

ALGUNOS DATOS CLAVE DEL PROYECTO

1. DATOS DEL PROYECTO

IP 1 (Nombre y apellidos): Rafael Serrano del Rosal

TÍTULO DEL PROYECTO (ACRÓNIMO): El dolor en su contexto social (DOLSOC)

TITLE OF THE PROJECT (ACRONYM): Pain in its social context (DOLSOC)

2. JUSTIFICACIÓN Y NOVEDAD DE LA PROPUESTA

El **objetivo general de este proyecto** es analizar la influencia del contexto político, social y cultural en la percepción social del dolor de la población en diferentes países europeos. Se realizará por tanto una aproximación sociológica y comparada a la dimensión social del dolor.

2.1. Adecuación de la propuesta a las características y finalidad de la modalidad seleccionada

El proyecto que presentamos se enmarca en los objetivos de los Proyectos de Generación de Conocimiento del Programa Estatal para Impulsar la Investigación Científico-Técnica y su Transferencia del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2021-2023.

El proyecto se presenta en la modalidad de investigación no orientada, ya que su objetivo es avanzar en el conocimiento sobre el dolor desde una perspectiva sociológica, aportando conocimiento de base empírica a un programa de investigación que ha mostrado en proyectos anteriores ser consistente y relevante científicamente y que no posee un horizonte temporal determinado.

2.2. Justificación y contribución esperada del proyecto a la generación de conocimiento en la temática de la propuesta. Hipótesis de partida.

a) Motivación de la propuesta en el contexto del conocimiento científico actual

El dolor, sobre todo cuando se hace crónico, puede ser considerado una enfermedad en sí mismo y es ante todo 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, sobre la economía y el empleo (Langley et al., 2011) y sobre el gasto sanitario (Rodríguez & García, 2007), siendo la principal causa de consulta médica en atención primaria (Rivera Triana & Castro Moreno, 2019; Torralba et al., 2014).

La naturaleza del dolor y su estudio científico suponen tener en cuenta su complejidad y multidimensionalidad, y por tanto los elementos anatómicos y fisiológicos del dolor junto con los elementos psicológicos, sociales y culturales del mismo (Kirmayer, 2008; Lavielle et al., 2008). Además, el dolor como objeto de estudio ha de situarse en un momento histórico (Moscoso, 2013), ya que en diferentes momentos y lugares ha sido interpretado de formas diferentes. Así, aunque el origen de la interpretación científica del dolor se basó principalmente en el modelo biomédico, hoy se asume que el modelo biopsicosocial es el más adecuado para interpretar y analizar este complejo fenómeno. En este sentido se posiciona la propia Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) al definir el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”* (Raja et al., 2020). La definición asume que el dolor es una experiencia y, por tanto, es tanto subjetiva y personal como intersubjetiva y social. Dicha experiencia se asocia tanto a factores de naturaleza biomédica como a otros que sin serlo se perciben o manifiestan como tal. La integración de aquellas cuestiones que trascienden a lo estrictamente biomédico es lo que hace principalmente que dicha definición se pueda encuadrar en la perspectiva biopsicosocial del dolor, que es la perspectiva desde la que este grupo de investigación aborda el análisis de la salud en general y del dolor en particular. De esta forma, entendemos que el dolor, de forma similar a la enfermedad, es un concepto afectado socialmente (toda experiencia humana se modela socialmente) sobre el que se generan, por ejemplo, roles y expectativas de cómo debemos comportarnos.

En este sentido el dolor, al igual que cualquier otra práctica humana es una experiencia social, interpretada en un contexto, una cultura y un momento determinado. Así, y aunque el dolor tiene un carácter universal, y prácticamente toda la población lo sufre o ha sufrido en algún momento de su vida, la experiencia del mismo va a estar modelada por la estructura social reproduciéndose desigualdades sociales (Zajacova et al., 2021) al igual que en el resto de situaciones o contextos socio sanitarios.

En el dolor no existe algo parecido a un “termómetro” o instrumento o prueba que nos permita realizar comparaciones objetivas y conocer el nivel o la forma en que lo padecen los demás (Turner, 2020), debido a su naturaleza individual y subjetiva. De hecho, la forma en la que una persona evalúa su propio

dolor, el significado personal y social que le confiere afecta al propio dolor, a la forma de vivirlo, a las expectativas sobre su duración y a la forma de afrontarlo (Jensen et al., 1991). No obstante, a pesar de su naturaleza subjetiva, la sociedad en su conjunto reconoce y entiende el dolor ajeno, es una experiencia de naturaleza intersubjetiva, compartida por las personas en un mismo contexto social (Bustos Domínguez, 2000; Le Breton, 1999), una experiencia canalizada por valores sociales y culturales. Sin embargo, poco se ha profundizado en aquellos elementos del dolor que no tienen tanto que ver con la propia experiencia de dolor como con la forma en que se vive, lo que afecta a la vida cotidiana, las expectativas sobre el dolor, la empatía que se siente por el dolor ajeno, los estereotipos y prejuicios que sobre diferentes tipos de dolor existen, o la legitimidad que sentimos o no cuando se padece dolor. Profundizar empíricamente en estos aspectos es tan importante como medir la frecuencia o intensidad del dolor, por cuanto coadyuvan en la vivencia del mismo.

Conocer y cuantificar la dimensión social del dolor puede ser una herramienta muy útil para mejorar la vida cotidiana de las personas. La importancia de conocer la forma en que las personas interpretan el dolor propio y ajeno estriba en que la forma en que percibimos un hecho influye en la forma de comportarnos ante él. El dolor, primera causa de consulta sanitaria, está influido por las expectativas que se tengan sobre el hecho doloroso, tanto desde el punto de vista del paciente que acude con dolor a la consulta, como desde el punto de vista del personal sanitario que atiende a la persona con dolor, como desde el punto de vista social que legitima o no dicho dolor. Dichas interpretaciones del dolor influirán en el diagnóstico, pronóstico y afrontamiento de la experiencia dolorosa. Se ilustra claramente con un ejemplo paradigmático como es el caso de la fibromialgia, que ha necesitado de una larga historia de “enfermedad somática” y que, al recibir un nombre, un diagnóstico, un reconocimiento de los sistemas expertos deja de estar en el imaginario del sufriente para ser algo “real”, al menos en parte, una enfermedad legitimada por la medicina (Rivera, 2004; White et al., 1999).

El contexto es, por tanto, fundamental para entender el dolor. Como seres sociales que somos, imbuidos en una sociedad con valores y normas culturales, percibimos el mundo en comparación, en contexto con los demás y, desde este posicionamiento es desde el que abordamos el estudio del dolor. Aunque fenómeno universal, encontraremos importantes diferencias en la percepción, expresión y tolerancia al dolor, debidas en buena parte a las diferentes características psicológicas y sociales de la población (Miller y Newton, 2006). El contexto social da significado al dolor y forma parte del mismo, a pesar de lo cual son pocos los estudios que analizan dicho contexto en relación al fenómeno doloroso. Esta falta de atención al contexto social del dolor se debe en parte a las dificultades para analizarlo (Morris, 1991), lo que no obvia su importancia.

b) Objetivos ya alcanzados con proyectos previos

El proyecto no parte de cero, bien al contrario, forma parte de un programa de investigación que ha ido acumulando conocimiento y resultados de estudios previos y que con este trata de seguir avanzando en el conocimiento de la dimensión social del dolor. Para entender las aportaciones del nuevo proyecto debemos esbozar los principales hitos encontrados en la investigación previa de este grupo de investigación.

El origen del estudio de la dimensión social del dolor por este grupo de investigación comienza en el año 2009 con el análisis de una política pública sanitaria como fue la extensión /universalización de la anestesia epidural en las mujeres que habían dado a luz en un hospital andaluz y cuyos resultados fueron publicados en la Revista Española del Dolor (Biedma Velázquez et al., 2010), en Gaceta Sanitaria (García-de-Diego y Serrano-del-Rosal, 2019) y en dos capítulos de libro, en Springer e InTech (García-de-Diego et al., 2015; Serrano-del-Rosal et al., 2012) y que formó parte de la tesis doctoral de García-De-Diego. En estos primeros trabajos analizábamos un dolor, no constitutivo de enfermedad (el derivado del trabajo de parto) en el que las variables sociales y demográficas explicaban parte del comportamiento de las mujeres en relación al afrontamiento del mismo y la utilización de la anestesia epidural.

Con el objetivo de profundizar en las influencias del entorno social y cultural sobre las diferentes formas de vivir, interpretar y abordar el dolor durante el trabajo de parto, solicitamos un proyecto RETOS en la convocatoria 2014 que se centraba en la “Percepción y los discursos sociales del dolor en el trabajo de parto” (Ref CCO2014-55586-R), con el que, a través de técnicas de investigación cualitativas, se analizaron los discursos de las mujeres en su proceso de parto así como su vivencia del dolor. Se observó que el parto es un proceso que debe tener sentido, y el dolor forma parte de este sentido, que es diferente según el perfil de las mujeres. Los principales resultados de esta investigación fueron plasmados en diferentes publicaciones (García Rodríguez et al., 2021; García-Rodríguez et al., 2019).

Paralelamente, abrimos otra vía de investigación del dolor, en este caso en procesos dolorosos que son constitutivos de enfermedad, dolor de ATM (articulación temporomandibular) gracias a la colaboración con el Dr. Blanco Hungría, analizando la importancia de las variables sociodemográficas en el dolor orofacial de pacientes clínicos, que se plasmó en las siguientes publicaciones (Blanco-Aguilera et al., 2014, 2017; Blanco-Hungría et al., 2016). Todo lo estudiado nos motivó a plantear un estudio más amplio y sin referentes en la literatura sociológica sobre la dimensión social del dolor, indagando sobre cómo la población general española percibe tanto el dolor propio como el ajeno y, de este interés surge el proyecto “Percepciones Sociales del Dolor” (E-3137) que en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas tuvimos la oportunidad de realizar tras ganar competitivamente la convocatoria de módulo de encuestas que anualmente realiza el CIS. Los resultados fueron publicados (Biedma Velázquez et al., 2019) en la monografía del CIS Opiniones y Actitudes que puede consultarse en el siguiente enlace (https://libreria.cis.es/static/pdf/OA77_Percepciones_Sociales_del_Dolor_acc_E1BBgT3.pdf).

