

Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor

Un estudio descriptivo transcultural

Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana) 2017

Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Ana Fernanda Uribe Rodríguez, Hernán A. Vera Rodríguez, Raquel Pérez Díaz, Martha de la Caridad Martín Carbonell, Ilia Cristina Rosario Nieves, Jennifer Castellanos Barreto, Marlene Cabán Huertas, Yeferson Jahir Matajira Camacho, Arbey Jair Peña Peña y Paula Fernanda Pérez Rivero



Escuela de Ciencias Sociales



Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor

Un estudio descriptivo transcultural
Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico
y Cuba (La Habana) 2017

Ara Mercedes Cerquera Córdoba
Ana Fernanda Uribe Rodríguez
Hernán A. Vera Rodríguez
Raquel Pérez Díaz
Martha de la Caridad Martin Carbonell
Ilia Cristina Rosario Nieves
Jennifer Castellanos Barreto
Marlene Cabán Huertas
Yeferson Jahir Matajira Camacho
Arbey Jair Peña Peña
Paula Fernanda Perez Rivero

Apoyos Institucionales:

Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR)

WT141
V4-19

Cerquera Córdoba, Ara Mercedes
Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor. Un estudio descriptivo transcultural. Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana) 2017 / Ara Mercedes Cerquera Córdoba [y otros diez] --Bucaramanga: UPB y Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR), 2019.

158 p: 16.5 x 23.5 cm.

ISBN: 978-958-764-709-9 / 978-958-764-710-5 (versión en línea)

1. Ancianos -- 2. Envejecimiento -- 3. Dolor -- Epidemiología -- 4. Percepción del dolor -- 5. Dolor musculoesquelético -- 6. Manejo del dolor -- I. Título

CO-MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Ara Mercedes Cerquera Córdoba
© Hernán A. Vera Rodríguez
© Martha de la Caridad Martín Carbonell
© Jennifer Castellanos Barreto
© Yeferson Jahir Matajira Camacho
© Paula Fernanda Perez Rivero
© Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR)
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© Ana Fernanda Uribe Rodríguez
© Raquel Pérez Díaz
© Iliá Cristina Rosario Nieves
© Marlene Cabán Huertas
© Arbey Jair Peña Peña

Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor. Un estudio descriptivo transcultural. Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana) 2017

ISBN: 978-958-764-709-9

ISBN: 978-958-764-710-5 (versión en línea)

Primera edición, 2019

Escuela de Ciencias Sociales - Facultad de Psicología

Dirección de Investigaciones y Transferencia - DIT

Seccional Bucaramanga

Arzobispo de Medellín y Gran Canciller UPB: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Pbro. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda

Rector Seccional Bucaramanga: Presbítero Gustavo Méndez Paredes

Vicerrectora Académica Seccional Bucaramanga: Ana Fernanda Uribe Rodríguez

Presidente de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR):

Dr. Jorge Iván Vélez Arocho

Decano del Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta

y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR):

Dr. Hernán A. Vera Rodríguez

Decana de la Escuela de Ciencias Sociales Seccional Bucaramanga:

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Directora Facultad de Psicología Seccional Bucaramanga: Ángela Pilar Albarracín Rodríguez

Gestora Editorial Seccional Bucaramanga: Ginette Rocío Moreno Cañas

Editor: Juan Carlos Rodas Montoya

Coordinación de Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de Estilo: Delio David Arango Navarro

Dirección Editorial

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2019

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (57)(4) 354 4565

A.A. 56006 - Medellín - Colombia

Radicado: 1837-27-03-19

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana y de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR).

Contenido

Introducción.....	9
Capítulo 1. Revisión de la literatura: envejecimiento y vejez.....	13
Introducción	14
Investigaciones sobre vejez.....	18
Envejecimiento y dolor	24
Conclusiones.....	27
Referencias	28
Capítulo 2. Revisión de literatura: aportes de la psicología a la comprensión del dolor en adultos mayores.....	35
Introducción	36
El dolor en los adultos mayores	37
Evaluación del dolor en adultos mayores	40
Intervención psicológica del dolor	41
Conclusiones.....	42
Referencias	43
Capítulo 3. Capítulo de investigación: dolor osteomuscular, actividad funcional, apoyo social y dolor en el adulto mayor. Bucaramanga, Colombia.....	47
Introducción	49
Investigaciones en el contexto colombiano sobre el adulto mayor..	50
Metodología del estudio	54
Resultados.....	56
Conclusiones.....	60
Referencias	61

Capítulo 4. Capítulo de investigación: dolor, limitación de la actividad, apoyo social y variables sociodemográficas asociadas con el dolor osteomuscular en el adulto mayor.

Puerto Rico	65
Introducción	66
Dolor osteomuscular	67
Limitaciones de la actividad (limitaciones funcionales)	69
Apoyo social y adultos mayores	74
Apoyo social y dolor	83
Apoyo social y condiciones osteomusculares	86
Resultados	91
Inferenciales	95
Discusión	96
Conclusiones	97
Referencias	98

Capítulo 5. Capítulo de investigación: dolor osteomuscular, actividad funcional y variables sociodemográficas asociadas con el dolor en el adulto mayor. Cuba.....

101	
Introducción	102
Particularidades del dolor	109
Nivel de dependencia funcional	112
Apoyo social percibido	113
Conclusiones	117
Referencias	118

Consideraciones finales.....	123
Algunas reflexiones metodológicas sobre los estudios reseñados ...	125
Semejanzas y diferencias entre las muestras investigadas	129
Características del dolor	131
Dependencia, actividad y dolor	134
Apoyo social en ancianos con dolor osteomuscular	138
Recomendaciones	139
Referencias	142

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción sociodemográfica del total de la muestra	56
Tabla 2. Valoración cuantitativa del dolor desde las cuatro dimensiones	58
Tabla 3. Prueba índice de Barthel. Nivel de dependencia funcional	59
Tabla 4. Valoración cuantitativa de los tipos de apoyo social percibido MOS	59
Tabla 5. Vinculación laboral de la muestra	91
Tabla 6. Niveles de escolaridad de los participantes	92
Tabla 7. Categoría diagnóstica	92
Tabla 8. Diagnósticos referidos por el adulto	93
Tabla 9. Tiempo de dolor presentado en los adultos mayores	93
Tabla 10. Frecuencia del dolor en los adultos mayores	94
Tabla 11. Resultados de las dimensiones de apoyo social (MOS)	94
Tabla 12. Resultados del índice de Barthel	95
Tabla 13. Distribución de la muestra según datos sociodemográficos	108
Tabla 14. Distribución de la muestra según sexo y edad	109
Tabla 15. Distribución de la muestra según sexo y vínculo laboral	109
Tabla 16. Características clínicas del dolor según cuestionario de McGill-Melzack y GEMAT	111
Tabla 17. Frecuencia del dolor reportada por la muestra para uno y otro sexo según GEMAT	111
Tabla 18. Valoración cuantitativa del dolor desde las dimensiones del cuestionario de McGill-Melzack	112
Tabla 19. Grado de dependencia funcional	113
Tabla 20. Apoyo social percibido	113

Introducción

La presente obra propone al lector una temática desde la mirada física y psicosocial del envejecimiento, para describir de esta forma los factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor desde una perspectiva transcultural, entre Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana). Este texto presenta los resultados de estudios en el área de gerontología, con el fin de dejar en el lector una inquietud en relación con cuáles son los factores que afectan de forma significativa el proceso de envejecimiento y la vejez y poder tomar acciones pertinentes para lograr acercarnos cada vez más a un envejecimiento exitoso.

En un primer momento el lector se encontrará con algunas definiciones sobre la vejez, datos demográficos generales de Colombia (de la ciudad de Bucaramanga), de Cuba (La Habana) y de Puerto Rico con el ánimo de exponer las condiciones del adulto mayor en cada región. Luego se declara la pertinencia de los estudios del envejecimiento, para lograr comprender los cambios durante este proceso del ciclo de vida, y se describen además las representaciones sociales que la sociedad tiene sobre los adultos mayores, como una temática importante en el momento de abordar estudios con esta población. Posteriormente, se profundiza en las investigaciones, fortalezas y debilidades al realizar estudios con población mayor para, finalmente, exponer definiciones sobre dolor, aspecto central del texto, hallazgos en relación con el género, la percepción del mismo, las estrategias de afrontamiento y los estereotipos frente al dolor presentados en mayores, para concluir que la investigación sobre la experiencia de dolor de los gerontes deben contemplar y analizar los contextos y las circunstan-

cias en las que se produce, así como las actitudes que permiten hacer frente a los paradigmas e imaginarios negativos sobre la vejez.

En el segundo capítulo se desarrolla una reflexión respecto a los aspectos psicológicos del dolor en adultos mayores. Inicialmente, se plantea la situación del cambio en la pirámide poblacional y una definición psicológica y fisiológica de la experiencia dolorosa. Posterior a ello, se exponen algunos hallazgos relacionados con las particularidades del dolor en adultos mayores y cómo se diferencia de otros grupos etarios. Luego, se introduce en el capítulo, algunas variables psicológicas que han sido estudiadas en relación con el dolor en esta población. Finalmente, se presentan los objetivos y alcances de la evaluación e intervención psicológica del dolor, haciéndose énfasis en la importancia del desarrollo de instrumentos adecuados y del uso de técnicas terapéuticas eficaces basadas en la evidencia.

En un tercer capítulo se ofrece una reflexión sobre las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores asociadas a la presencia de dolor que se constituye, por tanto, en un problema que requiere de atención en tanto estas enfermedades tienden a agravarse con el tiempo, limitan las actividades diarias y generan un impacto físico, psicológico, social y familiar. Se muestran, además, los resultados de la caracterización del nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido en 200 adultos mayores con autorreporte de dolor en la ciudad de Bucaramanga, pertenecientes a los grupos de Encuentro (autoayuda). Con un método no experimental con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo transversal, se utilizó el cuestionario del dolor McGill, el índice de Barthel y el cuestionario de apoyo social. Se concluyó que, a pesar de que la muestra presenta altos índices de dolor, la mayoría son totalmente independientes y presentan alto apoyo social.

