6%	8,2%
	De 1 a 6 años	25,8%	28,9%	27,2%
	Más de 6 años	35,1%	23,6%	29,9%
				Sig 0,000
Intensidad del Dolor (escala 1-10)	1	1,0%	0,9%	0,9%
	2	1,0%	1,8%	1,4%
	3	1,9%	4,4%	3,0%
	4	4,4%	4,5%	4,5%
	5	10,5%	11,5%	10,9%
	6	12,8%	12,5%	12,7%
	7	20,4%	15,0%	18,0%
	8	21,6%	22,5%	22,0%
	9	11,2%	10,3%	10,8%
	10	15,1%	16,8%	15,8%
				Sig 0,002

* Se ha realizado el contraste Chi-cuadrado de Pearson y se ha indicado el valor de significación asintótica bilateral.

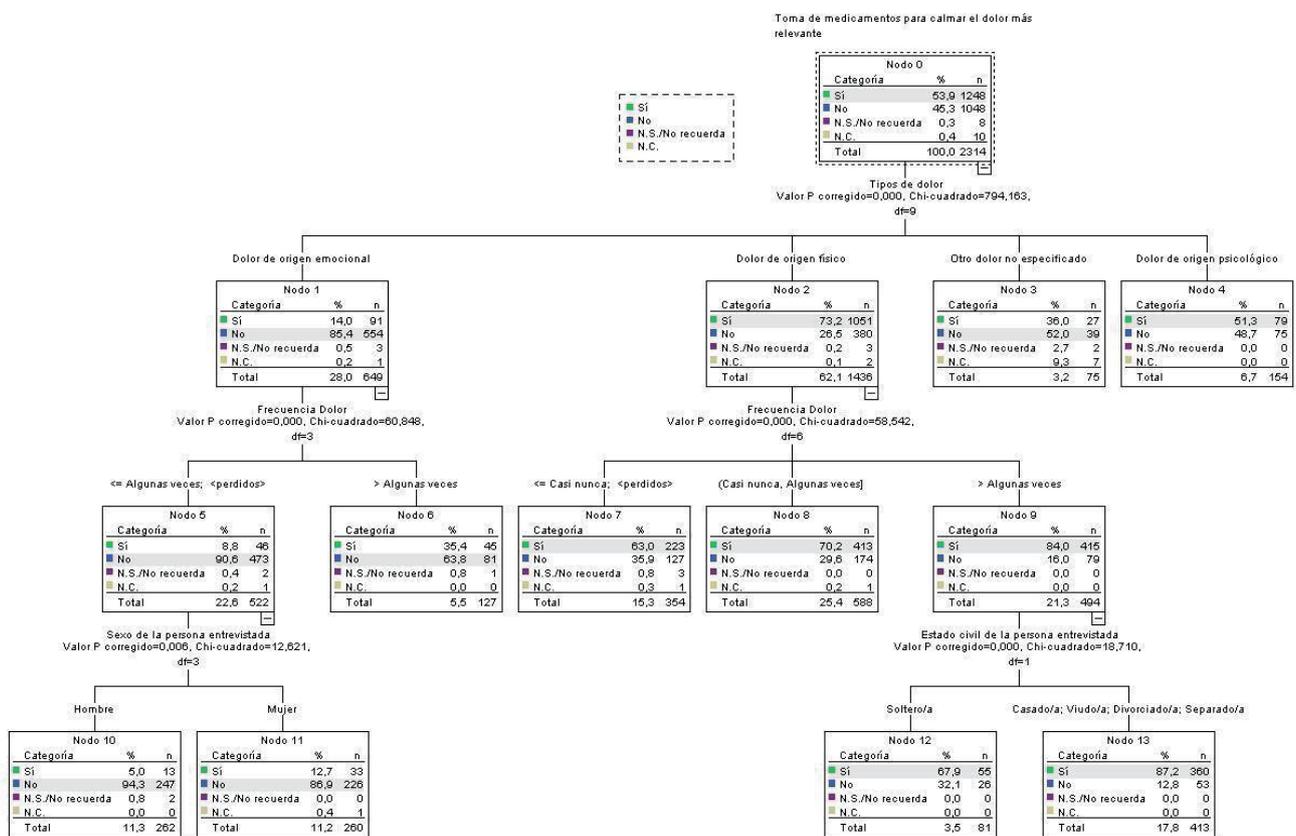
Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