Este estudio arrojó interesantes conclusiones sobre la perspectiva social del fenómeno doloroso. Entre otros, se observó que el concepto de dolor, a pesar de ser de uso común, refiere una situación altamente compleja, a la que los ciudadanos le dieron muchos calificativos diferentes. Encontramos que las sensaciones que lo producía también eran diversas y no respondían a un patrón claramente definido. Uno de los hallazgos que más interés nos suscitó y que llevó a diferentes publicaciones posteriores (Biedma-Velázquez et al., 2018) fue la clasificación del dolor atendiendo a su origen, y que supuso un elemento esencial para el análisis de las diferencias encontradas en las percepciones que sobre el dolor tienen los ciudadanos. De hecho, fue muy relevante para analizar los procesos de legitimidad social que se producen en torno al dolor, ya que se observó que no todos los tipos de dolor generan la misma empatía social, apoyo y/o comprensión. De hecho, constatamos la existencia de una jerarquía del dolor que no es de origen fisiológico sino social. Con lo puesto de manifiesto teníamos los mimbres necesarios para solicitar un nuevo proyecto RETOS en la convocatoria de 2018, en este caso sobre “Legitimidad social del dolor: un elemento clave de su dimensión social (LEGIPAIN)” (RTI2018-099483-B-100) con el que hemos podido preguntarnos sobre el origen de la legitimidad social del dolor, analizando las diferencias entre distintos colectivos y entre diferentes enfermedades y situaciones sociales.

En el marco de este proyecto se ha realizado también un protocolo de revisión sistemática del concepto legitimidad del dolor. Ello no estaba previsto en la memoria del proyecto de investigación, pero nos ha permitido avanzar en el análisis sistemático de lo publicado a nivel internacional en español e inglés sobre la legitimidad del dolor o cuestiones anejas. El protocolo de revisión sistemática fue registrado en PROSPERO (una base internacional de revisiones sistemáticas registradas) y ha sido recientemente publicado (Serrano-Gemes et al., 2022).

Por su parte el análisis de la muy extensa producción de información de origen cualitativo y cualitativo que sustenta el proyecto nos ha llevado a alcanzar múltiples conclusiones de las que quisiéramos destacar algunas por su importancia para el nuevo proyecto: la existencia de una clara diferencia entre los discursos sociales (analizados a través de grupos de discusión) y las experiencias personales (analizadas a través de entrevistas a personas con algún tipo de dolor). Que el dolor es un fenómeno socialmente situado, sólo se entiende en el marco de las relaciones sociales y que está profundamente deslegitimado principalmente cuando rompe el orden social. Y que socialmente se implementa una jerarquización social del dolor (Biedma-Velázquez, García-Rodríguez, García-González, et al., 2022). En este sentido también se observó que el dolor más intenso es aquel que se deriva de una situación emocional adversa, paradójicamente, el dolor que recibe menor atención sanitaria y consume menos medicamentos para paliarlo (Biedma-Velázquez, García-Rodríguez, & Serrano-del-Rosal, 2022).

c) Novedad de la contribución al ámbito temático en el que se enmarca

Con este nuevo proyecto queremos dar un paso más y analizar si las características estructurales de las diferentes sociedades de nuestro entorno influyen también en la percepción social del dolor. He aquí la principal novedad y contribución del proyecto, realizar un análisis comparativo de diferentes países del entorno europeo que nos permita conocer si existen elementos de la estructura social de cada país que expliquen, al menos en parte, las diferencias en la percepción social del dolor.

Existen pocos estudios comparados internacionalmente sobre el dolor, y son inexistentes en relación a su dimensión social a pesar de que el paradigma que orienta la investigación en salud en la actualidad en los países más desarrollados es el biopsicosocial. Los datos de contexto indican que 1 de cada 5 ciudadanos en Europa sufre dolor crónico (según el Informe de Pain Alliance Europe 2017), afectando el mismo a 95 millones de personas. En este mismo informe se analizan además las diferencias en el

tratamiento del dolor por países y se pone de manifiesto la necesidad de una investigación exhaustiva sobre estas discrepancias y los motivos que puedan estar detrás (Pain Alliance Europe, 2017).

A la hora de realizar este análisis comparativo uno de los elementos que debemos realizar es la selección de los países en los que se realizará el trabajo de campo y que serán objeto de investigación. Esta será una fase del propio proyecto, puesto que en base a diferencias objetivas se realizará un estudio empírico para establecer las características que han de tener los países a incluir en el estudio empírico. No obstante, aunque la selección se realizará como una fase del proyecto, a priori creemos que algunos de los criterios de selección que podrían utilizarse son:

- Tipos de sistema sanitario: Hemos observado que en las sociedades modernas (Beck, 1998) los sistemas expertos son los distribuidores de legitimidad formal, y es por esto, que a la hora de determinar qué países seleccionar para nuestro estudio quizás debemos hacerlo en base a los sistemas sanitarios que poseen, ya que son a priori fuente importante para la legitimidad experta y para la estructuración y prestación de servicios sanitarios. En este sentido la clasificación clásica establece dos grandes grupos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014): los sistemas de seguridad social (modelo Bismarck), y los sistemas nacionales de salud (modelo Beveridge).
- Diferencias en el modelo de estado de bienestar: Bajo el prisma de campo social (Bourdieu, 1978), el campo laboral es el más importante en la vida de los individuos que sufren dolor, debido a la influencia que este campo tiene en la vida de las personas y las interferencias que produce el dolor dentro de dicho ámbito, todo en el contexto de los Estados del bienestar. En este sentido también se tendrán en cuenta las diferentes clasificaciones de Estados del bienestar. Como se sabe hay diversas clasificaciones y múltiple literatura que será necesario analizar para establecer qué clasificación puede responder mejor a los intereses de nuestra investigación (Conde-Ruiz et al., 2007; Esping-Andersen, 1993; Moreno, 2009; Moreno & Sarasa, 1992).
- Diferentes regímenes de género: Las sociedades europeas presentan diferencias en cuanto a las relaciones de género derivadas de su tradición y cultura, avances en políticas públicas, inserción de las mujeres en el mercado laboral y tipos de organizaciones. La consecución de una sociedad con mayores niveles de igualdad de género no solo se traduce en logros objetivos (brecha salarial, segregación horizontal y vertical, existencia de una red de apoyo y cuidado a menores de edad y personas mayores) sino también cualitativos (uso del tiempo y distribución de roles y responsabilidades en la familia y en los espacios públicos) que se entrelazan creando condiciones de vulnerabilidad diferentes (Ackers 2006; Walby 2020). Hasta ahora no se ha estudiado la relación entre los regímenes de género y la manera en que se enfrentan al dolor mujeres y hombres, pero es posible que cuidados y valores influyeran en una percepción y actitud diferente.
- Motivaciones prácticas: Uno de los elementos que necesariamente tendremos en cuenta a la hora de seleccionar a los países a participar es la disponibilidad de datos de comparación, tanto en bases de datos de fuentes secundarias como la posibilidad de realizar trabajo de campo. De esta forma, cuando bajo otros criterios teóricos haya dos países que pudieran ser seleccionados se tendrá en cuenta la existencia de mayor cantidad de datos disponibles. En cuanto a los datos de fuentes secundarias se consultarán principalmente las bases de datos de Eurostat (The Statistic Office of the European Communities) y de ESS (European Statistic System): Database, la European Health Interview Survey (EHIS) y la Health variables of EU-SILC; las bases de datos de la OECD; Base de datos TRIS de la Comisión Europea; Eurobarómetro; Bases de datos del Banco Mundial; repositorios de bases de datos de Europa Press (EpData); diferentes encuestas internacionales como: la European Social Survey, World Values Survey, European Health Interview Survey, etc.
- Diferencias en otros criterios: Uno de los objetivos del proyecto es analizar si existen otros criterios, de tipo económico, político, cultural, religioso, de valores, que pueda influir en la diferente percepción del dolor por la población europea. Entre los objetivos del proyecto está realizar un análisis exhaustivo de las características que puedan influir en la percepción del dolor en base a los estudios previos realizados para tratar de tenerlas en cuenta a la hora de seleccionar los países participantes en el estudio y alcanzar la mayor diversidad posible.

d) Hipótesis de partida

El dolor como experiencia, a pesar de tener características a priori universales, derivadas fundamentalmente de la dimensión biológica del fenómeno, como mínimo está modulado socialmente, por lo que diferentes estructuras sociales, políticas y/o culturales generarán cambios en la percepción y vivencia del dolor entre los ciudadanos de diferentes países.

Nuestra **hipótesis** es que existen diferencias en la percepción social del dolor, y que estas diferencias responden a las características estructurales de cada entorno social.

La principal novedad de nuestra hipótesis es el análisis comparado de un elemento del dolor poco estudiado como es su dimensión social.

3. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

3.1. Objetivos generales y específicos

El **objetivo general** es analizar la influencia del contexto político, social y cultural en la percepción social del dolor en diferentes países europeos.