El cuarto capítulo tuvo como propósito mostrar la relación entre las variables de apoyo social, limitación de la actividad (limitaciones funcionales), con el dolor osteomuscular, en una muestra de adultos mayores de Puerto Rico. Con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo–correlacional en el que participaron 200 adultos con una edad promedio de 60 años. Las variables del estudio fueron medidas con cuatro instrumentos: el cuestionario multidimensional para evaluación psicológica del dolor GEMAT, el cuestionario de apoyo social (MOS), el cuestionario McGill y el índice

de Barthel. Los resultados indicaron que el 62,6% de los participantes tenía poca o ninguna dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas. En cuanto al dolor, no se distinguen diferencias en función del género y en la variable de apoyo social, las personas casadas tuvieron puntuaciones más altas. No obstante, existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor por razón de su nivel de dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

En el quinto y último capítulo, se presenta la caracterización del dolor osteomuscular, los factores sociodemográficos y la actividad funcional en ancianos cubanos y se describen las variables identificando si existen diferencias en la edad y sexo para características del dolor. Con estudio descriptivo y transversal, en muestra intencional de 123 adultos mayores, voluntarios, con dolor osteomuscular crónico, se les aplicó: el GEMAT, el *cuestionario de McGill*, el *índice de Barthel*, con estadística descriptiva y X^2 para $p < 0.05$. En los resultados predominaron mujeres con promedio de edad de 73 años, nivel medio superior, viudos, casados, pensionados o jubilados. La mayoría con artrosis, con dolor de un año o más de evolución, de casi todos los días o constante, de intensidad moderada o más, extendido a varias partes del cuerpo, molesto, tenso, deprimente, que disminuye las funciones, con dependencia leve o moderada. Se encontraron solo diferencias significativas para los sexos en cuanto a la frecuencia del dolor con una expresión mayor en las mujeres. Por último, la muestra presenta altos niveles de apoyo social percibido. Aunque el estudio es limitado, se abre la mirada hacia el reconocimiento de las particularidades del dolor en ancianos cubanos desde una visión de la psicología latinoamericana.

El texto, en sus diferentes capítulos, pretende dejar una reflexión en el lector en relación con la variable dolor y su influencia en la persona mayor, estableciendo relaciones con las características sociodemográficas propias de las culturas y de las regiones estudiadas.

Capítulo 1.

Revisión de la literatura: envejecimiento y vejez

Ara Mercedes Cerquera Córdoba¹

Arbey Jair Peña Peña²

Resumen

La esperanza de vida ha aumentado y, en consecuencia, la realidad de las personas mayores desde la perspectiva de la salud y el bienestar psicosocial ha cambiado. En el presente capítulo se subrayan definiciones sobre la vejez. Posteriormente, se dan a conocer datos demográficos generales de Colombia (Bucaramanga), Cuba (La Habana) y Puerto Rico, esto con el ánimo de exponer las condiciones del adulto mayor en cada región. Luego se declara la pertinencia de los estudios longitudinales a la hora de comprender los cambios durante el envejecimiento, y se describen además las representaciones sociales que la sociedad tiene sobre los adultos mayores. Finalmente, se exponen definiciones sobre dolor, hallazgos en relación al género, la percepción del dolor, las estrategias de afrontamiento, y

¹ Doctora en Ciencias Psicológicas, Decana de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad Pontificia Bolivariana, miembro del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: ara.cerquerapb.edu.co

² Psicólogo, Joven Investigador COLCIENCIAS – 2019, miembro del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: arbey.pena94pb.edu

estereotipos frente al dolor presentados en mayores, para concluir que la investigación sobre la experiencia de dolor de los gerontes debe contemplar y analizar los contextos y las circunstancias en las que se produce, así como las actitudes que permitan hacer frente a los paradigmas e imaginarios negativos sobre la vejez.

Palabras clave: vejez, envejecimiento, dolor, investigación.

Introducción

Debido al continuo aumento demográfico de adultos mayores (mayores de 60 años) a nivel mundial (Cardona y Peláez, 2012; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2002), desde la mitad del siglo XX, el envejecimiento se ha convertido en un importante foco de atención desde distintas disciplinas. Cifras acerca de la esperanza de vida presentan un panorama de “éxito” para la humanidad (OMS, 2014); sin embargo, la realidad difiere en que se ha aumentado el reporte de padecimientos e inequidades en dicha etapa (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 2012; Rodríguez, 2010; Sánchez y Salas 2014).

Por tanto, es pertinente que, al hablar de vejez y envejecimiento poblacional, se inicie con las definiciones y conceptos que sobre este periodo de la vida se han venido transmitiendo de generación en generación y de una cultura a otra, teniendo en cuenta las diversas disciplinas encargadas de estudiar el desarrollo, y el impacto en la interacción social y cultural del proceso de envejecimiento. En efecto, envejecer implica una serie de cambios y transformaciones que se expresan en los individuos y poblaciones (Dulcey, Arrubla y Sanabria, 2013), a partir del estudio y abordaje de diferentes componentes (Rodríguez, 2010).

Usualmente, la definición de la edad se ajusta al calendario (orden cronológico), aunque en algunas sociedades la edad es caracterizada con ciertos atributos concebidos desde el plano sociocultural, más que del plano temporal/cronológico (Reyes, 2012; Robledo Díaz, 2016; Rodríguez,

2010). Se destaca la presencia de significados asociados al desarrollo biológico, psicológico y al entorno social y territorial (Cardona y Peláez, 2012; Sánchez, 2015), pues cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera adulta mayor. En algunas sociedades, el retiro laboral y el ingreso a la jubilación, marcan la pauta de entrada en este periodo de vida, no obstante, se sigue manteniendo que la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica (Sánchez, Dueñas y García, 2010), y en este sentido, la edad establecida guarda relación con los cambios y pérdidas de capacidades para mantener la independencia (Salech, Jara y Michea, 2012). Se aprecia que las definiciones normativas que la cultura otorga a las personas de edad avanzada y a su rol varían de cultura a cultura, de manera que cada país determina su índice de envejecimiento poblacional.

Los expertos han tratado de unificar las definiciones de envejecimiento y han llegado al consenso, de que es un proceso natural e irreversible (Beltrán-Campos, Padilla-Gómez, Palma, Aguilar-Vásquez y Díaz-Cintra, 2011; Izquierdo, 2001) en el que todos los seres vivos, por efecto de su condición, experimentan un cambio significativo importante, que con el paso del tiempo implica una serie de modificaciones estructurales, biológicas (Terrés, 2000; Ortiz *et al.*, 2012; Tonelli y Riella, 2014), físicas (Landínez, Contreras Valencia y Castro, 2012; Portal, De la Fuente, Díez y Esbrit, 2016) y psicológicas (Ardila, 2012; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009; Schaie y Willis, 2003) que lleva a los seres vivos –especialmente en el caso que nos ocupa de los humanos– al punto del ciclo de vida de la vejez, a una etapa de transformaciones importantes, pero también hacia nuevos retos y oportunidades, según corresponda a un proceso normal o patológico (Cerquera y Quintero, 2015).

Más aún, el fenómeno de envejecimiento normal se asocia con diferentes procesos, los cognitivos (Ardila, 2012; Aveleyra y García, 2015), los ambientes físicoambientales (Sánchez, 2015), incluso tal como afirman Sánchez, Dueñas y García (2010), procesos demográficos como la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que, conjugadas, determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población. Entonces, tal como lo afirman Dulcey, Arrubla y Sanabria (2013), “el envejecimiento es un proceso diferencial, multidimensional y complejo que se refiere a cambios permanentes en el transcurrir de la vida que depende de factores biológicos y ambientales” (p. 176).

La vejez, por su parte, es un término que significa haber vivido más años que otros (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009), por lo tanto, es un momento de experiencia, sabiduría y conocimiento que –en el plano de lo humano– significa experiencia adquirida, mayores vivencias y desarrollos, lo cual representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humana (Poveda, 2012; Robledo, 2016). Por esta razón, la vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros factores, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas, todo depende, como lo menciona el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2006), de la combinación de recursos y de la estructura de oportunidades individuales y generacionales a que están expuestos los individuos a lo largo de su vida.

Desde la psicología, existen varias concepciones de estudio de la vejez en los planos biológico, psicológico y social, como lo afirma Cerquera (2008). En el plano biológico, se relacionan los aspectos genéticos, fisiológicos y madurativos que llevan a determinar el envejecimiento a partir de los órganos y sus funciones. En el psicológico, implica los mecanismos de adecuación y defensa que poseen todos los seres humanos en los momentos de acomodación y cambio, que en este periodo de la vida aparecen con múltiples transformaciones y, por último, en el plano social, se tienen en cuenta las concepciones de la sociedad sobre la vejez, los estereotipos que se entretienen en ese momento del ciclo de vida y las transiciones temporales regidas por los ritos de paso de una edad a otra.

Sin embargo, a pesar de tener diversas concepciones sobre este periodo de la vida, la sociedad en la que vivimos menciona la vejez de forma peyorativa, les atribuye a las personas que alcanzan esta condición, características de deterioro, minusvalía y enfermedad, incluso se identifican diferencias de estas percepciones según el género (Cerquera, Álvarez y Saavedra, 2010; Cerquera, Galvis y Cala, 2012; Cerquera, Meléndez y Villabona, 2012; Thumala, Arnold, Urquiza y Ojeda, 2007).

Múltiples estudios se han dedicado a explorar las condiciones de deficiencia en diversos aspectos, ya sea cognitivos, emocionales, físicos, sociales y confirman, evidentemente, que la vejez trae consigo deterioros. Sin embargo, se considera necesario que se identifiquen previamente los sesgos

a la hora de trabajar con esta población, sesgos referidos a los estereotipos del investigador, al definir desde el déficit las variables a investigar o incluso a escoger muestras intencionales por deterioros marcados.

Ahora, con el ánimo de continuar con un abordaje contextualizado, se señalan a continuación algunos datos generales referentes a América Latina y el Caribe. Es importante destacar que esta región tiene la esperanza de vida más alta según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) (2012), y por ello se ha proyectado que para el 2025, el 15% de la población latinoamericana estará conformada por personas de edad mayor a 60 años (OMS, 2002), y para el 2050, se podría estar hablando de 114 adultos mayores por cada 100 jóvenes.