De forma bivariada, por tanto, conocemos la relación entre el consumo de medicamentos y diferentes características de la población, pero no así cuál es la más influyente o cómo se relacionan con el consumo de medicamentos. Para indagar en ello se ha realizado un análisis de segmentación jerárquica, en el que se observa que la variable que tiene mayor poder discriminante para explicar el consumo de medicamentos es el tipo de dolor que se ha padecido. Según esta variable se crean cuatro grupos (dolor de origen físico, de origen psicológico, emocional y no especificado). Tanto para aquellos dolores no especificados como para el dolor de origen psicológico no existen variables posteriores que indiquen cambios importantes. Las personas con dolor de origen psicológico se medican algo más de la mitad (un 51,3%). Son personas que tienen ansiedad, depresión, estrés, y que han indicado que ello les causa un dolor que ha sido o es el más relevante de su historia personal. Es por tanto un padecimiento cuya probabilidad de ser tratado con ayuda farmacológica es casi igual a la de no serlo.

Las personas que sufren dolor de origen físico son las que más consumen medicamentos, con un porcentaje general del 73%, que cambia según la frecuencia con que se produzca dicho dolor, aumentando la utilización de medicamentos cuanto más frecuente es el dolor y, en este último caso, el mayor consumo se produce entre las personas que indican estar en un estado civil diferente de soltero/a.

El dolor emocional como se ha indicado anteriormente es el menos medicado en todos los grupos formados. Sólo el 14% de las personas que padecen este tipo de dolor utilizan un fármaco para aliviarlo. También aquí es la frecuencia del dolor lo que modifica el consumo, entre los que lo padecen poco (casi nunca) y el resto, con diferencias de más de 26 puntos porcentuales. Entre las personas que sufren dolor emocional esporádico, la variable que influye es el sexo, siendo las mujeres las que en mayor medida se medican, un 12,7% frente al 5,0% de los hombres con dolor emocional poco frecuente.

Figura 5. Análisis de segmentación jerárquica. Variable dependiente: consumo de medicamentos.



Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

En suma, que la variable que más discrimina cuando se pregunta por consumo de medicamentos es el tipo de dolor que se padece. De esta forma, el dolor menos medicado es el dolor de origen emocional, aunque también es el más intenso de los dolores evaluados, como puede observarse en la siguiente tabla en la que se realiza una comparación de medias entre los tipos de dolor y la intensidad que han indicado los entrevistados. Como se puede observar el dolor de origen emocional tiene una media en intensidad de dolor de 8,06 mientras que el dolor de origen físico tiene una media de 6,9, una diferencia importante y significativa.

Tabla 3. Análisis de comparación de medias entre tipos de dolor e intensidad de dolor (1-10).

Tipos de dolor	Media	N	Desviación estándar
Dolor de origen físico	6,9102	1426	1,98247
Dolor de origen psicológico	6,7533	150	2,27899
Dolor de origen emocional	8,0612	637	1,76024
Otro dolor no especificado	5,4364	55	2,52222
Total	7,1874	2268	2,04508

*No se han tenido en cuenta los valores perdidos (NS/NC/NP)

Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

Una vez que conocemos el perfil de los entrevistados que consumen más o menos medicamentos para su dolor más relevante, nos planteamos cuánto influye cada variable en dicho consumo. Para ello se ha realizado un análisis de regresión logística binaria, en la que consumir medicamentos es el valor 1 y no consumir medicamentos es el valor 0, analizando cuanto aumenta la probabilidad de consumir medicamentos para el dolor según distintas variables independientes. Se han incluido en el análisis todas las variables que a nivel bivariado mostraron ser significativas y el método de inclusión en la función de regresión ha sido el método hacia delante condicional, que ha realizado 6 interacciones hasta alcanzar la función óptima. Se presenta a continuación el resumen del procedimiento de selección de casos y de las variables que se han incluido en el modelo.