Los principales **temas** que se quieren analizar, y que articulan los **objetivos específicos**, son los siguientes:

a) Experiencia de dolor: queremos conocer la experiencia propia de dolor de la población en los diferentes países estudiados, en concreto: tipo de dolor principal que padecen, duración, intensidad, limitaciones en la vida diaria y sensaciones que provoca. Este tema se desarrollará con el siguiente objetivo:

Objetivo específico 1: Analizar la experiencia de dolor de la población en los diferentes países en los que se desarrolle la investigación, analizando las diferencias según variables sociodemográficas y contextuales. Los subobjetivos son: **1.1.** Analizar la experiencia de dolor actual, tipo de dolor, duración e intensidad en los diferentes países; **1.2.** Analizar las diferencias en la experiencia de dolor en diferentes países; **1.3.** Analizar las diferencias en la experiencia de dolor según variables sociodemográficas, con especial interés en las diferencias por sexo/género; **1.4.** Analizar las diferencias en la experiencia de dolor según las variables contextuales de los países estudiados o agrupación de los mismos según fuentes de datos secundarias.

b) Percepción social del dolor: queremos conocer las percepciones sociales y estereotipos que la población de los diferentes países tiene sobre el dolor, específicamente sobre los diferentes tipos de dolor según origen. Este tema se desarrollará a través del siguiente objetivo específico:

Objetivo específico 2: Analizar las percepciones que sobre el dolor tiene la población general en los diferentes países. Los subobjetivos son: **2.1.** Analizar las percepciones y estereotipos que sobre diferentes tipos de dolor se observan en la población general de los diferentes países; **2.2.** Analizar diferencias en las percepciones y estereotipos sobre el dolor en diferentes países; **2.3.** Comprobar si las diferentes percepciones y estereotipos son diferentes según variables sociodemográficas de la población investigada, con especial interés en las diferencias por sexo/género; **2.4.** Analizar las diferencias en las percepciones y estereotipos según las variables contextuales de los países estudiados o agrupación de los mismos.

c) Significados del dolor: queremos conocer los significados que la población otorga al dolor y las diferencias que se perciben entre los términos dolor y sufrimiento. Este tema se desarrollará con los siguientes objetivos:

Objetivo específico 3: Conocer los significados que la población otorga al dolor según el origen del dolor. Los subobjetivos son: **3.1.** Conocer el significado que la población otorga al dolor según origen del dolor, así como el significado que dan al sufrimiento; **3.2.** Analizar los significados del dolor y el sufrimiento en diferentes países; **3.3.** Analizar los diferentes significados del dolor según características sociodemográficas de las personas investigadas, con especial interés en las diferencias por sexo/género; **3.4.** Analizar las diferencias en los significados de dolor según las variables contextuales de los países estudiados.

d) Responsabilidad en el dolor: Observamos en estudios anteriores la importancia que el autocuidado de la salud tiene para las personas y la relación con la asunción de responsabilidad del propio dolor. Queremos indagar más en este sentido, analizando si esta percepción de responsabilidad es diferente según el país en el que se produce y por tanto si es un elemento cultural/local, o es algo universal. Los objetivos que sustentan este tema son:

Objetivo específico 4: Conocer el grado de responsabilidad que la población se otorga en su propia salud y dolor en diferentes países. Los subobjetivos son: **4.1.** Conocer el grado de responsabilidad que los ciudadanos tienen sobre su propia salud y su dolor; **4.2.** Conocer las diferencias por países en el grado

de responsabilidad del dolor propio; **4.3.** Conocer el grado de responsabilidad sobre su propio dolor según características sociodemográficas de las personas encuestadas, con especial interés en las diferencias sexo/género; **4.4.** Analizar las diferencias entre países en la responsabilidad sobre el propio dolor según las variables contextuales.

e) Jerarquía del dolor: nos interesa ahondar en el estudio de la jerarquía de diferentes tipos de dolor (físicos, psicológicos, emocionales, sociales). Para ello se analizarán los siguientes objetivos:

Objetivo específico 5: Conocer la jerarquía de diferentes enfermedades y situaciones sociales que generan dolor para la población. Los subobjetivos son: **5.1.** Conocer la jerarquía de dolor que establece la población con especial distinción en los diferentes tipos de dolor según origen (físico, psicológico, emocional o social); **5.2.** Analizar las diferencias por países en la jerarquía del dolor; **5.3.** Conocer las diferencias en la jerarquía del dolor según características sociodemográficas, especialmente las diferencias por sexo/género; **5.4.** Analizar las diferencias en la jerarquía del dolor en diferentes países o conjunto de países según variables contextuales.

f) Confianza en el dolor ajeno: en estudios anteriores hemos observado que las personas con dolor sufrían el descrédito y la desconfianza sobre el mismo (existencia, intensidad, limitaciones asociadas, etc.) que producía un alto grado de sufrimiento. Queremos conocer si existe esta desconfianza en el dolor ajeno a nivel general y si existen diferencias entre países. Para ello se analizarán los siguientes objetivos:

Objetivo específico 6: Conocer la confianza de los ciudadanos en el dolor ajeno según tipo de dolor en diferentes países. Los subobjetivos son: **6.1.** Analizar la confianza de los ciudadanos en el dolor ajeno según tipo de dolor; **6.2.** Conocer las diferencias entre países en la confianza en el dolor ajeno según tipo de dolor; **6.3.** Analizar las diferencias en la confianza en el dolor ajeno según características sociodemográficas, especialmente las diferencias por sexo/género; **6.4.** Analizar las diferencias en la confianza en el dolor ajeno según variables contextuales.

Este proyecto se asienta sobre **posicionamientos teóricos y analíticos** imprescindibles para entender el estudio que se presenta y que se tendrán en cuenta en el análisis de los objetivos planteados. Estos son fundamentalmente:

- a) Una **perspectiva multidimensional** de la salud, basada en el modelo biopsicosocial que entiende que lo biológico es fundamental para entender el dolor pero que solo se alcanza un conocimiento completo del mismo cuando se analizan los elementos psicológicos y sociales-culturales que están incidiendo y condicionando el mismo, tal como la propia IASP (Raja et al., 2020) ha puesto de manifiesto al definir el dolor como una experiencia.
- b) Una **perspectiva sociológica** del dolor, entendiendo que desde otras disciplinas se están realizando importantes avances en el conocimiento y el tratamiento del dolor (biomedicina, psicología, antropología), y que la perspectiva sociológica aún está poco explotada y tiene mucho que aportar, dando voz a los ciudadanos y analizando el dolor en su contexto social. En concreto, se tendrán en cuenta los trabajos sobre sociología del cuerpo y de las emociones (Scribano, 2012), sociología de las sensaciones (Bericat, 2002, 2016), y sociología del dolor (Denny, 2018; Zajacova et al., 2021). También se tendrán en cuenta las nociones de capital simbólico (Bourdieu, 1978, 2007) adaptado al estudio del dolor, y el concepto de injusticia epistémica (Fricker, 2017).
- c) Una **perspectiva de género** con base en la teoría feminista, que nos permite conocer las diferencias en la salud y el dolor de hombres y mujeres más allá de sus diferencias biológicas basadas en el sexo y que contribuye a la existencia de desigualdades en la salud (Mora et al., 2017; Diane E. Hofmann and Anita J. Tarzian., 2001.). Se trata de un acercamiento transversal del género en el estudio del dolor. Siguiendo a estos autores, suscribimos su visión al explicar que analizar las injusticias (socioeconómicas y simbólicas) que sufren las mujeres al ámbito de la salud, *“supone analizar como los mandatos de género, que suponen relaciones de poder patriarcal influyen en los procesos de salud y enfermedad de forma desigual entre mujeres y hombres (Navarro et al., 2007)”*. Como se ha dicho, se espera encontrar diferencias en las experiencias de dolor entre países según sus regímenes de género, a pesar de que ninguna investigación haya explorado esta relación hasta ahora.

3.2. Descripción de la metodología

Diseño

El enfoque metodológico que proponemos en esta investigación es cuantitativo. Los datos incluyen la recopilación y análisis de fuentes de datos secundarios (bases de datos estadísticos de distintos países) junto con la producción de datos primarios recogidos específicamente para analizar los objetivos del proyecto, a través de una encuesta transversal realizada al efecto y representativa de la población a analizar.

Con el estudio cuantitativo dirigido a población general se pretende tener una visión general sobre la percepción que la sociedad tiene del dolor, sus prejuicios y estereotipos, así como su experiencia de dolor, y analizar qué elementos son fundamentales en esta interpretación y afrontamiento.

Para ello se realizará una encuesta transversal (en un momento del tiempo determinado) que recoja información de los ciudadanos una sola vez. Consideramos que este tipo de encuesta es la adecuada para nuestra hipótesis de investigación y para conseguir los objetivos enunciados en el proyecto.

La población objeto de estudio (el universo) será la población residente en cada país, de 18 años o más. Se prevé una muestra teórica de 800 personas por país, en 6 países, en total 4.800 personas encuestadas, seleccionadas a través de muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta cuotas de sexo y edad. El cuestionario se administrará mediante encuesta on-line (CAWI) a un panel internacional de ciudadanos. El nivel de error muestral a priori que se prevé es de $\pm 5,0\%$ para un nivel de confianza del 95%.

Análisis

Este proyecto incorpora diferentes análisis coordinados:

- a) Revisión de la literatura nacional e internacional sobre el tema, siguiendo el protocolo de búsqueda sistemática ya registrado en PROSPERO y publicado en el anterior proyecto sobre legitimidad del dolor. Se realizará una revisión amplia de la literatura, desde una perspectiva biopsicosocial del dolor, y atendiendo a una perspectiva de género.
- b) Elección de los países que se van a estudiar y discriminación de criterios de selección (sistemas de salud, modelos de estado de bienestar, regímenes de género característicos, datos concretos sobre dolor como número de unidades de dolor en el país, porcentaje de población que indica que tiene dolor en distintas encuestas, etc.).
- c) Recopilación y análisis de fuentes estadísticas secundarias: se recopilarán y analizarán, de forma previa los datos más relevantes sobre los diferentes sistemas sanitarios y de estado de bienestar de los diferentes países. Las principales fuentes estadísticas utilizadas serán, entre otras: Eurostat, EES, OCDE, Eurobarómetro, Banco Mundial, etc. La información será clasificada y estandarizada, creando una base de datos única para utilización posterior.
- d) Elaboración del cuestionario: se elaborará un cuestionario que cuantifique el objeto de estudio, y tenga en cuenta todos los objetivos expuestos en el apartado 3.1., para lo cual contamos con la experiencia de los dos cuestionarios realizados por este equipo de investigación en España. Posteriormente el cuestionario será traducido a los idiomas de los países en los que se va a implementar.
- e) Trabajo de campo basado en la realización de una encuesta on-line en 6 países seleccionados. Dentro de cada país la selección de las personas participantes se realizará en función de parámetros de selección aleatoria y representación poblacional, para lo que se tendrán en cuenta cuotas de sexo, edad y nivel educativo que permitan encontrar la máxima variación, heterogeneidad y representación de la población de cada región. En este tipo de trabajo de campo y en la utilización de encuestas on-line a paneles, ya tenemos experiencia tanto en el estudio Retos de 2018 como en otros proyectos en los que el IESA CSIC ha sido pionero (Panel PACIS, ESpacov I y II etc.)
- f) Análisis de los datos recogidos en el trabajo de campo. Se realizará un análisis univariante, bivalente y multivariante de los datos recogidos en el trabajo de campo, con especial interés en las diferencias por países. Los datos serán tratados a través del paquete estadístico SPSS, software de análisis estadístico. De forma general se realizarán los siguientes análisis:
 - Análisis exploratorio de la muestra con un estudio minucioso de las características que presentan las variables objeto de estudio que serán cuantificadas mediante el correspondiente proceso de medida o asignación numérica, análisis de su estructura y comportamiento de los datos. También se tratará de detectar posibles errores en la recogida de datos, detectar casos atípicos, etc.
 - Análisis descriptivo de los resultados. Se realizará una aproximación a la realidad estudiada, diferenciando grupos de población claramente identificables, como hombre/mujer, grupos de edad, nivel educativo, u otras variables que resulten relevantes en el análisis descriptivo. Se

analizarán las distintas temáticas del estudio con análisis univariantes y bivariantes, a través de tablas de contingencia y análisis de significación bivariados.