Para el caso de Colombia, se ha determinado que a los 60 años es la edad de inicio de la vejez (Ministerio de la Protección Social, 2007), y según indicadores del Banco Mundial, la esperanza de vida al nacer es de 74 años. Entretanto el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2007) expresan que, en el año 2020, los adultos mayores estarán representando un 20,4% del total de la población. Por otra parte, de acuerdo con la información de la PAHO (2012), las principales causas de muerte son “la enfermedad isquémica del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la hipertensión y la diabetes” (p. 208).

Respecto a Cuba, según datos del Banco Mundial (2013), para el año 2014, la esperanza de vida al nacer se proyecta hasta los 79 años, y según el Censo de Población y Viviendas, el 18,3% de la población se encuentra por encima de los 60 años de edad, denotándose un aumento en el año 2015, pues según el Ministerio de Salud Pública (2016), el porcentaje remonta el 19,2%, alcanzando en el 2050 porcentajes entre el 33,2% y 37,2%, según proyecciones de la Oficina Nacional de Estadística e Información de Cuba (2014) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2016) respectivamente.

En cuanto a Puerto Rico, para el año 2015 se registró una esperanza de vida al nacer de 83 años para las mujeres y 75 años para el hombre (Base Internacional del Negociado Federal del Censo, citado por la Oficina del Procurador, 2015) y, en cuanto a los mayores de 60 años, este grupo

representó cerca del 23% del total de la población en el año 2014; en este mismo sentido la proyección para el año 2050 es que la población mayor de 60 años será de un 37,2% (US Bureau of the Census, International Data Base, citado por la Oficina del Procurador, 2015).

Finalmente, en el año 2014 se observó que el 75% de las defunciones correspondieron a personas mayores de 65 años (Sánchez y Morales, 2016), destacándose como principales causas las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus, el Alzheimer y otras enfermedades cerebrovasculares (Departamento de Salud San Juan, 2013 citado por la Oficina del Procurador, 2015).

Investigaciones sobre vejez

Al realizar una revisión exhaustiva de las investigaciones que abarcan este periodo de la vida, es necesario considerar los diferentes aspectos teórico-metodológicos que influyen en su desarrollo.

Uno de los aspectos importantes en la investigación en edad adulta es el enriquecimiento personal y profesional al interactuar con personas que han vivido más años y –que en su experiencia– aportan sabiduría y conocimiento. Esto se ha logrado corroborar mediante el ejercicio de práctica realizado por los estudiantes adscritos al Semillero Calidad de Vida en la Tercera Edad (Espacio de formación adscrito al Grupo Psicología Clínica y de la Salud, el semillero ha sido creado por la Dra. Ara Mercedes Cerquera Córdoba, y se enfoca en la formación a estudiantes interesados en el diseño y ejecución de proyectos sobre calidad de vida del adulto mayor). En dicho proceso se implementa el Modelo Psicogerontológico Integral (Cerquera y Prada, 2010), lo que permite a los estudiantes convertirse en profesionales con aptitudes, actitudes y competencias necesarias, para atender a las necesidades y condiciones que la población adulta mayor de Santander experimenta.

Cabe mencionar en este punto lo que señalan Carbonell y Rúa (2010) quienes afirman –de acuerdo con los estudios longitudinales– que la psicogerontología permitirá:

Examinar prospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias pasadas y presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural. (p. 76).

Lo anterior enriquece enormemente el trabajo investigativo con miras a analizar desde una visión prospectiva el envejecimiento y la vejez. En ese mismo sentido, Díaz, Facal y Yanguas (2010) –frente a los estudios de corte longitudinal– declaran que estos han aportado potencial información para comprender los cambios afectivos, los predictores psicosociales de envejecimiento exitoso, longevidad y mortalidad. Aunque según los mismos autores, son escasos los artículos que permiten relacionar variables de funcionamiento psicológico con parámetros de salud objetivos como la presión arterial, la capacidad respiratoria, la medida de fuerza, las pruebas físicas y parámetros biométricos, entre otros, los cuales sí están siendo incluidos en diferentes estudios longitudinales. Ahora bien, respecto a las medidas de bienestar psicológico y afectivo, los autores afirman que no se tienen aún garantías científicas suficientes, puesto que los instrumentos utilizados no corresponden al rigor metodológico que el estudio longitudinal implica, lo cual puede estar relacionado con el reciente interés hacia la medida del funcionamiento psicoafectivo, frente a lo cual es conveniente que, en los próximos abordajes longitudinales, se dé un salto hacia el enfoque cualitativo.

Igualmente, a la fecha no se destacan estudios longitudinales que acojan las perspectivas mencionadas, siendo necesario reconocer que estos estudios no son frecuentes adicionalmente a la razón de dificultades financieras y de cooperación profesional (Carbonell y Rúa, 2010), lo cual se puede llegar a traducir en las dificultades del rigor metodológico mencionadas previamente.

Otros estudios en la línea de gerontología, han contemplado diversas variables importantes no solo evaluadas desde el rigor metodológico, sino desde el interés teórico que representa su estudio. Cabe anotar, por ejemplo, el abordaje de capacidades cognitivas particulares. Schaie y Willis (2003) han mostrado que el desempeño en el subtest de repetición de dígitos (escala de inteligencia Wechsler en su versión de adultos) está

relacionado con un factor general en la juventud, pero con un factor de memoria en la vejez. Otros trabajos reportados en habilidades mentales primarias, han mostrado cambios en la eficacia a lo largo del tiempo, igual cuando se evalúan las diferencias de género. Por esta razón las investigaciones deben demostrar la relación entre las conductas y las variables y sus condiciones estables en relación al tiempo y la edad, para establecer de esta forma, la confiabilidad de los resultados (Schaie y Willis, 2003) al estudiar esta población.

Ahora bien, es necesario analizar otras dificultades importantes a la hora de realizar investigaciones en poblaciones adultas. Una de ellas está relacionada con la generalización de los resultados, esto significa que no solo depende de la representatividad de las muestras, sino se requiere considerar el cambio de las condiciones personales de los sujetos en el tiempo, como lo mencionan Schaie y Willis (2003), cada vez que se selecciona una muestra que difiere en edad, se está tratando con individuos que pertenecen a poblaciones diferentes, los cambios en niveles de educación, rol profesional, ingresos evaluados en las diferentes cohortes, las situaciones familiares, el nivel socioeconómico y las condiciones socio ambientales y sanitarias influyen en las variables de estudio (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009; Robledo, 2016). Por tanto, cualquier investigación que incluya grupos de edad, estará incluyendo igualmente sesgos en la representatividad de las muestras respecto de su cohorte.

Así pues, las variables a contemplar en la investigación con adultos son innumerables, considerando que a medida que se avanza en edad, se dan muchos cambios heterogéneos producto del ambiente y la cultura, influyendo en los resultados de medición, pues cabe agregar que cada individuo envejece de manera diferente.

Dentro de los cambios propios de la edad, y continuando con investigaciones centradas en desarrollo, algunas confirman que estos cambios deterioran algunos sistemas y órganos del cuerpo humano (Ardila, 2012; Ortiz *et al.*, 2012; Roig, Ávila, Donal y Ávila, 2015; Salech, Jara y Mechea, 2012). Los primeros indicios se encuentran en los cambios relacionados con la piel (Lozada y Rueda, 2010), con el sistema óseo (Portal, De la Fuente, Díez y Esbrit, 2016) y el sistema muscular (Salech, Jara y Mechea, 2012); a menudo se pierden los dientes, la voz es ligeramente más alta de

tono o más débil y suave (Schaie y Willis, 2003). Estos y otros resultados, han llevado a que la investigación logre comprender por qué el adulto mayor requiere de tener mayores estrategias de afrontamiento tanto físicas como emocionales, ya sea para enfrentar el ambiente o las condiciones sociales o económicas adversas.

Por lo anterior, entre los temas de mayor abordaje en investigación sobre la adultez mayor se destacan el afrontamiento (Navarro y Bueno, 2015), el bienestar psicológico y emocional (Jiménez, Izal y Montorio, 2016; Meléndez, Tomás y Navarro, 2008; Navarro, Martínez y Delgado, 2013), la generatividad (Villar, López y Celdrán, 2013) y la exploración de nuevas técnicas para retrasar la aparición de trastornos asociados con la vejez (Mayo, 2011), entre otros.

Por otra parte, algunos de los estudios psicosociales se han centrado en considerar que la definición de vejez y el trato que la sociedad le da a estas personas están enmarcados según los estereotipos que existen sobre este periodo de vida. Es innegable que las evidencias sobre el tema se encuentren fundadas en una sociedad que privilegia la belleza de la juventud y resalta el papel de los jóvenes, lo que crea un deseo de ser, permanecer o parecer joven (Cerquera, De la Fuente, Prada, Marín y Rubio, 2011). Por lo anterior, surge el fenómeno del edadismo, término referido a la energía y los imaginarios sobre la edad, definido como la percepción negativa o estereotipada del envejecimiento y de los viejos o como la asociación diferencial de cualidades negativas con el viejo (Perdue y Gurtman, 1990).

Entre tanto, es necesario considerar resultados de estudios que contrastan esta visión negativa con una mirada diferencial en relación al tema. Como ejemplo, Cerquera, Álvarez y Saavedra (2010) identificaron los estereotipos y prejuicios hacia la vejez en una comunidad educativa, encontrando que existen diferencias y similitudes en dichos estereotipos. De acuerdo con el significado de la expresión vejez, la muestra del estudio la considera como una etapa caracterizada por eventos negativos, sin embargo, coinciden en afirmar que son personas con alto nivel de conocimiento, cuidadosos y que brindan apoyo y compañía. Solamente los preadolescentes y adolescentes asocian la vejez con una situación indeseable a la que ojalá no tuvieran que llegar.

Los estudios corroboran, que es importante replantear la subvaloración del rol social y cultural de las personas mayores en las sociedades modernas (Berrío Valencia, 2012) con propuestas intergeneracionales que permitan reconceptualizar la vejez, ya que como lo afirman Cerquera, Álvarez y Saavedra (2010), a menor información sobre el tema, mayor será la prevalencia de estereotipos y prejuicios sobre la vejez.