Tabla 4. Análisis de regresión. Resumen de procedimiento de casos.

	Casos sin ponderar	N	Porcentaje
		Incluido en el análisis	2125
Casos seleccionados	Casos perdidos	339	13,8
	Total	2464	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		2464	100,0

Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

Tabla 5. Análisis de regresión. Codificación de variables categóricas.

		Frecuencia	Codificación de parámetro			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Tiempo de Dolor	Menos 1 mes	453	1,000	,000	,000	,000
	De 1 y 6 meses	286	,000	1,000	,000	,000
	De 6 meses a 1 año	171	,000	,000	1,000	,000
	De 1 a 6 años	577	,000	,000	,000	1,000
	Más de 6 años	638	,000	,000	,000	,000
Tipos de dolor	Dolor de origen físico	1349	1,000	,000	,000	
	Dolor de origen psicológico	145	,000	1,000	,000	
	Dolor de origen emocional	595	,000	,000	1,000	
	Otro dolor no especificado	36	,000	,000	,000	
Grupos de edad	De 18 a 29	332	1,000	,000	,000	
	De 30 a 45	644	,000	1,000	,000	
	De 46 a 65	703	,000	,000	1,000	
	66 o más	446	,000	,000	,000	
Estado civil	Casado	1143	1,000	,000	,000	
	Soltero	649	,000	1,000	,000	
	Viudo	175	,000	,000	1,000	
	Separado/a o Divorciado/a	158	,000	,000	,000	
Estudios	Sin Estudios	146	1,000	,000	,000	
	Primarios	358	,000	1,000	,000	
	Secundarios	1140	,000	,000	1,000	
	Universitarios	481	,000	,000	,000	
Frecuencia Dolor	Casi nunca	601	1,000	,000		
	Algunas veces	886	,000	1,000		
	Frecuentemente	638	,000	,000		
Salud percibida	Buena o muy buena	1158	1,000	,000		
	Normal	712	,000	1,000		
	Mala o muy mala	255	,000	,000		
Sexo de la persona entrevistada	Hombre	1001	1,000			
	Mujer	1124	,000			

Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

El nuevo modelo pasa de clasificar bien al 55,2% de la población a clasificar al 75,8% de la misma, es decir, es un buen predictor del comportamiento de los ciudadanos sobre el consumo de medicamentos según las características sociodemográficas y las características del dolor que padece la persona, con un incremento sobre el modelo sin variables predictivas del 20,6%. Otros estadísticos que muestran la bondad del ajuste son la prueba de Hosmer y Lemeshow que da un valor de 0,324, y el valor del R² de Nagelkerke que indica que la varianza explicada es del 44,0%.

En cuanto a las variables que se incluyen en el modelo, en el paso 6 son:

- El tipo de dolor que resulta ser la variable con mayor valor de beta. La categoría que resulta significativa con respecto a la de referencia o control (dolor no especificado) es el dolor de origen emocional, con el Beta más alto y en negativo, es decir, cuando la persona ha tenido dolor de origen emocional la probabilidad de que haya consumido medicamentos es significativamente más baja.

- La variable grupo de edad es significativa, principalmente el grupo de jóvenes en comparación con la categoría de referencia que son las personas de 66 o más años. En este sentido ser joven supone menor probabilidad de consumo de medicamentos.
- En la frecuencia de dolor la categoría de control es frecuentemente, y todas las demás categorías son significativas respecto a la misma, con betas negativos, es decir, consumen significativamente menos medicamentos que las personas que tienen dolor frecuentemente.
- La variable intensidad del dolor es significativa y positiva, es decir, a mayor intensidad de dolor mayor probabilidad de consumo de medicamentos para tratar de paliarlo. Al ser una variable cuantitativa no se han tenido en

cuenta las categorías por lo que el valor beta es el incremento por cada unidad de aumento de la variable intensidad.