- Análisis multivariante de los resultados. Se realizará un análisis más exhaustivo de los factores explicativos del dolor, analizando aquellos elementos que más influyen en las diferencias encontradas, tratando de discriminar qué elementos son los más influyentes en dichas discrepancias.

g) Análisis conjunto de los datos recogidos en fuentes secundaria y datos primarios. Se realizará un análisis multinivel (Multilevel Analysis or Multilevel Models) para conocer si existe algún efecto de los datos de contexto en las diferencias encontradas en los datos recogidos a través de fuentes primarias.

Etapas críticas

El elemento fundamental donde se asienta el proyecto es la realización del trabajo de campo. Este es el único elemento que está fuera del control directo del equipo de investigación al tener que delegar su realización a una empresa externa. En este sentido identificamos fundamentalmente dos posibles riesgos: que la empresa no realice el trabajo de campo o que lo realice con una mala calidad que no permita tener datos fiables con los que trabajar.

Hemos realizado una primera búsqueda de empresas que realicen el trabajo que necesitamos y hemos detectado un número suficiente de ellas que realizan encuestas en el ámbito internacional (más de 5 empresas en una primera búsqueda). Esto supone, que existen en el mercado empresas que nos permiten realizar un trabajo de calidad, algunas de ellas con las que ya hemos colaborado y comprobado su calidad.

Tanto el diseño de las muestras como el control del propio desarrollo del trabajo de campo se realizará por el personal del equipo conformado para este proyecto y contará con el apoyo de la Unidad Técnica de Estudios Aplicados del IESA-CSIC. No podemos descartar, sin embargo, alguna incidencia en el trabajo debido a riesgos no previsibles (bajas laborales, por ejemplo), pero el grupo es suficientemente grande para poder seguir desarrollando el proyecto sin la presencia de algún miembro del equipo.

3.3. Plan de trabajo y cronograma

El proyecto se ha secuenciado, teniendo en cuenta los objetivos de investigación en diferentes actividades o tareas, algunas de ellas de secuencia continua y otras que se desarrollarán de forma paralela. Estas son las que se exponen en el plan de trabajo que se presenta a continuación y las que se pueden ver en el siguiente gráfico resumen.

Tarea 1: Reunión inicial. Se realizará una primera reunión del equipo de investigación y trabajo con el fin de organizar y establecer una primera puesta en común, repasar fechas “hitos” para cada una de las tareas a desarrollar etc. TODOS/AS.

Tarea 2: Revisión bibliográfica y documental. Se realizará una amplia revisión bibliográfica y documental. Se desarrollarán las siguientes subtareas: 2.1. Se seguirá el protocolo sistemático establecido en el proyecto previo (Serrano-Gemes et al., 2022) para actualizar las referencias a la fecha más reciente posible y conocer los últimos estudios publicados. 2.2. Se realizará una nueva búsqueda, con nuevos parámetros, adecuados a las especificidades del nuevo proyecto, tales como los estudios específicos en los países analizados. Los participantes en esta tarea serán: RSR, GSG, AGR, IGR.

Tarea 3: Selección de los países a estudiar. Analizar los modelos teóricos que hemos seleccionado para determinar cuál de ellos es el más pertinente para la selección de los países donde se realizará el trabajo de campo. Para ello se realizará un estudio en profundidad de las características de cada país, de los datos de fuentes secundarias y de los sistemas de clasificación para determinar cuál se ajusta mejor a nuestros objetivos de investigación. Los participantes en esta tarea serán: RSR, LBV, IGR, GSG, AGR, JAC.

Tarea 4: Reunión de seguimiento I. Una vez finalizadas las tareas 1 a 3 se realizará una reunión de seguimiento con los miembros del equipo de investigación y trabajo para analizar la puesta en marcha del mismo y los resultados de la revisión bibliográfica y de selección de países a estudiar. TODOS/AS.

Tarea 5. Revisión de fuentes estadísticas secundarias. Se realizará una revisión y recolección de datos de fuentes secundarias internacionales para obtener estadísticas comparables de los países estudiados. Se analizarán los datos de Eurostat, de European Health Interview Survey (EHIS), datos de salud de la OECD.Stat, Banco Mundial, entre otros. Los datos serán trasladados a una base de datos propia en el programa estadístico SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) y HLM (*Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling*). Los participantes en esta tarea serán: AGR, LBV, IGR, GSG.

Tarea 6: Diseño del cuestionario. Con la información de la revisión bibliográfica, junto con la revisión de los cuestionarios realizados en los proyectos anteriores se diseñará un nuevo cuestionario que será traducido a las lenguas oficiales de los países participantes. Las dimensiones del cuestionario se establecerán siguiendo los objetivos y temas indicados en el proyecto. Los participantes en esta tarea serán: RSR, LBV, IGR, AGR, JAC, ABH.

Tarea 7: Realización del trabajo de campo. Realización de las encuestas on-line en los países seleccionados, siguiendo cuotas de sexo, edad y nivel educativo. El trabajo de campo lo realizará una empresa externa a través de un convenio de colaboración. El equipo de trabajo se hará cargo de la supervisión del trabajo de campo, hasta la recepción del fichero de datos. Los participantes en esta tarea serán: LBV, GSG, AGR.

Tarea 8: Realización de un informe sobre el trabajo de campo y resultados preliminares. Realización de un informe con las incidencias y marcha del trabajo de campo que incluya los principales resultados descriptivos de la encuesta. Los participantes en esta tarea serán: RSR, IGR, LBV, GSG, AGR.

Tarea 9: Reunión de seguimiento II. Reunión del equipo de investigación y trabajo para poner en común los resultados hasta el momento y las decisiones que se hayan tomado. TODOS/AS.

Tarea 10: Análisis estadístico de los resultados. Realización de análisis estadístico de los resultados, tanto de forma uni-bi y multivariante, tanto de la encuesta como de la relación de esta con los datos de fuentes secundarias contextuales de cada país. Los participantes en esta tarea serán: RSR, LBV, IGR, GSG.

Tarea 11: Reunión de seguimiento III. Reunión del equipo de investigación y trabajo para poner en común los resultados encontrados según los objetivos de la investigación y la difusión de los mismos que se quiere realizar. Los participantes en esta tarea serán: TODOS/AS.

Tarea 12: Difusión de los resultados. Participación en congresos, conferencias, seminarios, encuentros, jornadas académicas y ciudadanas para la transferencia de los resultados. Se tratará de dar la mayor difusión posible a los resultados obtenidos, acudiendo a aquellos encuentros que resulten de interés. Los participantes en esta tarea serán: TODOS/AS.

Tarea 13: Preparación y envío de publicaciones. Se prepararán y enviarán publicaciones a revistas científicas para la difusión de los resultados entre la comunidad científica. Los participantes en esta tarea serán: TODOS/AS.

Tarea 14: Organización de unas jornadas de Difusión de resultados. Se realizarán unas jornadas en las que se debatirá y pondrá en común los principales resultados de la investigación. Serán la continuación de las Jornadas sobre Dimensión Social y de Género de la Salud, la Enfermedad y el Dolor que se organizaron en Córdoba en octubre de 2022 y donde se difundieron los resultados del estudio sobre la legitimidad del dolor. Los participantes en esta tarea serán: IGR, AGR, LBV, RSR, ABH.

Cronograma

El proyecto se plantea en un periodo de 3 años de duración en el que se desarrollarán las tareas anteriormente descritas:

Tareas	Participación	Año 1				Año 2				Año 3			
		Trimestre				Trimestre				Trimestre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	TODOS/AS	X											
2	RSR, GSG, AGR, IGR	X	X	X	X								
3	RSR, LBV, IGR, GSG, AGR, JAC		X	X	X								
4	TODOS/AS				X								
5	AGR, LBV, IGR, GSG				X								
6	RSR, LBV, IGR, AGR, JAC, ABH				X								
7	LBV, GSG, AGR					X	X						
8	RSR, IGR, LBV, GSG, AGR						X						
9	TODOS/AS						X						
10	RSR, LBV, IGR, GSG							X	X	X			
11	TODOS/AS								X				
12	TODOS/AS										X	X	X
13	TODOS/AS										X	X	X
14	IGR, AGR, LBV, RSR, ABH												X

Participación: Rafael Serrano del Rosal (RSR), Ana M^a González Ramos (AGR), M^a Isabel García Rodríguez (IGR), Lourdes Biedma Velázquez (LBV), Gema Serrano Gemes (GSG), Antonio Blanco Hungría (ABH), José Antonio Cerrillo Vidal (JAC).

3.4. Identificación de puntos críticos y plan de contingencia

Tanto el equipo de investigación como el equipo de trabajo cuentan con una amplia experiencia en la realización de proyectos del Plan Nacional I+D+i y en otros proyectos en convocatorias competitivas. Esta experiencia avala la capacidad de sus integrantes para afrontar los retos de las actividades propuestas y las posibles contingencias que pudieran afectar a la realización del proyecto. Aunque nunca es posible prever con anticipación los riesgos coyunturales o ambientales que puedan ocurrir, hemos tratado de considerar aquellas situaciones que consideramos pudieran surgir en el transcurso de la investigación:

1. Riesgos ambientales. Ya no es posible pensar en un riesgo sin recordar la situación de excepcionalidad que se produjo como consecuencia de la Covid-19. Aunque hemos vuelto a una situación de normalidad y la pandemia parece estar controlada, con lo que prevemos que todas las tareas puedan realizarse sin el mayor problema, no podemos olvidar las lecciones aprendidas durante el periodo 2020-2022. El trabajo de campo se va a realizar de forma on-line por lo que en una hipotética nueva crisis sanitaria no se vería afectado. No obstante, si se produjera una situación que supusiera un confinamiento y/o aislamiento, todos los trabajos presenciales se sustituirán por actividades telemáticas. En concreto, las reuniones del equipo de investigación y trabajo, que podrían realizarse a través de videollamada, y las actividades de difusión de los resultados (en congreso, jornadas, encuentros) se tratarán de sustituir por actividades telemáticas.