En este mismo sentido, investigaciones recientes abordan la vejez desde una mirada salutogénica, es decir, desde la existencia de viejos saludables a los que el deterioro cognitivo no es inherente a la vejez (Roig, Ávila, Donal y Ávila, 2015), con algunas restricciones propias, pero significativamente independientes tanto a nivel físico, como cognitivo y motor.

Entre estos estudios, se destacan los resultados obtenidos por Quintero (2016), en donde encontró en una muestra de adultos mayores sanos de Santander (Colombia), puntuaciones promedio en pruebas de estado cognitivo, funcionalidad física, salud mental y estado nutricional. La investigadora, por su parte, destacó puntuaciones altas en la escala *del Mini-Mental State*, así como también elevados niveles de independencia en las actividades de la vida diaria, y una buena autopercepción de salud mental. Asimismo, en relación al *Mini-Nutricional Assesment* la muestra de este estudio, puntuó con un estado nutricional satisfactorio. Estos resultados muestran que sí es posible considerar un envejecimiento saludable y se propone cuestionar la mirada que se tiene sobre la vejez como sinónimo de enfermedad, deterioro y minusvalía, de cara a una concepción determinada por la experiencia, la sabiduría y el logro.

Por otra parte, el interés por el tema del envejecimiento y la vejez, se evidencia igualmente en el estudio de López Gómez y Marín Baena (2016), quienes tras su revisión teórica y empírica (investigación documental) desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013), identificaron 45 documentos sobre análisis de las representaciones sociales del envejecimiento y la vejez, vinculándolas con aspectos sociales, culturales, académicos e investigativos. Igualmente, el estudio permitió determinar, que la producción científica recopilada, da cuenta del pensamiento social en torno al tema en diversas situaciones tales como la jubilación, la migración, la sexualidad, el cuerpo, el sida, el bienestar, el abandono, la discapaci-

dad, la pobreza, el envejecimiento femenino, y el envejecimiento sano y saludable. También indagan respecto a la cultura, contextos geopolíticos diversos y los diferentes grupos de edad, así como el espacio público, la publicidad, género y relaciones intergrupales. A nivel de la academia encontraron el interés por penetrar en el pensamiento social en cualquiera de sus categorías, en relación con las competencias profesionales de la psicología, la enseñanza superior, la formación en gerontología, la formación en gerocultura, la psicogerontología, las narrativas docentes, la docencia y los discursos del envejecimiento en jóvenes universitarios. De igual manera, algunas investigaciones se interesan en el aspecto metodológico y el diseño de instrumentos para recopilar, medir y evaluar lo que se piensa y se dice, tanto del envejecimiento como de la vejez.

Frente al panorama descrito hasta aquí, es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (2002), afirmó que los países podrían afrontar el envejecimiento, si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgaban políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoraran la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad.

Para el caso de Colombia desde 2004, el Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER) menciona los insuficientes estudios acerca de la transición demográfica y sus implicaciones en la salud, el empleo, la seguridad social, etc., siendo fundamental insistir en la construcción de una política basada en la investigación, con un diagnóstico previo sustentado y en el cual se consideren los aspectos anteriormente mencionados para orientar un sistema de información sobre envejecimiento que aporte al desarrollo de una sociedad incluyente.

Por otro lado, atendiendo a las condiciones propias de los seres vivos que condicionan al organismo a presentar ciertos deterioros, numerosas investigaciones abordan estos aspectos, considerando que en este punto del ciclo de vida, las enfermedades son producto de envejecimiento primario o secundario, es decir, como resultado del estilo de vida, aparecen en la humanidad, deteriorando significativamente su calidad de vida y generando un proceso de dependencia tal, que en muchas ocasiones termina con la institucionalización del mayor.

Por tanto, investigar este periodo de la vida es y seguirá siendo un reto interesante para el investigador y su grupo. Es pertinente mencionar a continuación, parte del abordaje investigativo referente al dolor, eje central del texto, como una de las condiciones o variables relacionadas con el envejecimiento.

Envejecimiento y dolor

El cambio en la transición demográfica y el envejecimiento poblacional, vienen acompañados de una mayor propensión al desarrollo de enfermedades no transmisibles de tipo crónico, que generan una dependencia desde el punto de vista sanitario y social (Hoffman, Paris y Hall, 2003) como demencia, insuficiencia cardíaca, incapacidad funcional, entre otras, que requieren de cuidado y de un cuidador especial (CEPSIGER, 2004), además vienen acompañadas en la mayoría de las veces de dolor.

Por tanto, el dolor se considera una sensación experiencial subjetiva y desagradable, inherente a la condición humana y está determinada por condiciones fisiológicas, culturales y contextuales (Maestre, 2002). Vale mencionar que desde culturas milenarias se ha estudiado el dolor desde diferentes perspectivas. La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés, 2014) ha indicado que la experiencia del dolor ha formado parte fundamental del desarrollo cultural de todas las sociedades. La vejez cobra entonces una significancia trascendental, pues son los mayores quienes reportan mayor dolor en sus diferentes facetas.

Asimismo, es innegable que dicha sensación displacentera está asociada con la edad, y junto con los estereotipos sociales conocidos como “edadismo”, atribuyen a la persona mayor un sinónimo de enfermedad asociada directamente con el dolor; y dado que éste interfiere negativamente en las actividades cotidianas de los individuos en la sociedad, merece una mayor atención por parte de los profesionales de la salud. Autores como Martelli y Zavarize (2014) afirman que el dolor sigue siendo una de las mayores causas de consulta en centros clínicos. Esto se corrobora en el VIII Estudio Nacional de Dolor 2014, en donde el 76% de la población evaluada refirió padecer

dolor crónico o agudo en los últimos seis meses (IASP, 2014), motivo por el cual se considera un problema social y de salud.

Ahora bien, son múltiples los reportes que indican el desborde de los sistemas de salud del país, frente a problemas de salud relacionados con el dolor y en especial con las personas mayores.

Ahora bien, es necesario diferenciar el dolor como experiencia sensorial física, y el dolor como experiencia subjetiva emocional. Existen dolores que no se pueden describir, ya que su intensidad supera los umbrales propios de los seres humanos. Al respecto Almendro, Clariana, Cofiño, Rodríguez, Camarero y Del río, (2010) refieren que esta es una experiencia sensorial y emocional relacionada a una lesión que da cabida a una dimensión psíquica del dolor, más allá de una simple respuesta física. De este modo, se puede abarcar el dolor como una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales (motores) y subjetivos (verbales-afectivos), en la cual pueden subyacer o no componentes patológicos (en el sentido de un cambio estructural), pero que siempre tiene antecedentes y consecuentes fisiológicos, como lo afirman Flor y Hermann (2004).

Como referente, se destaca el estudio realizado por Carvajal y Gambindo (2017) cuyo objetivo fue identificar la percepción y las estrategias de afrontamiento ante el dolor que poseen hombres y mujeres consultantes de la Clínica Piedecuesta, Santander. Los autores encontraron que, para el género femenino, la religión como estrategia fue la más implementada con un 92%, seguida por la búsqueda de apoyo profesional (90%) y de espera (82%). A diferencia del género masculino, quienes implementaron en gran medida la evitación cognitiva (98%), solución de problemas (96%) y negación (94%); se logró identificar por su parte, una diferencia en relación a las estrategias de afrontamiento según el género. Frente a los resultados cualitativos del estudio, en el componente descriptivo que se posee del dolor, se encontró que los hombres refieren el dolor como una sensación fuerte pero soportable; asimismo refieren que esta sensación es posible manejarla en algunos estados, a diferencia del género femenino, quienes refieren el dolor como una sensación más fuerte de lo que pueden soportar, por lo cual consideran, no es posible manejarla.

En relación a las creencias inculcadas por la familia con respecto al dolor, se deduce que la más relevante se presenta en las mujeres, pues el género femenino posee mayor fortaleza que el masculino, por el contrario, los hombres indicaron que la creencia más relevante acerca del dolor inculcada por la familia, enfatiza en buscar asistencia médica. No obstante, se concluye que las personas evaluadas refieren que no existe diferencia alguna entre el dolor que siente una mujer y un hombre; y la atención clínica, se presta de la misma forma independiente del género.

Por otra parte, Plata y Cerquera (2016), citando a Carbajo (2009), se refieren a los diversos mitos y estereotipos en relación con el dolor y el ambiente social de las personas mayores, encontrando afirmaciones que se refieren a la vejez como una situación desdichada, acompañada de abandono, dolor y enfermedad, cuando en contraste con otras investigaciones resulta posible dar cuenta de esta etapa como un periodo de júbilo y bienestar. Dentro del estudio mencionado, se encontró que evidentemente la tendencia de los adultos mayores evaluados era percibir su dolor como tensionante en un 59%, lo que se asocia con un dolor crónico y no agudo.

Por tanto, dentro de las múltiples variables que se deben tener presentes al abordar el tema del dolor en los mayores y especialmente si este es un dolor osteomuscular crónico, se destaca el nivel educativo, la actividad laboral y el apoyo social. Sin embargo, es válido considerar que la experiencia de dolor es individual, por tanto, cada sujeto experimentará y describirá su dolor de formas diferentes y particulares, por su carácter subjetivo y multidimensional, en el que, de forma implícita, como lo enuncian Torregrosa y Buggedo (1994), se trata de describir objetivamente un fenómeno de esencia subjetiva que se encuentra relacionado con la variabilidad individual, pues es precisamente el sujeto quien evalúa su dolor.

Igualmente, es prioritario mencionar el papel de la cultura en las vivencias de dolor, especialmente en las personas mayores, pues existen muchos mitos alrededor del tema, encontrando principalmente referentes de discriminación por género, raza, edad y condición social. En el caso que nos ocupa, la vejez siempre ha sido sinónimo de enfermedad, patología, minusvalía y dependencia, pero en estudios de gran relevancia sobre el tema, se halla que son los mismos adultos mayores quienes expresan que “la vejez no llega sola”, incluso que los dolores son propios y característicos

de esta etapa del desarrollo (Garay y Ávalos, 2009) por tanto, la construcción de estereotipos o imaginarios no halla su génesis únicamente en los otros ciclos vitales.