- En la variable salud percibida la categoría de control es una salud mala o muy mala resultando el resto de categorías significativas respecto a esta y con betas negativos. Así, tener salud buena o muy buena disminuye la probabilidad de consumir medicamentos.
- Por último, la variable sexo de la persona entrevistada también resulta significativa, siendo la categoría de referencia mujer, de forma que ser hombre supone menor probabilidad de consumir medicamentos.

Quedan fuera de la ecuación el tiempo de dolor, el nivel educativo y el estado civil.

Tabla 6. Análisis de regresión. Variables en la ecuación.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 6 ^f								
Tipos de Dolor (No especificado)			439,795	3	,000			
Or. físico(1)	,098	,366	,071	1	,790	1,103	,538	2,260
Or. psicológico(2)	-,896	,405	4,897	1	,027	,408	,185	,903
Or. emocional(3)	-3,116	,390	63,870	1	,000	,044	,021	,095
Grupos edad (66 o más)			13,488	3	,004			
De 18 a 29(1)	-,457	,188	5,926	1	,015	,633	,438	,915
De 30 a 45 años(2)	-,095	,163	,344	1	,557	,909	,661	1,250
De 46 a 65(3)	,153	,158	,940	1	,332	1,165	,855	1,587
Frecuencia Dolor (Frecuentemente)			13,283	2	,001			
Casi nunca(1)	-,577	,162	12,697	1	,000	,561	,409	,771
Algunas veces(2)	-,410	,143	8,179	1	,004	,664	,501	,879
Intensidad Dolor			48,244	1	,000	1,216	1,151	1,285
Salud Percibida (Mala o muy mala)			36,838	2	,000			
Buena o muy buena(1)	-1,352	,231	34,121	1	,000	,259	,164	,407
Normal(2)	-,955	,230	17,312	1	,000	,385	,245	,603
Sexo: Mujer(1)			10,688	1	,001	,692	,555	,863
Constante	1,286	,465	7,632	1	,006	3,617		

Fuente: Encuesta sobre Percepción Social del Dolor. IESA/CSIC y CIS 2016. Elaboración propia.

4. CONCLUSIONES

La analgesia, desde su origen, ha cambiado para siempre la relación de los seres humanos con respecto al dolor. Aunque también existen otras técnicas o productos que se utilizan en sustitución o colaboración con los medicamentos (productos naturales y homeopáticos, ejercicio, dieta, relajación, etc.), su uso es mucho menor que el de los analgésicos, principalmente prescritos por personal facultativo, aunque también en más ocasiones de las razonables, autoadministrados.

En este artículo nos preguntábamos, ¿qué influye en que las personas consuman medicamentos para tratar su dolor o no los consuman? Para ello, en primer lugar, hemos mostrado con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, que el porcentaje de personas que han consumido medicamentos en las dos semanas de referencia es muy amplio, aumentando entre las mujeres, personas de mayor edad y con estudios básicos o inferiores y menor poder adquisitivo, siendo los medicamentos para el dolor los más utilizados. En segundo lugar hemos analizado la Encuesta sobre Percepción del Dolor y hemos encontrado que las variables que más influyen en el consumo de medicamentos son el tipo de dolor (consumiendo más las personas con dolor de tipo físico), la edad (a mayor edad mayor consumo), la frecuencia e intensidad del dolor (a mayor frecuencia e intensidad mayor consumo), la salud percibida (mayor consumo de los que perciben su salud como mala o muy mala) y el sexo (siendo las mujeres las que más consumen medicamentos).

Ambos estudios se complementan, mostrando perfiles muy parecidos, pero con matizaciones propias de las características de los estudios presentados. Así, en la segunda encuesta las características que más influye en el consumo de medicamentos es el tipo de dolor según su origen, mostrando que el dolor menos medicado es el de origen emocional. Lo cual resulta paradójico por cuanto es el dolor que presenta una mayor intensidad. Nuestra hipótesis es que esto se debe a que no hay una cultura, ni popular ni médica, hacia el alivio del dolor emocional a través de fármacos. Tanto desde el punto de vista de los propios dolientes (que no se automedican y/o no acuden al médico para solicitar medicación), como desde el punto de vista de los facultativos, este dolor es obviado a la hora de realizar una prescripción analgésica. Parece que este dolor deba sufrirse, a pesar de su intensidad.