2. Riesgos en el desarrollo del trabajo. Se han programado reuniones periódicas con el objetivo de analizar la progresión del proyecto y los posibles cambios que haya que realizar si cualquiera de las fases planteadas no pudiera desarrollarse de la forma en que están programadas. En este sentido tenemos margen de maniobra para realizar los cambios en la estrategia que sean necesarios. A priori se ha programado un tiempo suficiente para cubrir las posibles incidencias en el desarrollo del trabajo, principalmente en la etapa de difusión. Todas las posibles incidencias serán recogidas en el informe intermedio y final del proyecto.

3. Dificultades para la realización del trabajo de campo. La externalización del trabajo de campo supone riesgos externos difícilmente controlables. Para minimizar este riesgo hemos contactado con empresas expertas en el trabajo de campo internacional y conocemos su bagaje y trayectoria profesional. Existe en el mercado suficiente oferta de este tipo de servicios por lo que entendemos que podremos realizar el trabajo. Además, la experiencia de las empresas nos da garantías de calidad del trabajo contratado. No obstante, realizaremos una labor de búsqueda de las mejores opciones, no sólo desde el punto de vista económico, sino de garantías de calidad y resolución de problemas. Contamos con el apoyo de la Unidad Técnica de Estudios Aplicados (UTEA) del IESA-CSIC con una notable experiencia en desarrollo de campos mediante encuesta y utilización de paneles y otros recursos on-line, tanto propios como contratados, lo que nos facilitará el exhaustivo control técnico del proceso de campo, el diseño de la muestra y el control de las cuotas etc.

Reuniones del IP con los investigadores del proyecto

Se llevarán a cabo reuniones periódicas con los miembros implicados en cada tarea así como de todo el equipo de trabajo e investigación para monitorear y coordinar el desarrollo del trabajo realizado, según cada fase establecida en el plan de trabajo.

3.5. Resultados previos del equipo en la temática de la propuesta

Todas las personas que formamos parte del equipo de investigación, a excepción de la Dra. González Ramos (especialista también en cuestiones de salud y de género, que es lo que aportará en el presente proyecto, que se incorporó hace ahora un año al IESA como científica Titular) llevan trabajando de forma conjunta en el ámbito de la dimensión social de la salud y más concretamente en el ámbito del dolor desde hace largo tiempo, y la mayor parte del equipo desde el inicio de esta línea de investigación. Como ya se describió extensamente en el apartado 2.2. de este proyecto, el estudio de la dimensión social de la salud y específicamente del dolor por este grupo de investigación no es coyuntural, sino que forma parte de un programa de investigación consolidado dentro del CSIC y liderado por el IP de esta propuesta, en el que se han conseguido múltiples resultados que son los que sustentan el interés y viabilidad de esta propuesta. No obstante, a pesar de haberlos explicitado ya cualitativamente más arriba voy a señalar aquí las aportaciones directas al estudio del dolor más relevantes que hemos realizado y que las podemos resumir en las siguientes publicaciones, así como en 4 proyectos competitivos de los que ya hemos dado cuenta:

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 De Diego, J. M., & Serrano Del Rosal, R. (2010). In response to the comments by ángel escudero of our article «analysis of the nonelection of epidural analgesia during labour in andalusian women: “The great sufferer”», Respuesta al comentario de ángel escudero a nuestro artículo «análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo del parto en las mujeres andaluzas: “La buena sufridora”». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(3), 180-181.
- Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, I., & Serrano-del-Rosal, R. (2022). Medicación y dolor: El dolor más intenso es el menos medicado. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 17(2), Art. 2. <https://doi.org/10.14198/OBETS2022.17.2.02>
- 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. (2022). 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>
- Biedma-Velázquez, L., García-Rodríguez, M. I., & Serrano-del-Rosal, R. (2019). Percepciones sociales del dolor. *CIS*.
- 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>
- Blanco-Aguilera, A., Blanco-Hungría, A., Biedma-Velázquez, L., Serrano-del-Rosal, R., González-López, L., Blanco-Aguilera, E., & Segura-Saint-Gerons, R. (2014). Application of an oral health-related quality of life questionnaire in primary care patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 19(2), 127-135.
- Blanco-Aguilera, A.; Blanco-Aguilera, E.; Serrano-del-Rosal, R.; Biedma-Velázquez, L.; Rodríguez-Torronteras, A.; Segura-Saint Gerons, R.; Blanco Hungría, A. (2017). Influence of clinical and psychological variables upon the oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 22(6) 21746.
- Blanco-Hungría, A., Blanco-Aguilera, A., Blanco-Aguilera, E., Serrano-del-Rosal, R., Biedma-Velázquez, L., Rodríguez-Torronteras, A., & Segura-Saint-Gerons, R. (2016). Prevalence of the different Axis I clinical subtypes in a sample of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders in the Andalusian Healthcare Service. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, e169-e177. <https://doi.org/10.4317/medoral.20854>
- Blanco-Hungría, A., Rodríguez-Torronteras, A., Blanco-Aguilera, A., Biedma-Velázquez, L., Serrano-del-Rosal, R., Segura-Saint-Gerons, R., de la Torre-de la Torre, J., & Esparza-Díaz, F. (2012). Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(6).
- García Rodríguez, M. I., Biedma Velázquez, L., Serrano Del Rosal, R., & Ranchal Romero, J. (2017). The debates are concretized: The reverted universality in the national health system, Los debates se concretan: La universalidad revertida en el sistema español de salud. *Index de Enfermería*, 26(3).
- García-de-Diego, J. M., Biedma-Velázquez, L., & Serrano-del-Rosal, R. (2015). Sociology of Labor Pain. En *Epidural Labor Analgesia* (pp. 39-47). Springer Science $\mathit{+}$ Business Media. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13890-9_4
- García-de-Diego, J. M., & Serrano-del-Rosal, R. (2019). Universalization, parity and evolution of the demand of epidural analgesia in labor in Andalusia (Spain), Universalización, paridad y evolución de la demanda de anestesia epidural durante el parto en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 33(5), 427-433.
- García-Rodríguez, M. I., Biedma-Velázquez, L., & Serrano-del-Rosal, R. (2019). Maternidad, dolor y sistema sanitario: Un análisis del discurso de las mujeres andaluzas. *CIS*.
- García-Rodríguez, M. I., Biedma-Velázquez, L., & Serrano-del-Rosal, R. (2022). ¿Cómo es el dolor del parto? Dime cómo te duele y te diré qué tipo de madre eres. *Revista Española de Sociología*, 31(1), Art. 1. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.86>
- Serrano-del-Rosal, R., Biedma-Velázquez, L., & M, J. (2012). Epidural Analgesia in Labour from a Sociological Perspective—A Case Analysis of Andalusia, Spain. En *Epidural Analgesia—Current Views and Approaches*. InTech. <https://doi.org/10.5772/35271>

Serrano-Gemes, G., Gil, I., Coelho, A., & Serrano-del-Rosal, R. (2021). Avoidant Coping of the Decision-Making Process on the Location of Care in Old Age: A Possible Conspiracy of Silence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), Art. 24. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412940>

Serrano-Gemes, G., Vizcaíno-Cuenca, R., & Serrano-del-Rosal, R. (2022). The Social Legitimacy of Pain: Protocol for a Systematic Literature Review. *Healthcare*, 10(12), Art. 12. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122400>

A estas publicaciones habría que sumar otras tres publicaciones actualmente en revisión: Biosocieties (está en segunda revisión) PlosOne (en segunda revisión) Journal of Pain Research (enviado).

3.6. Recursos humanos, materiales y de equipamiento disponibles para la ejecución del proyecto

Las personas que integran el equipo de investigación para el desarrollo de este proyecto pertenecen a distintas instituciones públicas. Una parte importante del equipo son plantilla del Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC) y pertenecemos a la misma Línea de investigación: "Identidad, Bienestar Subjetivo, Satisfacción y Comportamiento Humano" (IBC). En concreto el IP del proyecto, Dr. Serrano-del-Rosal y tres de sus miembros, la Dra. González Ramos, la Dra. García-Rodríguez y la Titulada Superior Especializada Biedma-Velázquez. Todos hemos trabajado juntos en diferentes proyectos de investigación en innumerables ocasiones como se ha podido demostrar más arriba, y contamos con el respaldo tanto del Grupo de investigación dirigido por el IP del proyecto, como del propio IESA-CSIC y de toda su estructura científico técnica de apoyo y del CSIC como institución que entre sus retos de investigación para el futuro inmediato destaca directamente el dolor y el sufrimiento (Challenge 6 Vol. 4 Challenges in biomedicine and Health) como líneas estratégica de investigación, así como los cambios socioculturales, históricos políticos y económicos en la salud y en la medicina (Challenge 10 Vol. 4 Challenges in biomedicine and Health). Además contamos con la participación de un especialista en técnicas y métodos de investigación, especializado en el ámbito de la salud de la Universidad de Córdoba (el Dr. Cerrillo-Vidal) que hizo su tesis doctoral en el marco del programa de investigación y bajo la dirección del IP de este proyecto y dos personas con formación sanitaria e investigadora: el Dr. Blanco Hungría Médico Especialista del Servicio Andaluz de Salud e investigador titular en el Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (FIBICO-IMIBIC) y la Dra. Serrano-Gemes profesora en la Facultad de Ciencias de la salud de Ceuta de la Universidad de Granada, que también hizo su tesis doctoral en el marco del programa de investigación y con la dirección del IP del proyecto.