Por consiguiente, es necesario derrocar mitos y estereotipos relacionados con la creencia errónea de asimilar vejez a dolor, a la par que se construyen y se identifican otras posibles condiciones y estados del adulto mayor. Es por ello que surgió el interés en realizar un estudio transcultural en donde se pudiera identificar por países, cuáles eran los principales reportes de dolor de las personas mayores, utilizando una serie de pruebas que lograron identificar el propósito propuesto por los investigadores.

Conclusiones

El abordaje científico del envejecimiento y vejez es una de las temáticas de la psicología del desarrollo que vale la pena profundizar, teniendo en cuenta el impacto y alcance en la psicología de hoy.

La vejez como ciclo vital es un periodo de vida lleno de cambios, retos y oportunidades, inclusive mayores que otros momentos del ciclo vital, y estos retos llevan a generar investigaciones pertinentes a este periodo del desarrollo.

Por tanto, resulta indiscutible que las investigaciones con esta población tengan en cuenta las múltiples variables que intervienen tanto del rigor metodológico, como de las discusiones teóricas. Dentro de las más destacadas se encuentran la disminución de las funciones físicas incluyendo las motoras y la agudeza en los sentidos, entre otras, sin desconocer los estereotipos sociales que, unidos a lo anterior, determinan un condicionamiento de la vejez como deterioro, minusvalía y deficiencia.

Dentro de este contexto, no se puede dejar a un lado, la experiencia de dolor crónico, producto de las enfermedades primarias o secundarias del proceso de envejecimiento que disminuyen la calidad de vida de las personas mayores, por tanto, los estudios al respecto han enfatizado en las diferentes variables que influyen en la experiencia de dolor de los gerontes,

incluyendo los contextos y las circunstancias en las que se produce esta sensación displacentera.

Referencias

- Almendro, M., Clariana, S., Cofiño, S., Rodríguez, Camarero, B. y del Río, T. (2010). Programa de atención psicológica al dolor crónico: el reto de un afrontamiento activo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(110). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/03.pdf>
- Ardila, A. (2012). Neuropsicología del envejecimiento normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1). 1-20. Recuperado de <https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2012-ardila-neuropsicologc3a-da-del-envejecimiento-normal.pdf>
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (IASP). (2014): Prevalencia del dolor crónico en Colombia: VIII estudio nacional del dolor 2014. Seattle: IASP Press.
- Aveleyra, E. A. y García, S. (2015). Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en el envejecimiento saludable. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, (23), 33-41. Recuperado de <http://inventio.uaem.mx/index.php/inventio/article/view/49/41>
- Banco Mundial. (2013). Datos Banco Mundial Esperanza de vida al nacer. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- Beltrán, V., Padilla, E., Palma, L., Aguilar Vázquez, A. y Díaz Cintra, S. (2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Rev Dig Univ*, 12(3), 1-11.
- Berrío Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194. Recuperado de <http://Doi.org/10.1016/j.rca.2012.04.001>
- Carbonell, M. M. y Rúa, D. O. (2010). Investigación en psicogerontología. En A. Riquelme, M. Ortigosa y M. Martín (Coords.) (2010), *Manual de psicogerontología*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Cardona, A., D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a15.pdf>
- Carvajal, J. y Gambindo, M. (2017). Percepción del dolor y estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y CELADE. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: CELADE.
- Centro de Psicología Gerontológica. (2004). *Envejecimiento, comunicación y política*. Bogotá: Ministerio de Comunicaciones.
- Cerquera, A. y Quintero, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/119>
- Cerquera, A., Meléndez, C. y Villabona, C. (2012). Identificación de los estereotipos sobre envejecimiento femenino, presentes en un grupo de mujeres jóvenes. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 77-88.
- Cerquera, A. y Prada, E. (2010). *Manual de psicogerontología: modelo de intervención psicogerontológico integral*. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión de las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Cerquera, A., de la Fuente, I., Prada, E., Marín, D y Rubio, R. (2011). Imaginarios sociales sobre el envejecimiento en las mujeres en una comunidad de Bucaramanga, Santander, Colombia. En M.E. Flores., M.G. Vega y G.J. González (Eds.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 157-175). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Cerquera, A., Galvis, M. y Cala, M. (2012). Amor, sexualidad e inicio de nuevas relaciones en la vejez: percepción de tres grupos etarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6(2), 73.
- Cerquera, A., Álvarez, J. y Saavedra, A. (2010). Identificación de estereotipos y prejuicios hacia la vejez presentes en una comunidad educativa de Floridablanca. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4 (1), 73-87.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. (2012). Eslabones de la desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/47382/Eslabones_de_la_desigualdad.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. (2016). Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural económicamente activa.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. (2007). Proyecciones de población 2005-2020. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf

- Díaz, P., Facal, D. y Yanguas, J. (2010). Funcionamiento psicológico y envejecimiento. Aprendizajes a partir de estudios longitudinales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(6), 350-357.
- Dulcey, E., Arrubla, D. y Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.
- Flor, H. y Hermann, C. (2004). Biopsicosocial models of pain. En R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (Eds.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. Progress in pain research and management* (pp. 47-75). Seattle: IASP Press.
- Garay, S. y Avalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12(1), 39-58.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (2003). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw Hill.
- Izquierdo, A. (2001). Envejecimiento cerebral normal. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2(4), 197-202.
- Jiménez, M., Izal, M. y Montorio, I. (2016). Programa para la mejora del bienestar de las personas mayores. Estudio piloto basado en la psicología positiva. *Suma Psicológica*, 23(1), 51-59. doi: 10.1016/j.sumpsi.2016.03.001
- Landínez Parra, N., Contreras Valencia, K. y Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- López, M. y Marín, R. (2016). Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 155-202.
- Lozada, S. y Rueda, R. (2010). Envejecimiento cutáneo. *Revista De La Asociación Colombiana De Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 18(1), 10-17.
- Maestre, C. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, (6), 40-52.
- Martelli, A. y Zavarize, S. (2014). Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. *Uniciências*, 17(1). doi: 10.17921/1415-5141.2013v17n1p%25p
- Meléndez, M., Tomás, M. y Navarro, P. (2008). Análisis del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(2), 90-95. Recuperado de [http://Doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71161-2](http://Doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71161-2)
- Ministerio de la Protección Social (2007). Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2016). *Anuario Estadístico de Salud*. 44.^a Ed. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020, dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
- Navarro, A. y Bueno, B. (2015). Afrontamiento de problemas de salud en personas muy mayores. *Anales de Psicología*, 31(3), 1008-1017. Doi:10.6018/analesps.31.3.172481
- Navarro, A., Martínez, B. y Delgado, J. (2013). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society and Education*, 5(1), 41-57.
- Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada. (2015). Envejecimiento de la población: el mundo y Puerto Rico. Recuperado de <https://docplayer.es/81195266-Envejecimiento-de-la-poblacion-el-mundo-y-puerto-rico.html>
- Oficina Nacional de Estadística e Información de Cuba. (2014). *Proyecciones de la Población Cubana, 2015-2050*. La Habana: la Oficina.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Determinantes e inequidades en salud. *Salud en las Américas*, 12-59. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-de-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Volumen de países: Cuba, Puerto Rico, Colombia. *Salud en las Américas*, (642).
- Ortiz, G., Árias, E., Velázquez, I., Pacheco, F., Flores, L., Torres, E. y Ortiz, I. (2012). Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 62(3), 249-257.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). Desarrollo adulto y vejez en un mundo cambiante. En D.E. Papalia, H.L. Sterns, R.D. Feldman y C.J. Camp. (Eds) (2009), *Desarrollo del adulto y vejez* (pp. 1-31). Ciudad de México: Ingramex.

- Perdue, C. y Gurtman, M. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Plata, L. y Cerquera, A. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135.
- Portal, N., De la Fuente, M., Díez, A. y Esbrit, P. (2016). El estrés oxidativo como posible diana terapéutica en la osteoporosis asociada al envejecimiento. *Revista De Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 8(4), 138-146.
- Poveda, D. (2012). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(2), 89-100.
- Quintero, M. (2016). Caracterización de adultos mayores sanos: Una visión salutogénica de la vejez en prevención del envejecimiento patológico. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.
- Ramos, L., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. y Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Reyes, L. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación Universidad Lasalle*, 10(28).
- Robledo Díaz, L. (2016). Los parallogismos de la vejez. *Estudios de desarrollo social: Cuba y América Latina*, 4(1), 94-107.
- Rodríguez, K. (2010). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Roig, C., Ávila, E., Donal, D. y Ávila, B. (2015). La atención al adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3), 346-352.
- Salech, F., Jara, A. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 23(1), 19-29, Recuperado de [http://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](http://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 94-114.
- Sánchez, H. y Morales, J. (2016). *Informe Anual de Estadísticas Vitales 2009-2014*. Puerto Rico: Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo.
- Sánchez, O., Dueñas, D. y García, J. (2010). Acciones intersectoriales para un envejecimiento activo. En P. Castell-Florit (Ed.), *Intersectorialidad en salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 75-86). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Sánchez-González, D. y Salas-Cárdenas, S. (2014). Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. Retos del Urbanismo gerontológico. *Contexto*, 31-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353632354004>
- Schaie, K. y Willis, S. (2003). Desarrollo de la personalidad: continuidad y cambio. En K. Schaie y S. Willis (Eds.), *Psicología de la edad adulta y la vejez* (pp. 262-295). España: Closas-Orcoyen.
- Terrés, A. (2000). Marcadores biológicos de envejecimiento. *Rev Mex Pat Clin*, 47(2), 119-120.
- Thumala, D., Arnold, M., Urquiza, A. y Ojeda, A. (2007). Imaginario juvenil en la exclusión de los adultos mayores. XXVI Congreso Asociación Latinoamericana de Sociología. Latinoamérica en y desde el mundo. Sociología y Ciencias Sociales ante el cambio de época: legitimidades en debate. Guadalajara.
- Tonelli, M. y Riella, M. (2014). Enfermedad renal crónica y envejecimiento de la población adulta mayor. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 34(1), 1-7. Recuperado de <http://ref.scielo.org/6wwtd4>
- Torregrosa, S. y Buguedo, G. (1994). Medición del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23(3), 155-158.
- Villar, F., López, O. y Celdrán, M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. Doi:10.6018/analesps.29.3.14517

Capítulo 2.