También son variables que influyen en el consumo de medicamentos la edad, el sexo, la salud percibida y la frecuencia e intensidad del dolor padecido.

El dolor de origen físico es el más relevante de entre todos los experimentados por los ciudadanos, el que mayor frecuencia presenta y el más medicado. El dolor de origen emocional es el segundo en cuanto a personas que lo padecen, pero el último en cuanto a la mediación del mismo, al tiempo que es el que presenta mayor intensidad. En cuanto al dolor de origen psicológico es el menos frecuente y, sin embargo, está algo más medicado que el de origen emocional. Así, mientras que estudios neuronales indican que los mecanismos físicos neuronales que explican el dolor son similares entre el dolor físico y el emocional (Grande-García, 2009), a la hora de analizar sus características sociales encontramos diferencias (Biedma-Velázquez *et al.*, 2018) que indican que los componentes sociales son una parte importante poco estudiada del dolor, la medicación del mismo y de los diferentes elementos que están presentes en este fenómeno.

En cuanto a la variable sexo en el análisis del dolor, se confirma lo visto en numerosos estudios: mayor nivel de dolor en las mujeres (Jiménez Santiago & Bautista Sánchez, 2014; Gutiérrez Lombana & Gutiérrez Vidal, 2012). De hecho, estas refieren dolor con mayor intensidad, frecuencia y duración, así como mayor número de dolores (Keogh *et al.*, 2005; Stubbs *et al.*, 2010) y, también, una mayor medicalización de su dolor (Ruiz-Cantero *et al.*, 2020). Aun así, la influencia de esta característica es menor que la del resto de variables, como se ha observado en el análisis de regresión ($\exp \beta$), no obstante, se confirma que es un indicador a tener en cuenta puesto que ser mujer influye en un mayor consumo de medicamentos, con independencia del resto de variables. Otros estudios han mostrado también la influencia del sexo, la edad, el nivel formativo y la ocupación en relación con el dolor (Herrera Silva *et al.*, 2012; Klungel *et al.*, 1998) y con el consumo de medicamentos (Carrasco-Garrido *et al.*, 2008; Bjerrum *et al.*, 1998). La salud percibida es un excelente indicador de salud, y en nuestro estudio contribuye a conocer la probabilidad de consumir medicamentos para el dolor. En este sentido, mujer y peor percepción de salud también vienen de la mano, y supone un aumento de los tratamientos farmacológicos, influyendo en lo que se ha venido en llamar el “sesgo

de género” que relaciona el número de medicamentos y fármacos utilizados, junto con una peor calidad de los mismos (Sanfélix Genovés *et al.*, 2002). Si tenemos en cuenta que las mujeres sufren dolor emocional en mayor medida que los hombres, y que este dolor es de difícil prescripción, podemos suponer que las mujeres sufren dolor emocional sin medicar, o con mediaciones con bajo valor terapéutico (Sanfélix Genovés *et al.*, 2002) de forma más habitual que los hombres. Además, los dolores sufridos mayoritariamente por mujeres suelen ser ilegítimos y/o ocultos (Pujal i Llobart & Mora, 2014), lo que supone mayor vulnerabilidad de estos padecimientos.

En este trabajo hemos tratado de abordar el dolor desde una visión multidimensional e intersubjetiva, donde el propio individuo indica cuál es su dolor y cómo lo trata, asumiendo que el dolor tiene muchas caras y múltiples orígenes, que en ocasiones se solapan y confunden. Todo ello hace que el estudio del dolor sea altamente complejo y que requiera de acercamientos multidimensionales y transdisciplinares que pongan el punto de mira en diferentes elementos del fenómeno doloroso, por cuanto las propias creencias y expectativas sobre el dolor pueden modificar su umbral de tolerancia (Astudillo *et al.*, 1999), influye en la forma de concebir el dolor y en la forma de paliarlo (Moscoso, 2013), e incluso puede afectar a las políticas sanitarias que se ponen en marcha respecto a fenómenos con un alto padecimiento (Biedma Velázquez *et al.*, 2010).