El IESA/CSIC es un centro público de investigación científica, que desarrolla su actividad en el campo de las Ciencias Sociales. Desde su creación en 1992, el IESA/CSIC se dedica a la investigación social, tanto básica como aplicada, avanzando en el conocimiento de los procesos de cambio en las sociedades contemporáneas y las características fundamentales de la estructura social. Para el desarrollo de sus funciones el **IESA cuenta con una infraestructura denominada Unidad Técnica de Estudios Aplicados (UTEA)**, un servicio especializado en el ámbito de la metodología de las Ciencias Sociales que principalmente tiene como misión apoyar el diseño y ejecución de los proyectos de investigación del Instituto. Para ello cuenta en la actualidad con una plantilla de 8 técnicos superiores especializados que realizan tareas de asesoramiento técnico-metodológico, producción y análisis de datos con técnicas cuantitativas (encuestas) y cualitativas (entrevistas, grupos de discusión, etc.). En los últimos 10 años la UTEA ha sido pionera en el desarrollo de técnicas de investigación on-line, bien mediante el uso de paneles mixtos, bien mediante la utilización de SMS y redes sociales. En suma, la UTEA tiene como misión incorporar los avances técnicos y metodológicos en el campo de las Ciencias Sociales a la actividad investigadora del IESA/CSIC. En este sentido hemos considerado importante señalar que contamos con el apoyo de la misma en el desarrollo de este proyecto de investigación. Igualmente contamos con todos los servicios que la propia Agencia estatal CSIC pone al servicio de sus institutos y líneas de investigación y que suponen la mayor infraestructura de apoyo científico de una institución en España.

4. IMPACTO ESPERADO DE LOS RESULTADOS

Consideramos que incluir la dimensión social del dolor, desde una perspectiva sociológica es fundamental para conocer el dolor de forma integral, tratando de englobar todas sus dimensiones: biológica, psicológica, cultural y social, en la interpretación de esta vivencia.

Este equipo de investigación ha presentado las primeras aproximaciones sobre la perspectiva social del dolor, lo que puede aportar la Sociología al conocimiento de este fenómeno biológico y social, en Congresos específicos sobre la materia: Congresos de la Sociedad Española del Dolor, y el organizado por la Sociedad Europea del Dolor (EFIC) y ha recibido críticas favorables y muestras de gran interés por esta perspectiva, poco estudiada del problema. También hemos presentado los primeros resultados en Congreso específicos de Sociología, de Salud Pública y de Ciencias de la Salud donde la acogida también ha sido muy favorable, incluso premiando nuestro trabajo

4.1. Impacto esperado en la generación de conocimiento científico-técnico en el ámbito temático de la propuesta

Con todo, consideramos que esta investigación, aporta los siguientes elementos al ámbito científico:

A) Amplia y consolida el estudio del dolor desde la perspectiva sociológica, desde donde ha sido poco estudiado, aunque hay aportaciones muy recientes y relevantes (Denny, 2018; Zajacova et al., 2021). El proyecto avanza en el estudio del dolor desde una perspectiva sociológica, continuando los trabajos de proyectos anteriores sobre la misma temática, pero aportando objetivos nuevos. Todo ello contribuirá a consolidar esta línea de investigación en nuestro ámbito.

B) Introduce una perspectiva comparada entre diferentes países (en este caso todos europeos), que nos permitirá conocer más sobre la variabilidad que introducen en la percepción y vivencia del dolor aquellos elementos que se derivan de la estructura social política y cultural de cada país seleccionado. Existen pocos estudios comparados sobre el dolor (Zimmer et al., 2022) y normalmente están orientados a población que padece un tipo concreto de dolor o a personal sanitario, pero son inexistentes los que abordan la percepción social del dolor entre la población general, menos aún si se tiene una dimensión comparada entre países. Este proyecto, junto con el conocimiento previo acumulado de estudios precedentes, trata de aportar conocimiento comparado sobre el ámbito del dolor más desconocido y menos estudiado, su dimensión social.

C) Consideramos también que el conocimiento que este proyecto aporte será de gran utilidad en la gestión de los servicios sanitarios y para el desarrollo de un marco común más sólido en el ámbito europeo sobre la dimensión social de la salud, cuestión que la pandemia ha puesto de manifiesto como una gran debilidad, también en Europa. Que nos centremos en el dolor no es baladí ya que este, como se ha dicho más arriba, es el principal motivo de consulta en atención primaria y el primer motivo de consumo de medicamentos (Rivera Triana & Castro Moreno, 2019). El conocimiento de un aspecto algo olvidado como es la perspectiva social del dolor puede arrojar algo de luz sobre este fenómeno que se implemente en medidas sanitarias tanto en el ámbito de atención primaria como en el hospitalario, unidades de dolor o farmacéutico (sobre o infra medicación del dolor en base a características sociales y estructurales y no estrictamente biomédicas).

D) La inclusión transversal de la perspectiva de género en este proyecto supone analizar cada uno de los objetivos con una mirada crítica que permita conocer qué elementos de la estructura social están mediando en las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en el estudio del dolor. Este elemento será importante para desarrollar políticas públicas diferenciadas si fuera necesario en esta materia. Atendiendo a la diversidad de públicos que podrían beneficiarse de este proyecto se atenderá a la perspectiva de género al planificar actividades de diseminación de los resultados.

4.2. Impacto social y económico de los resultados previstos

Los ámbitos en los que este proyecto espera tener un impacto destacado son, por un lado, en el ámbito de las políticas públicas sanitarias y en la prestación de servicios sanitarios, puesto que un mejor conocimiento del dolor debe traducirse en tratamientos más eficientes y en la mejor adecuación de las estructuras y prestaciones de los servicios de salud, lo cual es algo posible ya que las unidades de dolor y el planteamiento de lo que es, significa y de cómo debe ser abordado el dolor por parte de los sistemas sanitarios es en la actualidad un tema candente. Por otro, se espera un impacto en el espacio académico, porque utilizar la herramientas, metodologías y enfoques teóricos propios de las CCSS en general y de la sociología en particular en la investigación del dolor, ayudará a la implementación real y no solo discursiva del paradigma que según todos los organismos internacionales debe alumbrar en la actualidad el ámbito de la salud que es el paradigma biopsicosocial, consiguiendo con ello incrementar y mejorar el conocimiento científico y completo del dolor.

A) Impacto en las políticas públicas. El dolor es uno de los principales motivos de frecuentación de los centros de salud. Son muchos los recursos económicos, humanos, materiales e intelectuales, que se

dedican al estudio del dolor. Se han puesto en marcha numerosas unidades del dolor en distintos hospitales y organismos autónomos de salud. Desde el punto de vista de las políticas públicas, esperamos que este trabajo sirva para contextualizar el dolor y dar voz a aquellas personas que sufren un dolor poco legitimado socialmente, y lo viven sin el apoyo social, político, económico y sanitario que merecen. El malestar que genera la deslegitimidad del dolor puede influir en la forma de afrontarlo y en su manejo terapéutico. Es por ello que este conocimiento puede ayudar a los profesionales que trabajan con personas con dolor, principalmente personas con dolor crónico. Se ha mostrado que una de las legitimidades más importantes es la proporcionada por los sistemas expertos, siendo uno de los fundamentales el sistema sanitario, por lo que trasladar esta información al personal sanitario será fundamental. Esto será aún más importante en aquellas enfermedades y/o dolores que no tienen un origen fisiológico claro.

La falta de legitimidad y/o el proceso de pérdida de la misma que sufren las personas con dolor dificulta el acceso a los servicios públicos generando desigualdad, lo que provoca déficits en los derechos de ciudadanía. Limita el acceso a los recursos que previenen riesgos sociales, como las prestaciones por motivos de enfermedad, provocando situaciones de pobreza y empeoramiento de las condiciones de vida. También supone un menoscabo psicológico y social en los ciudadanos, que además de sentir dolor, son ninguneados y no creídos, lo que eleva el dolor a la categoría de sufrimiento.

Por otro lado, dolor y consumo de medicamentos también es un tema que preocupa a los sistemas sanitarios, y en este sentido también se ha analizado la incidencia de diferencias en la población (Biedma-Velázquez, García-Rodríguez, & Serrano-del-Rosal, 2022), que sugieren que hay margen de mejora.

Con todo ello se quiere contribuir a mejorar las políticas sanitarias destinadas a las personas con dolor, de forma que sean más sensibles a sus necesidades.

B) Contribución a la perspectiva de género en el estudio del dolor. Los resultados contribuirán a conocer y visibilizar las diferencias entre hombres y mujeres en el dolor, que puede servir para guiar las acciones sanitarias y disminuir los sesgos de género en la atención de las personas con dolor.

C) Impacto teórico. Se espera aportar datos empíricos que avancen en el conocimiento sobre la dimensión social del dolor en diferentes países del entorno europeo. El dolor ha sido objeto de estudio de las ciencias médicas y biológicas tradicionales (medicina, farmacia, química, etc.), pero también por la psicología, que se ha centrado en los elementos emocionales y cognitivos del dolor. No obstante, su componente social ha sido poco estudiado a pesar de que aporta un elemento de gran importancia cual es, la intersubjetividad del dolor, que otorga a este elemento de la vida de los ciudadanos un sentido social indiscutible y que influye en como las personas viven el dolor, lo modulan, lo afrontan.

D) Contribución a los objetivos de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación

La Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 (EECTI) establece como una de sus líneas estratégicas nacionales, y enmarcada en los grupos temáticos de Horizonte Europa, y como uno de los 6 desafíos mundiales, la línea de Salud. Se trata por tanto de un proyecto que se enmarca dentro de una de las líneas estratégicas de investigación nacional. No obstante, en el desarrollo de los elementos que componen esta línea aparece la medicina de precisión, las enfermedades infecciosas, las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y el cáncer y la gerociencia. No se menciona el dolor, aunque en todas estas subtemáticas se podría incluir, ya que es un elemento que se observa y padece en la mayor parte de las enfermedades, principalmente en la vejez. Pero queremos destacar que las temáticas prioritarias responden a un modelo claramente biomédico que la propia OMS deja fuera de su definición de lo que debe entenderse por salud, considerando fundamental la dimensión social de la misma. Desde esta perspectiva este proyecto incide en un concepto de salud multidimensional que incluye los elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de los conceptos de salud, enfermedad y dolor. Esta visión se corresponde con el Eje 10 de la Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027 que considera fundamental *“favorecer la inter y multidisciplinariedad”*, que *“requerirá fomentar la interrelación entre distintas disciplinas, manteniendo un equilibrio adecuado entre ellas, y preservando, a la vez, la ejecución de ciencia unidisciplinaria”*.