Revisión de literatura: aportes de la psicología a la comprensión del dolor en adultos mayores

Ana Fernanda Uribe Rodríguez¹
Paula Fernanda Pérez Rivero²

Resumen

En el presente capítulo se desarrolla una reflexión respecto a los aspectos psicológicos del dolor en adultos mayores. Inicialmente, se plantea la situación del cambio en la pirámide poblacional y una definición psicológica y fisiológica de la experiencia dolorosa. A continuación, se exponen algunos hallazgos relacionados con las particularidades del dolor en adultos mayores y cómo se diferencia de otros grupos etarios. Luego, se exponen variables psicológicas que han sido estudiadas en relación con el dolor en esta población.

¹ Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Vicerrectora Académica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Miembro del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: anafernanda.uribe@upb.edu.co

² Especialista en Psicología Clínica, asistente de investigación, integrante del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: paula.perez@upb.edu.co

Finalmente, se presentan los objetivos y alcances de la evaluación e intervención psicológica del dolor, haciéndose énfasis en la importancia del desarrollo de instrumentos adecuados y del uso de técnicas terapéuticas eficaces, basadas en la evidencia.

Palabras clave: adultos mayores, dolor, evaluación, intervención.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) se espera que para el año 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. En este sentido, es necesario diseñar estrategias que permitan promover la salud mental y el bienestar emocional en los adultos mayores.

En Colombia, este cambio demográfico, supone un gran desafío en cuanto a atención integral se refiere, pues uno de los temas relevantes es la intervención del dolor, porque se ha constituido en uno de los principales motivos de consulta en adultos mayores (Trujillo, 2008).

En el VIII Estudio Nacional del Dolor llevado a cabo por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, se encuestaron 1320 personas, de las cuales el 18,6% eran adultos mayores de 55 años. Los resultados del estudio revelaron que, de este grupo etario, un 76% había presentado algún evento de dolor en los últimos seis meses y que el 47% reportó tener dolor crónico. También, se encontró que el dolor que más afectaba las esferas vitales era el dolor crónico, especialmente la esfera laboral y ocupacional. Por otra parte, el 52% de quienes refirieron dolor crónico, vio afectada su esfera emocional de manera moderada, severa o muy severa (Guerrero y Gómez, 2014).

El dolor en los adultos mayores

Desde una revisión teórica, la definición del dolor ha pasado de entenderse como una respuesta únicamente fisiológica, a comprenderse como una experiencia que se explica a partir de una interacción recíproca y dinámica entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

En otras palabras, podría afirmarse que el dolor es una experiencia sensorial desagradable, emocional y subjetiva, en la que intervienen diversos factores relacionados con el contexto sociocultural y psicológico de las personas (San Bartolomé, 2014).

De acuerdo con Acevedo (2008), los mecanismos fisiológicos implicados en la conducción de la percepción nociceptiva son bastante complejos. Actualmente, se sabe que los cordones posteriores de la medula espinal son los encargados de llevar la información de los receptores hasta el córtex. También, se ha identificado que las zonas que se activan al procesar esta clase de información, incluyen áreas límbicas, paralímbicas y sensitivas, especialmente la corteza del cíngulo anterior, la corteza insular, la corteza prefrontal y las cortezas somatosensitivas primaria y secundaria (McMahon y Koltzenburg, 2007). Los últimos estudios han mostrado que el sistema de neuronas espejo está involucrado en el procesamiento del dolor. Este sistema, es utilizado para prevenir consecuencias desagradables cuando se realizan ciertas acciones, lo cual demuestra su rol en la conducta anticipatoria que prepara al cuerpo para el manejo de la experiencia de dolor (Bustamante, 2008).

En adultos mayores, se ha encontrado que el hipocampo juega un papel fundamental en la respuesta de dolor. En un estudio realizado por Ezzati *et al.* (2014), se encontró que la presencia de dolor crónico en un grupo de adultos mayores institucionalizados, se asociaba con un menor volumen en el hipocampo derecho y también en el volumen total. En relación con lo anterior, existe evidencia en la cual se muestra que la respuesta de dolor cambia con el envejecimiento (Ezzati *et al.*, 2014; Lautenbacher, Peters, Heesen, Scheel y Kunz, 2017). Esta puede ser la razón por la cual, la prevalencia del dolor en los adultos mayores es casi el doble que en personas adultas jóvenes (Olivares y Cruzado, 2008).

Sin embargo, otros autores han propuesto que la aparición de ciertas enfermedades como la artritis, que son más comunes en adultos mayores, llevan al aumento de la nocicepción en esta población (Oliveira, Felson, Reed, Cirillo y Walker, 1995). Otras investigaciones han encontrado que no existe una relación clara entre la presencia de enfermedad y dolor (Dai, Ware y Giuliani, 2012).

En esta línea, Morales y Cote (2010) reportaron en su investigación que, al parecer, existe una diferencia por sexos en la respuesta al dolor en los adultos mayores, pues encontraron mayor prevalencia en las mujeres, y un incremento de la frecuencia del síntoma en relación directa con el aumento de la edad.

Así mismo, el malestar emocional ha sido relacionado con el aumento del dolor. Principalmente, se ha observado que la irritabilidad, la ansiedad y la depresión suelen exacerbar el dolor y favorecen la aparición de respuestas de somatización (Olivares y Cruzado, 2008). En este sentido, el estudio del papel de las emociones y su relación con los sistemas de analgesia, es fundamental para entender cómo las variables psicológicas tienen injerencia en el dolor (Vallejo, 2008). De igual forma, es imperativo comprender, cómo la historia de cada persona puede llegar a moldear la forma como se relaciona con su propia experiencia de dolor.

En la investigación de Molinda, Uribe y Figueroa (2013) realizada en personas mayores hospitalizadas, se encontró que, el aislamiento social, la depresión y la ansiedad aumentaban la intensidad del dolor. También, se halló que este aumento del dolor llevaba a una afectación importante en la calidad de vida de los adultos evaluados. Estos resultados son similares a lo reportado por Smith, Becker, Roberts, Walker y Szanton (2016) quienes analizaron en adultos mayores institucionalizados, la relación entre depresión, limitación funcional y respuesta de dolor. Los hallazgos, sugieren que la depresión media entre la intensidad del dolor y la limitación funcional, por lo cual, la presencia de alteraciones emocionales, podría utilizarse como predictor en el pronóstico de la respuesta de dolor.

Por otra parte, se ha estudiado la relación de las alteraciones en el sueño y el dolor. Anderson, McCrae, Staud, Berry y Robinson (2010) analizaron la capacidad predictora del insomnio, la percepción del dolor y el

estado de ánimo en la intensidad del dolor. Los resultados respecto del patrón de sueño no fueron concluyentes, pero sí hallaron que las alteraciones en el estado del ánimo y las puntuaciones sobre el dolor percibido explicaban hasta el 50% de la varianza en el dolor considerado como clínico.

Sharma *et al.* (2017) sugieren que la percepción subjetiva del dolor determina la forma como las personas se relacionan con el mismo. Los autores proponen que en la percepción están incluidas las respuestas cognitivas, emocionales y las contingencias sociales y culturales de referencia, que moldean la respuesta de dolor en cada individuo.

Busch, Montgomery, Melin y Lundberg (2006) han encontrado evidencia que soporta la anterior hipótesis. En su investigación evaluaron indicadores de memoria y atención relacionados con el dolor, y hallaron que la información de los sentidos relacionados con la experiencia nociceptiva se prioriza en detrimento de los otros estímulos cuando existe dolor crónico. Así mismo, hallaron que esta priorización alimentaba las creencias distorsionadas de los pacientes respecto de los mecanismos de afrontamiento al dolor.

Desde este punto de vista, podría afirmarse que el mantenimiento de estas creencias desadaptativas puede aumentar el malestar emocional y obstaculizar en el restablecimiento de las actividades diarias y por lo tanto la funcionalidad de los adultos mayores. A su vez, puede considerarse, que este sesgo cognitivo actúa como una estrategia de afrontamiento, porque les permite a las personas prepararse para la respuesta de dolor.

En efecto, las estrategias de afrontamiento son fundamentales a la hora de manejar de forma efectiva la intensidad del dolor crónico, sin embargo, en ocasiones la misma estrategia se constituye en un problema, como se mencionaba en el párrafo anterior.

En consecuencia, el estudio de estas estrategias se ha vuelto un tema de interés en las investigaciones psicológicas sobre el dolor. De forma general, se puede definir el afrontamiento al dolor como un recurso psicológico, a través del cual se ponen en marcha mecanismos que tienen por objetivo el cambio en la situación y el cambio en la repercusión que provoca el dolor en la persona (San Bartolomé, 2014).

Respecto de lo anterior, una intervención realizada en España con adultos mayores, para promover el uso adecuado de las estrategias de afrontamiento, mostró que, al utilizar estrategias más adaptativas, se reducía el nivel de dependencia y discapacidad, aun cuando la respuesta de dolor se mantenía presente (Del Río, *et al.*, 2015). De ahí podría suponerse que, un punto clave en el tratamiento del dolor crónico es precisamente el fortalecimiento de los recursos internos de los adultos para el manejo del dolor.

Otros estudios, relacionados con el afrontamiento, han mostrado que el uso de otras estrategias de afrontamiento como la oración y la búsqueda de apoyo emocional en otras personas, resultan ser una herramienta efectiva en el control del dolor moderado (San Bartolomé, 2014). No obstante, se ha encontrado que la mayoría de los adultos mayores utilizan estrategias de control, negación y restricción de la expresión de emociones relacionadas con el dolor, lo cual puede llevar al aumento del malestar emocional y al aislamiento (Crowe, Gillon, Jordan y McCall, 2017).