Desde nuestra perspectiva, no basta con saber que las mujeres tienen una peor percepción de salud, o mayor número de enfermedades que cursan con dolor para explicar su mayor consumo de medicamentos respecto a los hombres. Esta información es muy relevante, pero necesita ser ampliada con otros elementos como por ejemplo el tipo de dolor que padecen según origen. Las mujeres sufren dolor emocional en mayor proporción que los hombres, y este es de gran intensidad y poco medicado, lo cual nos lleva a la paradoja de saber que en general las mujeres consumen mayor cantidad de medicamentos, pero justo en el caso del dolor emocional se produce el efecto contrario y viven este dolor (mayoritario en ellas) sin ayuda farmacológica. En este sentido, el estudio del dolor desde una perspectiva social, puede ayudar a conocer algo más sobre los elementos que están detrás del comportamiento de la población en el consumo de medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astudillo, W., Mendinueta, C., & Astudillo, E. (1999). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 29-40. Disponible en https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/El-dolor-total-1999_01_06.pdf
- Averbuch, M., & Katzper, M. (2000). A Search for Sex Differences in Response to Analgesia. *Archives of Internal Medicine*, 160(22), 3424-3428. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.22.3424>
- Biedma Velázquez, L., García de Diego, J. M., & Serrano del Rosal, R. (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), 3-15. [https://doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70002-1)
- Biedma Velázquez, L., García Rodríguez, M. I., & Serrano del Rosal, R. (2019). *Percepciones sociales del dolor*. CIS. Disponible en https://libreria.cis.es/static/pdf/OA77_Percepciones_Sociales_del_Dolor_acc_E1BBgT3.pdf
- 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>
- Bjerrum, L., Søgaard, J., Hallas, J., & Kragstrup, J. (1998). Polypharmacy: Correlations with sex, age and drug regimen. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 54(3), 197-202. <https://doi.org/10.1007/s002280050445>
- Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor. El aporte de David Le Breton. *Acta bioethica*, VI(1), 103-111. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100008>
- Cabo-Meseguer, A., Cerdá-Olmedo, G., & Trillo-Mata, J. L. (2017). Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica (English Edition)*, 149(10), 441-448. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2017.10.011>
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Barrera, V. H., & Gil de Miguel, A. (2008). Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(2), 193-199. <https://doi.org/10.1002/pds.1455>
- Chang, L., Mayer, E. A., Labus, J. S., Schmulson, M., Lee, O. Y., Olivas, T. I., Stains, J., & Naliboff, B. D. (2006). Effect of sex on perception of rectosigmoid stimuli in irritable bowel syndrome. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 291(2), R277-R284. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00729.2005>
- Gallach -, E., Bermejo Martín, M. A., Robledo Algarra, R., Izquierdo Aguirre, R. M., & Canos Verdecho, M. A. (2020). Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27. <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3802/2020>
- García-Andreu, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*, 29(Supl.1), 77-85. ISSN 2448-8771