Otro de los elementos relevantes para la EECTI es el compromiso con la sociedad española que se refleja en el fomento de la divulgación y la cultura científica, promoviendo una ciencia e innovación abiertas e inclusivas, y que está recogido en el Eje 14. Este es un compromiso que está presente en el proyecto que presentamos, no sólo recogido en el plan de difusión de los resultados a la población, sino también en el intento de trasladar los resultados a los gestores sanitarios y a la comunidad científica a través de publicaciones de acceso abierto. Es necesario hacer accesible la investigación a la sociedad, para lo cual

se impulsarán iniciativas de interacción como por ejemplo la participación en encuentros generales (la noche de los investigadores, café con ciencia, etc.), o encuentros específicos de interés (jornadas sobre dolor, charlas con asociaciones de personas con diferentes tipos de dolor), así como acceso abierto a material audiovisual con información relevante para la sociedad.

También se podrá a disposición de quién lo desee el acceso abierto a los datos (microdatos) de la investigación para que pueda replicar los resultados o llegar a nuevas conclusiones que favorezcan el crecimiento del conocimiento sobre el tema. El repositorio donde se subirán los datos pertenece a la Nube Europea de Ciencia Abierta (European Open Science Cloud, EOSC), siendo uno de los objetivos de la EECTI contribuir a esta nube participando en la adecuación de los repositorios digitales.

4.3. Plan de comunicación científica e internacionalización de los resultados (indicar la previsión de publicaciones en acceso abierto)

El plan de comunicación científica de los resultados de este proyecto recoge las siguientes actuaciones:

A) Participación en congresos y reuniones científicas. Se presentará tanto la metodología como los principales resultados en Congresos y reuniones científicas de ámbito nacional e internacional tanto en el área de Ciencias Sociales como en el área de Ciencias de la salud. Algunos de los eventos más relevantes donde queremos participar son, entre otros: XV Congreso Español de Sociología que se celebrará en el año 2025; al próximo European Sociological Association Conference (ESA); a los Congresos Anuales de ALASS (Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud) cuyo próximo congreso se desarrollará en México, así como a los diferentes encuentros anuales; en el XIX Congreso de la Sociedad Española del Dolor que se llevará a cabo en Madrid en 2023 y/o en los congresos anuales posteriores de esta sociedad; en el 13th Congress of the European Pain Federation EFIC que se celebrará en Budapest en 2023 y/o congresos posteriores de esta asociación; al 45 Congreso Nacional SEMERGEN en Valencia en 2023 y/o congresos de años posteriores; al III Congreso SEMDOR (Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor) que se celebrará en Sevilla en 2023.

B) Publicaciones en revistas científicas. Se seguirá una estrategia de difusión a través de publicación en revistas científicas de alto impacto, primando aquellas revistas indexadas en bases de datos JCR y SJR. Los principales ámbitos de las revistas a las que nos dirigiremos serán las disciplinas de Sociología, Medicina, Dolor y Género. Algunas en las que programamos nuestra presencia son: Revista Española del Dolor; Revista Iberoamericana del Dolor; Pain; European Journal of Pain; The Journal of Pain; Pain Medicine; Health policy; Journal of health politics, policy and law; Critical Public Health; Sociology of Health & Illness; Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS); Atención Primaria; Revista de Estudios Sociales; Gaceta Sanitaria; Revista Internacional de Sociología (RIS); Papers; International Sociology; European Sociological Review; Sociology; entre otras. Nuestro compromiso es que al menos el 75% de las publicaciones sean de acceso abierto.

C) Internacionalización. Queremos aprovechar el objetivo del proyecto con una visión internacional para llevar a cabo acciones que favorezcan nuestra presencia en redes internacionales. Se participará en Congresos Internacionales de Dolor para tratar de hacer redes y conocer otros proyectos afines y/o similares a la temática del proyecto. Buscaremos la colaboración con investigadores de disciplinas como la sociología, la medicina, la enfermería, con trayectoria internacional para la difusión de los resultados del proyecto y para futuras colaboraciones en proyectos sobre la misma temática.

4.4. Plan de divulgación de los resultados a los colectivos más relevantes para la temática del proyecto y a la sociedad en general

No solo la comunidad científica puede y debe beneficiarse de los resultados de la investigación pública, consideramos de gran relevancia devolver a la sociedad todo aquel conocimiento que además pueda servir para mejorar su calidad de vida. En este sentido hemos planteado las siguientes iniciativas de divulgación de los resultados:

A) Iniciativas de Divulgación. Prepararemos diferentes actividades vinculadas a la noche europea de los investigadores, como se viene realizando cada año por los distintos miembros del equipo de investigación y trabajo. Igualmente se utilizarán otros medios de comunicación, como la prensa y la radio, para la difusión de los resultados de la investigación de forma no técnica para que puedan llegar los resultados a la sociedad en general. Se participará en iniciativas como "Ciencia para llevar" del CSIC que desarrolla un blog con pequeñas "píldoras científicas" sobre los trabajos y avances desarrollados por la institución.

B) Actividades de comunicación. El IESA cuenta con un equipo de cultura científica y comunicación que, junto con el equipo de trabajo e investigación del proyecto preparará actividades de comunicación de los resultados de la investigación entre el público no especializado. Además, se contará con el apoyo de la Unidad de Comunicación y Divulgación del CSIC. Entre las actividades de comunicación que se realizarán está: la elaboración de notas de prensa para dar a conocer los principales hallazgos encontrados, la difusión de actividades, participación en la noche de los investigadores y otras iniciativas similares (café con ciencia, por ejemplo), etc. Se participará en iniciativas como “la cuadratura del círculo” en la que el CSIC colabora con el Diario.es en la difusión y divulgación de contenido científico dirigido al público general.

C) Actividades específicas en redes. Se tendrá en cuenta la divulgación a través de redes, cada vez más presente en la investigación. Se colaborará con el perfil institucional del IESA/CSIC en Twitter, Facebook e Instagram, así como en el canal de YouTube del IESA, donde se seguirá dando difusión a los resultados de la investigación, como ya se ha venido haciendo con notable éxito en proyectos anteriores de este programa de investigación. También se colgarán en la página web del IESA/CSIC en el apartado noticias, todos aquellos hitos y resultados del proyecto que por su impacto social o académico pongan en valor el proyecto de investigación presentado.

4.5. Plan de transferencia y valorización de los resultados

Para tratar de generar el mayor impacto posible, más allá del plan de difusión más académica, se ha desarrollado el siguiente Plan de Transferencia:

A) Difusión en foros sanitarios. Se tratará de difundir los resultados de la investigación en foros sanitarios donde participen personas que trabajan activamente en la práctica sanitaria y personas que trabajan en la gestión. Para ello se realizará un plan de difusión entre el personal más vinculado al tratamiento del dolor. Para ello contamos con la participación del SAS y del IMIBIC.

B) Difusión en foros de salud y mujer. Se desarrollarán iniciativas en la plataforma Women in Global Health (WGH), en la que ya participan parte del equipo de trabajo de este proyecto (Ana M^a González Ramos; M^a Isabel García Rodríguez; Lourdes Biedma Velázquez), y que lleva a cabo iniciativas tanto de investigación como de divulgación y de creación de políticas vinculadas a la salud. También se llevarán a cabo tareas de difusión y cooperación en la Plataforma Dolor y Mujer, una asociación con carácter social y científico que tienen como objetivo principal fomentar la sensibilización para el estudio y la investigación del dolor en la mujer.

C) Realización de las II Jornadas sobre Dimensión Social y de Género de la Salud, la Enfermedad y el Dolor. En el año 2022 se realizaron las primeras jornadas para dar a conocer los resultados del proyecto que ese año finalizaba a personas relacionadas con el ámbito de estudio, sirviendo al mismo tiempo como mecanismo de transferencia de conocimiento como de creación de una red de académicos que trabajan en temas similares. Las jornadas pueden verse en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=CZ18Uemyz9s&t=12734s> Nuestro objetivo es continuar con dicha difusión en una segunda edición de dicha jornada.

4.6. Resumen del plan de gestión de datos previsto

Plan de gestión de datos

Los datos que se van a recoger en el proyecto ya estarán anonimizados. Esto no excluye que se tomen todas las medidas posibles para proteger la confidencialidad de los mismos. Para ello se solicitará de la empresa adjudicataria de la contratación del trabajo de campo que se sigan todos los protocolos de protección en la recopilación de los datos de investigación. Una vez los datos en nuestro poder se analizarán para que no tengan ninguna información susceptible de ser sensible y confidencial.

Los datos, debidamente anonimizados serán compartidos por los miembros del equipo de investigación y de trabajo y serán de libre acceso entre ellos a través de su ubicación en un sitio seguro en la nube de titularidad del CSIC denominado SACO.

Ciencia abierta

La publicación de los ficheros de datos generados con fondos públicos no sólo es una exigencia cada vez mayor de las agencias de financiación y de las revistas internacionales, sino que es parte de la riqueza de conocimiento de la comunidad científica. El aprovechamiento de los datos por personas interesadas, de diferentes ámbitos académicos supondrá sin duda una mayor riqueza en resultados diferentes de los marcados por este grupo de investigación.

El CSIC se adhirió en 2006 a la Declaración de Berlín sobre Acceso Abierto al Conocimiento de las Ciencias y las Humanidades y se ha ido consolidando su interés en apoyar y promocionar el programa de ciencia abierta a través de sus líneas estratégicas. Para ello se ha creado el repositorio Digital CSIC (<https://digital.csic.es/>).

Los datos generados por el proyecto de investigación, una vez finalizada tanto la investigación como la difusión de los mismos, y como límite superior 1 año después de la finalización del proyecto, se publicarán en dicho repositorio de acceso libre para todos aquellos investigadores que lo deseen.

Este repositorio de datos del CSIC pertenece a la Nube Europea de Ciencia Abierta (European Open Science Cloud, EOSC) desde el año 2019.

Acceso abierto a los resultados de la investigación

Como se indicó en el plan de comunicación científica, nuestro compromiso es que al menos el 75% de las publicaciones sean de acceso abierto (OA), que permita un acceso sin restricciones a los resultados de la investigación a toda la comunidad científica.