Por esta razón, es necesario realizar investigaciones que permitan comprender la naturaleza del afrontamiento al dolor en adultos mayores y que sirvan como base para crear modelos de intervención.

Evaluación del dolor en adultos mayores

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados hasta aquí, cabe señalar que un elemento fundamental de la psicología del dolor en adultos mayores, son las estrategias de evaluación de la respuesta de dolor. Ahora bien, aunque existen diferentes modelos de evaluación del dolor, la mayoría de los autores coinciden en que la evaluación debe ser realizada de forma integral. Dentro de los elementos a considerar se encuentran: el impacto del dolor en las actividades de la vida diaria, la afectación de la calidad de vida en general, el cambio de la interacción del adulto mayor con sus familiares, amigos y comunidad, y los costos económicos que supone el tratamiento para el dolor (Cid, Acuña, de Andrés, Díaz y Gómez, 2014).

En cuanto a los objetivos de la evaluación, Olivares y Cruzado (2008) han propuesto que este proceso apunta a:

Determinar el estado emocional, 2) indagar sobre las cogniciones relacionadas con el dolor, 3) evaluar conductas de adherencia a tratamientos médicos, 4) esclarecer el impacto del dolor en la vida de las personas, 5) determinar el grado de adaptación al dolor, 6) esclarecer la injerencia de los factores psicológicos en la etiología del dolor y la exacerbación y mantenimiento del mismo, 7) recabar información válida y confiable para la formulación de caso, 8) valorar la funcionalidad y pronosticar una posible incapacidad y 9) predecir los resultados de la intervención psicológica en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes (p. 323).

Intervención psicológica del dolor

Cabría afirmar que, el fin último de la evaluación psicológica en el dolor, es el diseño de intervenciones realmente efectivas para los pacientes. Actualmente, se reconoce como eje fundamental del tratamiento del dolor la intervención psicológica, que se ha venido desarrollando y perfeccionado producto de las investigaciones, especialmente ensayos clínicos, que muestran cuál es la efectividad de cada método utilizado (Morley, Williams y Eccleston, 2013).

Las primeras terapias que se reconocieron como efectivas para el tratamiento del dolor fueron aquellas basadas en el modelo cognitivo conductual, tal y como muestran algunos estudios (Cooper, Schofield, Klein, Smith y Jehu, 2016; Nicholas *et al.*, 2013). El éxito de estos modelos se debe a que favorecen la desestructuración de creencias distorsionadas, el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, la independencia y la funcionalidad en la vida cotidiana y la regulación de emociones. Además, promueven el mantenimiento de las redes de apoyo social para evitar los efectos que tiene el aislamiento en el estado de ánimo, fenómeno especialmente importante en los adultos mayores.

Últimamente, se ha estudiado la efectividad de las terapias basadas en la aceptación y se ha encontrado que, de forma general, los pacientes responden bien a este tipo de intervenciones (Veehof, Oskam, Schreurs y Bohlmeijer, 2011). La misma situación se presenta con las terapias basadas en *Mindfulness*, con estas se halla mejora en trastornos de dolor, como por ejemplo los trastornos de somatización, la fibromialgia y la fatiga crónica (Lakhan y Schofield, 2013).

De otro lado, las estrategias de intervención combinadas con musicoterapia, han resultado efectivas en la reducción del dolor y el aumento de la energía vital, así como la mejora en el estado de ánimo en adultos mayores (Clements, 2017). También, aquellas que incluyen bailoterapia ha demostrado ser eficaces para disminuir dolor en adultos mayores y aumento de la independencia en la vida cotidiana (Krampe *et al.*, 2014).

Otras estrategias de reciente interés, son las intervenciones en el manejo del dolor a través de nuevas tecnologías. En un estudio de revisión, se encontró que el uso de plataformas web resulta ser útil para el tratamiento del dolor crónico en adultos mayores (Bhattarai y Phillips, 2017). Sin embargo, los autores consideran que se requieren más estudios, para obtener evidencia suficiente que permita mejorar este tipo de protocolos.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta que el dolor está asociado al incremento de la morbilidad y la mortalidad en los adultos mayores (Sibille, McBeth, Smith y Wilkie, 2017), por lo cual se considera como un problema de salud pública importante que desafía el sistema de salud actual en cualquier contexto.

También, es necesario considerar que el dolor crónico se presenta en más de la mitad de los adultos mayores y se constituye en una de las principales causas de incapacidad y pérdida de funcionalidad (Ezzati *et al.*, 2014). En este sentido, el dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores (San Bartolomé, 2014).

Por último, dado el aumento de esta problemática en los adultos mayores, desde la psicología, es imperativo la formación de profesionales capacitados para trabajar en equipos interdisciplinarios que permitan una intervención integral del dolor.

Referencias

- Acevedo, J. (2008). Fisiología del dolor. Parte I: Los receptores del dolor. *Revista Oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor*, 3(2), 10-20.
- Anderson, R., McCrae, C., Staud, R., Berry, R. y Robinson, M. (2010). Predictors of clinical pain in fibromyalgia: examining the role of sleep. *The Journal of Pain*, 13(4), 350-358.
- Bhattarai, P. y Phillips, J. (2017). The role of digital health technologies in management of pain in older people: an integrative review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 14-24.
- Busch, H., Montgomery, W., Melin, B. y Lundberg, U. (2006). Visuospatial and verbal memory in chronic pain patients: an explorative study. *Pain Practice*, 6, 179-185.
- Bustamante, E. (2008). Las neuronas en espejo. *Revista Oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor*, 3(2), 25-35.
- Cid, J., Acuña, J., de Andrés, J., Díaz, L. y Gómez, L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 25(4), 687-697.
- Clements, A. (2017). Artful wellness: Attending chamber music concert reduces pain and increases mood and energy for older adults. *The Arts in Psychotherapy*, 52, 41-49.
- Cooper, K., Schofield, P., Klein, S., Smith, B. y Jehu, L. (2016). Exploring peer-mentoring for community dwelling older adults with chronic low back pain: a qualitative study. *Physiotherapy*, 103(2), 138-145.
- Crowe, M., Gillon, D., Jordan, J. y McCall, C. (2017). Older peoples' strategies for coping with chronic non-malignant pain: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 68, 40-50.
- Dai, B., Ware, W. y Giuliani, C. (2012). A structural equation model relating physical function, pain, impaired mobility (IM), and falls in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 645-652.
- Del Río, E., Herrero, R., Enrique, Á., Peñalver, L., García, A. y Botella, C. (2015). Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con dolor lumbar en salud pública: estudio piloto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 231-238.
- Ezzati, A., Zimmerman, M., Katz, M., Sundermann, E., Smith, J. y Lipton, M. (2014). Hippocampal subfields differentially correlate with chronic pain in older adults. *Brain Research*, 1573, 54-62.

- Guerrero, A. y Gómez, M. (2014). *VIII Estudio Nacional de Dolor Prevalencia del dolor crónico en Colombia*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/321982613/VIII-Estudio-Prevalencia-Dolor-Cronico-en-Colombia-Publicacion-Pagina-ACED-2014>
- Krampe, J., Wagner, J., Hawthorne, K., Sanazaro, D., Wong-Anuchit, C. y Budhathoki, C. (2014). Does dance-based therapy increase gait speed in older adults with chronic lower extremity pain: a feasibility study. *Geriatric Nursing*, 35, 339-344.
- Lakhan, S. y Schofield, K. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatizations disorders: a systematic review analysis. *Plos One*, 8, 1-13.
- Lautenbacher, S., Peters, J., Heesen, M., Scheel, J. y Kunz, M. (2017). Age changes in pain perception: a systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neurosciences and Biobehavioral Reviews*, 75, 104-113.
- McMahon, S. y Koltzenburg, M. (2007). *Wall y Melzack. Tratado del Dolor*. Madrid: Elsevier.
- Molinda, J., Uribe, A. y Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 43-53.
- Morales, J. y Cote, E. (2010). Características clínicas del dolor en adultos mayores de la fundación Santa Sofía en Bogotá. *Revista U.D.C.A Actualidad y Divulgación Científica*, 13(2), 7-14.
- Morley, S., Williams, A. y Eccleston, C. (2013). Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: time for a paradigm shift? *Pain*, 154, 1929-1931.
- Nicholas, M., Asghari, A., Blyth, F., Wood, B., Murray, R. y McCabe, R. (2013). Self-management intervention for chronic pain in older adults: A randomised controlled trial. *Pain*, 154, 824-835.
- Olivares, M. y Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341.
- Oliveria, S., Felson, D., Reed, J., Cirillo, P. y Walker, A. (1995). Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis y Rheumatology*, 38(8), 1134-1141.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- San Bartolomé, J. (2014). Valoración y análisis de las estrategias de afrontamiento de los enfermos oncológicos con dolor crónico. *Revista Enfermería CYL*, 6(2), 74-92.
- Sharma, M., Kantorovich, S., Lee, C., Anand, N., Blanchard, J. y Fung, E. (2017). An observational study of the impact of genetic testing for pain perception in the clinical management of chronic non-cancer pain. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 65-72.
- Sibille, K., McBeth, J., Smith, D. y Wilkie, R. (2017). Allostatic load and pain severity in older adults: Results from the English Longitudinal Study of Aging. *Experimental Gerontology*, 88, 51-58.
- Smith, P., Becker, K., Roberts, L., Walker, J. y Szanton, S. (2016). Associations among pain, depression, and functional limitation in low-income, home-dwelling older adults: an analysis of baseline data from CAPABLE. *Geriatric Nursing*, 37, 348-352.
- Trujillo, C. (2008). Epidemiología del dolor en el adulto mayor. En Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (Ed.), *Dolor en el adulto mayor* (pp. 21-35). Bogotá: ACED.
- Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 417-430.
- Veehof, M., Oskam, M., Schreurs, K. y Bohlmeijer, E. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 533-542.