- García-Esquinas, E., Rodríguez-Sánchez, I., Ortolá, R., Lopez-García, E., Caballero, F. F., Rodríguez-Mañas, L., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2019). Gender Differences in Pain Risk in Old Age: Magnitude and Contributors. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(9), 1707-1717. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.03.034>
- González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6, 422-427. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600004&lng=es&tlng=es.
- Grande-García, I. (2009). Neurociencia Social: El maridaje entre la psicología social y las neurociencias cognitivas. Revisión e introducción a una nueva disciplina. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 25(1), 1-20. Disponible en <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71441>
- Greenspan, J. D., Craft, R. M., LeResche, L., Arendt-Nielsen, L., Berkley, K. J., Fillingim, R. B., Gold, M. S., Holdcroft, A., Lautenbacher, S., Mayer, E. A., Mogil, J. S., Murphy, A. Z., & Traub, R. J. (2007). Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 132(Supplement 1), S26-S45. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.014>
- Gutiérrez Lombana, W., & Gutiérrez Vidal, S. E. (2012). Diferencias de sexo en el dolor. Una aproximación a la clínica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.05.007>
- Herrera Silva, J., Rodríguez Matallana, J., Contreras de la Fuente, D., Torre Liébanas, R. de la, Gómez Armenta, F., Linares del Río, F., López Moraleda, I., Neira Reina, F., Rodríguez López, M., Rodríguez de la Torre, R., Rubio Andrada, A., & Ruiz Ortiz, S. (2012). Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(5), 239-251. ISSN 1134-8046
- Human Right Watch. (2019). *World Report 2019*. www.hrw.org
- Jiménez Santiago, A., & Bautista Sánchez, S. (2014). Experiencia diferencial del dolor según género, edad, adscripción religiosa y pertenencia étnica. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(3), 49-55.
- Keogh, E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain*, 114(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.009>
- Kirmayer, L. J. (2008). Culture and the Metaphoric Mediation of Pain. *Transcultural Psychiatry*, 45(2), 318-338. <https://doi.org/10.1177/1363461508089769>
- Klungel, O. H., de Boer, A., Paes, A. H., Seidell, J. C., & Bakker, A. (1998). Sex differences in antihypertensive drug use: Determinants of the choice of medication for hypertension. *Journal of Hypertension*, 16(10), 1545-1553. <https://doi.org/10.1097/00004872-199816100-00021>
- Krikorian, A., Jairo, J., & Vélez, M. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2), 245-256. <https://doi.org/10.5209/PSIC>
- Lavielle, P., Clark, P., Martínez, H., Mercado, F., & Ryan, G. (2008). Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública de México*, 50(2), 147-154. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000200008>
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Seix Barral. ISBN 84-322-0833-7
- Liu, G. G., & Christensen, D. B. (2002). The continuing challenge of inappropriate prescribing in the elderly: An update of the evidence. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, D.C.: 1996)*, 42(6), 847-857. <https://doi.org/10.1331/108658002762063682>
- Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: Emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(7), 353-365. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0310-6>
- Mora, E., Pujal i Llombart, M., & Albertín, P. (2017). Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor cronicado. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 058. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.60>
- Morselli, E., Frank, A. P., Santos, R. S., Fátima, L. A., Palmer, B. F., & Clegg, D. J. (2016). Sex and Gender: Critical Variables in Pre-Clinical and Clinical Medical Research. *Cell Metabolism*, 24(2), 203-209. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.07.017>
- Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 170-176. <https://doi.org/10.7440/res47.2013.13>
- Navarro Vargas, J. R., & Caminos Pinzón, J. E. (2013). El laberinto del dolor y la necesidad de impulsar la investigación básica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.12.001>
- Onder, G., Landi, F., Cesari, M., Gambassi, G., Carbonin, P., & Bernabei, R. (2003). Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: Results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(2), 157-162. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0600-8>
- Oscanoa, T. J. (2005). Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(1), 43-52. <https://doi.org/10.15381/anales.v66i1.1347>
- Pud, D., Yarnitsky, D., Sprecher, E., Rogowski, Z., Adler, R., & Eisenberg, E. (2006). Can personality traits and gender predict the response to morphine? An experimental cold pain study. *European Journal of Pain (London, England)*, 10(2), 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.010>
- Pujal i Llombart, M., & Mora, E. (2014). Dolor, trabajo y su diagnóstico psicosocial de género. Un ejemplo. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1181-1193. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY12-4.dtyd>
- 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., & 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.0000000000001939>

- Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2014). The Role of Sex/Gender in the Experience of Pain: Resilience, Fear, and Acceptance as Central Variables in the Adjustment of Men and Women With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 15(6), 608-618.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.02.006>
- Redondo Delgado, M., & León Mateos, L. (2014). *El dolor*. Grupo 5. ISBN 9788494257988
- Rivera Triana, D., & Castro Moreno, C. (2019). Caracterización del empleo ambulatorio de antiinflamatorios no esteroides y analgésicos en una población de pacientes de la consulta externa. *Dolor: Investigación, clínica & terapéutica*, 34(1), 5-13. ISSN 0214-0659
- Romberg, R., Olofsen, E., Sarton, E., den Hartigh, J., Taschner, P. E. M., & Dahan, A. (2004). Pharmacokinetic-Pharmacodynamic Modeling of Morphine-6-glucuronide-induced Analgesia in Healthy Volunteers. *Anesthesiology*, 100(1), 120-133. <https://doi.org/10.1097/00000542-200401000-00021>
- Ruiz-Cantero, M. T., Blasco-Blasco, M., Chilet-Rosell, E., & Peiro, A. M. (2020). Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: De la investigación a la atención sanitaria. *Farmacia Hospitalaria*, 44(3), 109-113. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11394>
- Ruiz-Cantero, M. T., Tomás-Aznar, C., Rodríguez-Jaume, M. J., Pérez-Sedeño, E., & Gasch-Gallén, Á. (2019). Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: Experiencias internacionales para reducir tiempos en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(5), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.03.010>
- Sánchez Aragon, R., Retana Franco, B. E., & Carrasco Chávez, E. (2008). Evaluación Psicológica del Entendimiento Emocional: Diferencias y Similitudes entre Hombres y Mujeres. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(26), 193-216. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459647347010>
- Sánchez Herrera, B. (2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(1), 32-41. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-599720030001000006&lng=en&tlng=es.
- Sánchez Núñez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés Rodríguez, J., & Latorre Postigo, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombre y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 455-474. ISSN-e 1696-2095
- Sanfélix Genovés, J., Palop Larrea, V., Pereiró Belenguer, I., & Martínez-Mir, I. (2002). Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Atención Primaria*, 30(3), 163-170. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78997-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78997-X)
- Sherman, J. J., & LeResche, L. (2006). Does experimental pain response vary across the menstrual cycle? A methodological review. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 291(2), R245-R256. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00920.2005>
- Silva Guachilema, D. R., Salazar Flores, J. C., Correa Michilena, J., & Villagomez Toral, J. S. (2019). Dismenorrea y endometriosis. Como aliviar el dolor y cuando preocuparse. *RECIAMUC*, 3(1), 78-94. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.78-94](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.78-94)
- Stubbs, D., Krebs, E., Bair, M., Damush, T., Wu, J., Sutherland, J., & Kroenke, K. (2010). Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine*, 11(2), 232-239. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00760.x>
- Torralba, A., Miquel, A., & Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: Iniciativa «Pain Proposal». *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 21(1), 16-22. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462014000100003>
- Turner, J. (2020, agosto 3). *El País*. <https://elpais.com/ciencia/2020-08-03/el-dolor-ya-no-es-lo-que-era.html>
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65(2-3), 123-167. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(95\)00214-6](https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00214-6)
- Zavarize, S. F., & Wechsler, S. M. (2016). Evaluación de las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento del dolor lumbar. *Acta Colombiana de Psicología*, 35-56. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.3>

NOTAS BIOGRÁFICAS

LOURDES BIEDMA VELÁZQUEZ

Técnico de investigación en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA,CSIC) trabajando principalmente en el área de sociología de la salud. Actualmente está centrada en el estudio de la percepción y legitimidad social del dolor.

M. ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ

Trabaja como técnica de investigación en el Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Es Doctora en Sociología por la Universidad de Granada. Ha impartido clases en diferentes Master oficiales y en cursos de especialización. Cuenta con numerosas publicaciones y contribuciones a congresos.

RAFAEL SERRANO DEL ROSAL

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 4 líneas de investigación, en concreto la dedicada a Identidad Social, Bienestar Subjetivo y Comportamiento Humano. Su trabajo e intereses científicos se centran en la Dimensión social de la salud.