4.7. Efectos de la inclusión de género en el contenido de la propuesta

Este proyecto plantea el estudio del dolor desde una perspectiva social, por lo que no puede dejar de lado la inclusión de la perspectiva de género en su estudio, siendo el sexo una de las variables de análisis fundamental en el conocimiento de este fenómeno.

Nuestra perspectiva de género se fundamenta tanto en el marco teórico como en la implementación del proyecto. En el marco teórico partimos de la teoría feminista que nos permite conocer las diferencias en el dolor de hombres y mujeres no sólo como diferencias biológicas determinadas por las diferencias sexuales, sino también como diferencias de género producidas por los diferentes roles sociales de hombres y mujeres y que están en la base de las desigualdades sexuales en salud (Mora et al., 2017). Analizar las diferencias de género supone ayudar a entender las desigualdades que viven hombres y mujeres en algo tan fundamental como es la salud y el dolor.

Consideramos fundamental tener un acercamiento transversal del género en el dolor, en cada una de las fases de investigación. Es por ello que se ha integrado específicamente el análisis de las diferencias por sexo/género en cada uno de los objetivos de la investigación, en concreto aparecen en los objetivos específicos 1.3, 2.3, 3.3, 4.3, 5.3 y 6.3.

También se tendrá en cuenta la perspectiva de género en el diseño metodológico, al incluir en la muestra seleccionada para realizar el cuestionario cuotas de sexo que nos permitan realizar posteriormente análisis de las diferencias entre hombres y mujeres.

Además, se tendrá en cuenta la perspectiva de género en el diseño del cuestionario, en la implementación del mismo y en la interpretación de los resultados.

Esperamos un claro impacto de la inclusión del género en los resultados del proyecto, por cuanto sabemos que las mujeres tienen una mayor prevalencia de dolor actual que los hombres, que su dolor es de mayor duración, intensidad e incapacitante y que sufren dolores específicos con mayor frecuencia (fibromialgia, migraña, etc.). Todo esto hace que el estudio del dolor sea especialmente relevante para entender los elementos que hay en la base de las diferencias en el dolor de hombre y mujeres, y creemos que la percepción del dolor es un elemento que no puede quedar fuera de este análisis.

5. JUSTIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO SOLICITADO

El coste mayor del proyecto supone la realización de la encuesta, que será subcontratada a una empresa especializada, al no ser posible realizar esta actividad con nuestros propios medios. Al ser el coste de esta partida presupuestaria mayor al 25% de la cuantía total del proyecto solicitamos la autorización previa de la Subdivisión de Programas Científico-Técnicos. Se realizará un procedimiento de contrato menor, según lo dispuesto en el artículo 31.3 de la Ley General de Subvenciones.

Otros gastos tienen que ver con la difusión de los resultados, ya sea la asistencia a congresos, seminarios o reuniones científicas de ámbito nacional como internacional para exponer ante la comunidad científica aquellos aspectos más novedosos que se encuentren en la investigación. También se ha presupuestado la celebración de unas jornadas de presentación de los resultados, que queremos que sean la segunda parte de las Jornadas sobre Dimensión Social y de Género de la Salud, la Enfermedad y del Dolor que se celebraron en Córdoba en octubre de 2022. En este mismo sentido, en relación con la difusión, se contempla la traducción/revisión de artículos en inglés, ya que las revistas de primer nivel suelen ser muy estrictas en la utilización de un inglés nativo, por lo que se impone en muchos casos la revisión por empresas o traductores adecuados a la producción científica. Igualmente, en el apartado

de difusión en revistas científicas hemos incluido los costes “fees” que cobran las revistas open Access, y que es necesario si queremos que la publicación llegue al mayor número de personas posible. También se incluye la compra de software informático necesario para realizar las tareas que están programadas en el proyecto. Se prevé la compra de un software actualizado de análisis multinivel HLM. Hay diferentes softwares en el mercado, pero casi todos siguen la misma política de licencias anuales por lo que debemos contar con el gasto de 3 licencias una por cada año del proyecto. Otro software que hemos considerado necesario es un gestor de documentos en formato pdf para la gestión de cuestionarios, documentos internos y presentación de resultados. El programa Wondershare es uno de los más económicos del mercado, además de dar la posibilidad de licencias a largo plazo que no deben ser renovadas anualmente. En este caso se prevé la compra de 3 licencias para diferentes miembros del equipo. De ambos softwares el CSIC no cuenta con licencia corporativa. Se incluye Informe de auditoría según lo dispuesto en la Orden EHA/1434/2007, de 17 de mayo, por la que se aprueba la norma de actuación de los auditores de cuentas en la realización de los trabajos de revisión de cuentas justificativas de subvenciones, en el ámbito del sector público estatal, previstos en el artículo 74 del Reglamento de desarrollo de la Ley General de Subvenciones.

6. CAPACIDAD FORMATIVA

6.1. Programa de formación previsto en el contexto del proyecto solicitado

La persona beneficiaria podrá formarse en un área novedosa y ambiente interdisciplinar. El IESA cuenta con distintos grupos de investigación desde profesionales en sociología al medioambiente. Se beneficiará por tanto del ambiente científico y del apoyo de los miembros del grupo de investigación IBC. Como instituto del CSIC, el IESA no cuenta con programa de doctorado propio, en cambio participa en distintos programas de doctorado de universidades andaluzas relacionadas con la sociología, los estudios de género, los servicios sociales y la salud. El equipo de investigación participa como docente en esos programas y también como supervisores de TFG y TFM. Forman parte de equipo de investigación consolidado y con amplia trayectoria en formación predoctoral y postdoctoral. Por su pertenencia al CSIC, podrá beneficiarse de la oferta metodológica y diseño de la investigación del Consejo. Dentro de su formación apoyará a la internacionalización de su formación. El grupo IBC cuenta con redes internacionales donde poder realizar estancias acordes a su tema de investigación. Durante su contrato predoctoral obtendrá apoyo para que aplique a becas para la realización de estancias internacionales, así la participación en congresos, conferencias y cursos relacionadas con su ámbito de estudio internacionales. Se apoyará particularmente que participe en congresos internacionales de especial relevancia que tengan paneles de presentación de avances de trabajos de tesis. No menos importante en la actividad científica es la publicación en revistas científicas, en ese sentido, se promoverá la colaboración y autoría en diversos trabajos. Por último, subrayar que la persona seleccionada se integrará dentro del conjunto de estudiantes predoctorales del IESA, actualmente compuesto por una decena de personas jóvenes con las que podrá compartir experiencias, formación e intereses.

6.2. Tesis realizadas o en curso en el ámbito del equipo de investigación (últimos 10 años)

En los últimos años se han leído las siguientes tesis dirigidas por miembros del equipo de investigación:

Tesis dirigidas o codirigidas por Rafael Serrano del Rosal:

- M. Isabel García Rodríguez (2014) “Situación del proceso des-familizador en Andalucía en la primera década del siglo XXI (2005-2010).
- José Antonio Cerrillo Vidal (2018) “Una aproximación a los discursos de los andaluces ante la calidad en el morir”.
- José María García de Diego (2018) “Identidad social de la mujer en el parto en Andalucía”.
- Gema Serrano Gemes (2022) “Toma de decisiones compartida interprofesional en el cambio o la permanencia de las personas mayores en el hogar”.

Tesis dirigidas o codirigidas por Ana M.ª González Ramos:

- Yolanda Martínez Mancilla (12 julio 2021): “ICT Adoption as a means for Women’s Development in Mexico” Universitat Oberta de Catalunya.

- Núria Vergés Bosch (26 de Marzo de 2012) "Gender and ICT: The process of auto-inclusion of women" Universitat Oberta de Catalunya.
- Ester Conesa Carpintero (aprobación depósito para lectura en fecha 2/12/2022): "Care, time and gender in new managerial and precarious science and academia. From accelerated rhythms to caring temporalities". Universitat Oberta de Catalunya.
- Oscar A. Campos Torres: "Análisis del uso y gestión de las TIC en Estudiantes y Profesores del Centro Universitario de los Valles de la Universidad de Guadalajara". Universidad de Guadalajara, México (programa 2022-2025).

Además, se ha formado a jóvenes investigadores a través de becas de investigación JAEINTRO del CSIC o de las prácticas de Master regladas de la UPO y la UGR bajo la dirección de Rafael Serrano del Rosal o de otros miembros del equipo de investigación

6.3. Desarrollo científico o profesional de los doctores egresados

En la actualidad M. Isabel García Rodríguez es funcionaria de carrera en el IESA/CSIC; José Antonio Cerrillo Vidal es profesor ayudante doctor en la Universidad de Córdoba; José María García de Diego es profesor ayudante doctor en la Universidad de Granada; Gema Serrano Gemes es profesora sustituta interina en la Universidad de Granada; Núria Vergés Bosch es contratada doctor en la Universidad de Barcelona; Yolanda Martínez Marcilla es Overall Lead for GovStack Initiative, ITU Development Bureau en Ginebra, Suiza; Ester Conesa es contratada como agente de igualdad en el Ayto. de Montcada; y Oscar Campos es profesor en la Universidad de Guadalajara, México.

7. CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA LA EJECUCIÓN DE DETERMINADOS PROYECTOS

Este proyecto pasará por el Comité de Ética que corresponda, al igual que hizo el proyecto anterior, que obtuvo el certificado de dicho comité en 2020 (expediente no. 299), indicando la viabilidad completa del proyecto de investigación y que consideró que los resultados podían ser de gran interés.

Los encuestados serán informados sobre su participación en la investigación, de forma escrita donde se incluirá toda la información sobre el proyecto de investigación, junto con la aprobación del Comité de Ética. Cualquier persona podrá ejercer su derecho a no participar, a abandonar el estudio en cualquier momento y a solicitar que se eliminen sus datos.

Los datos obtenidos de la investigación serán anonimizados y custodiados para mantener la confidencialidad de los datos personales de los participantes. El personal que tenga acceso a los datos personales de los participantes estará sujeto al secreto profesional y al deber de confidencialidad durante todo el proyecto.

En ningún caso se utilizarán datos de carácter personal, ni serán comunicados ni difundidos de ninguna forma. En cualquier caso, se cumplirá todo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, así como el Real Decreto 1720/2007.

8. BIBLIOGRAFÍA

Por motivos de espacio la bibliografía citada en el proyecto puede consultarse en el siguiente enlace: <https://saco.csic.es/index.php/s/fxSzpLkqPagnexT>