Capítulo 3

Capítulo de investigación: dolor osteomuscular, actividad funcional, apoyo social y dolor en el adulto mayor. Bucaramanga, Colombia

Ara Mercedes Cerquera Córdoba¹
Ana Fernanda Uribe Rodríguez²
Jeferson Jhair Matajira Camacho³

¹ Doctora en Ciencias Psicológicas, especialista en Psicología Clínica, especialista en Teoría, Métodos y Técnicas en Investigación Social, decana de la Escuela de Ciencias Sociales y profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia. Correo: ara.cerquera@upb.edu.co

² Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Vicerrectora Académica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Miembro del grupo de investigación Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. Correo: anafernanda.uribe@upb.edu.co

³ Psicólogo, especialista en Psicología Clínica, Joven investigador COLCIENCIAS, docente de cátedra de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional, Bucaramanga. Correo: Yeferson.camacho@hotmail.com

Resumen

Comúnmente la presencia de enfermedades crónicas es de mayor prevalencia en los adultos mayores puesto que estos se encuentran en una condición de vulnerabilidad por el declive que trae consigo el aumento de la edad, y por las afecciones físicas producto del envejecimiento primario y secundario. Dado que estas enfermedades tienen en común la presencia de dolor, representan un problema que requiere de atención ya que estas tienden agravarse con el tiempo, limitan las actividades diarias y generan un impacto a nivel físico, psicológico, social y familiar. Por tanto, el objetivo del estudio a presentar fue caracterizar el nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido en 200 adultos mayores con autorreporte de dolor en la ciudad de Bucaramanga, pertenecientes a los grupos de Encuentro (autoayuda). Mediante un método no experimental con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo transversal, se utilizaron como instrumentos el cuestionario del dolor McGill, el índice de Barthel y el cuestionario de apoyo social. Como resultados se encuentra que el dolor se refleja con mayor prevalencia en mujeres casadas, entre los 65 y 75 años, pertenecientes a estrato 3, sin finalización de su básica primaria. Respecto a la variable dolor, la muestra lo describe en mayor medida como brusco 58,5%, cruel 71,5% y molesto 61%. Al diagnóstico, el 72% desconoce las causas de su dolencia, el 80,5% afirma padecerlo hace más de un año y con intensidad fuerte el 38,5%. La mayoría tiene altos niveles de apoyo social y el 86,5% son totalmente independientes. En conclusión, la muestra presenta altos índices de dolor, sin embargo, la mayoría son totalmente independientes y presentan alto apoyo social.

Palabras clave: adulto mayor, dependencia funcional, apoyo social, dolor.

Introducción

La idea de que la vejez se asocia a enfermedad ha prevalecido socialmente en los profesionales de la salud y en la población en general. Aunque la gerontología destaca el carácter fisiológico del envejecimiento, es cierto también que en esta etapa de la vida crece la vulnerabilidad a padecer enfermedades y discapacidades (Ortigosa, Riquelme y Martín, 2010) por el declive físico, psicológico y social que trae consigo el aumento de la edad (Melguizo, et al. 2014).

Con respecto a las principales afecciones crónicas que padece el adulto mayor, Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina (2009) mencionan que son más comunes las enfermedades cerebrovasculares, las demencias, y las osteomusculares, mientras que, para Barragán, Mejía y Gutiérrez (2007), son las cardiopatías, las enfermedades articulares, el cáncer y las enfermedades óseas.

Dichas enfermedades se caracterizan por la presencia de dolor de tipo crónico, que en el adulto mayor es de gran prevalencia (Acuña y Olivares, 2014; Franco y Seoane 2001; Morales y Cote, 2010; Thomas, Peat, Harris, Wilkie y Croft, 2004). Cabe resaltar que, de acuerdo al modelo biopsicosocial planteado por Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk (2007), el dolor es una respuesta dada por componentes neurofisiológicos, conductuales y subjetivos (Ruvalcaba y Domínguez, 2009) en la cual pueden o no presentarse componentes patológicos pero que siempre tienen antecedentes y consecuentes fisiológicos (Flor y Hermann, 2004). Por lo tanto, la atención del dolor crónico implica necesariamente la intervención farmacológica, médica y psicológica. Con respecto a este último, diversos autores como Gatchel y Okifuji, (2006), Sullivan, Feuerstein, Gatchel, Linton y Pransky, (2005), Turk, (2004), Turner y Aaron, (2001) Turner, Jensen y Romano, (2000); hacen énfasis en el trabajo sobre la identificación y cambio de esquemas, pensamientos, creencias y emociones maladaptativas que el paciente tiene respecto a su condición por unos más positivos.

Ahora bien, esta presencia de dolor, junto a los diversos cambios que trae consigo la vejez, genera, en la mayoría de las ocasiones, un deterioro en las capacidades funcionales (Araña, 2011) lo que produce un estado de

dependencia entendido como la imposibilidad del sujeto de valerse por sus propios recursos para realizar las tareas cotidianas (Barrios, Castilla, Montero y Rodríguez, 2011; Bertone, Torres y Andrada 2014; Jiménez *et al.*, 2012; Manrique, Salinas, Moreno y Téllez, 2012).

No obstante, para algunos autores como Santos (2009), el apoyo social –o redes de apoyo que presenta el adulto mayor–, puede mediar en la percepción del dolor y el nivel de dependencia que perciba, ya que dichas variables también presentan un componente subjetivo que pueden ser influenciados por la percepción de apoyo y cuidado suministrado.

Investigaciones en el contexto colombiano sobre el adulto mayor

Con relación a investigaciones propias del contexto colombiano que utilizan algunas de las variables mencionadas en este estudio, se pueden encontrar, en primera medida, los datos de la encuesta nacional sobre dolor realizada por la Asociación Colombiana del Dolor (ACED, 2014) en la que se reportó que un 30% de pacientes mencionaron que no habían recibido atención o tratamiento para esta condición. También se encontró que el 52% de las personas encuestadas que refirieron dolor crónico, tenían afectación emocional que iban desde niveles moderados a severos o muy severos.

Por otro lado, la investigación de Plata y Cerquera (2016) en la que se realizó un estudio en la ciudad de Bucaramanga (Colombia), con una muestra de 70 adultos mayores (62 mujeres y ocho hombres) encontró que la mayoría de sus participantes percibían su dolor como tensionante (59%), con localización interna (57%), al tiempo que provocaba una sensación térmica calurosa (29%), desgarrante (26%) y agotadora (26%).

También se registró que el 9% de los participantes atribuyó al síntoma doloroso, el carácter de sofocante y mortificante, lo que quizás podría asociarse con el padecimiento de un dolor crónico y no agudo. En cuanto al apoyo social, se encontró que el 33% de los participantes percibía apoyo moderado en la dimensión emocional por parte de sus parejas, familiares, amigos, compañeros o personas de la comunidad, entre tanto, el 3% no

percibió apoyo. Igualmente, evidencia que el 39% de la muestra tenía una percepción moderada del apoyo práctico que le brindan las diversas fuentes sociales (pareja, familiares, amigos, compañeros y personas de la comunidad). Finalmente, en el estudio no se evidenció relación significativa entre el índice de intensidad de dolor y las fuentes de apoyo social.

Por su parte en la ciudad de Medellín, Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras y Anaya (2004), realizaron un estudio sobre la influencia de las variables sociodemográficas sobre la incapacidad funcional, el dolor y la desesperanza aprendida en una muestra de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. El estudio tuvo una muestra de 124 pacientes mayores de 27 años a quienes se les aplicaron tres instrumentos en relación con las variables de estudio. La mayoría fueron mujeres (88,7%) con una media de edad de 53 años (DE = 12), el 50,8% de ellas estaban casadas, la mayoría vivía acompañada (98,4%), el 80,7% pertenecía al estrato socioeconómico de la vivienda 2 y 3 (relativamente bajo) y un porcentaje elevado eran amas de casa (48,4%).

En cuanto al marco referencial, los autores describen que la artritis reumatoide, es una enfermedad de naturaleza autoinmunitaria que se caracteriza por la afectación de todo el tejido sinovial de las articulaciones. Adicionalmente, es una enfermedad que afecta aproximadamente al 1% de la población humana, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión. Asimismo, las personas suelen presentar inflamación, dolor, pérdida del movimiento articular y deformidad, los cuales afectan en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas que limitan la independencia económica y los roles sociales del adulto (Vinaccia *et al.*, 2004). En los resultados, se observó que los pacientes presentaron baja incapacidad funcional, un estado de desesperanza relativamente bajo y un grado moderadamente bajo de dolor percibido. Así mismo, se halló que el dolor es un factor predictor moderado de desesperanza y que la incapacidad funcional es un factor todavía más débil, las cuales pueden ser atribuidas a factores culturales que diferencian claramente la sociedad colombiana con otros países.

En otras investigaciones, como las de Cardona *et al.* (2010), que tenían como objetivo analizar el apoyo social de 276 adultos mayores re-

sidentes en los centros de bienestar del anciano en Medellín, Colombia, se identificó en los resultados una mayor participación por parte de las mujeres, quienes en su mayoría eran solteras; y en cuanto a nivel educativo, predominó un nivel de formación hasta la escuela primaria para el total de la muestra.

De otro lado, en cuanto a las redes de apoyo familiar, los resultados señalan que la soledad fue la causa principal que llevó a los adultos mayores encuestados a residenciarse, la segunda causa fueron los problemas de salud tanto en hombres como mujeres, y la tercera, fue decisión de la familia el llevarlo a la institución. Esta situación se presentó con mayor frecuencia en los hombres. Así, se expone que el 22,8 % de los adultos mayores ingresaron a una institución de manera voluntaria y el 21% por problemas económicos. Adicionalmente, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre ambos géneros con relación a las razones de ingreso a la institución. En el caso de las mujeres, fue por voluntad propia, soledad, problemas de salud y problemas económicos; mientras que en los hombres el ingreso se efectuó por decisión de la familia, fallecimiento de la pareja o remisión de otra institución.

De forma similar, Alvarado, García y Salazar (2015), realizaron un estudio cualitativo con 25 adultos mayores con dolor crónico benigno ubicados en las ciudades colombianas de Bogotá y Medellín y en municipios aledaños. La edad promedio de los participantes fue de 70 años y medio, a quienes se le administró una entrevista a profundidad. Los resultados señalaron que, en la primera etapa en la que inicia el dolor, los médicos resultaron de gran apoyo para ayudarles a comprender su situación y además les permitió sentirse acompañados y tratados en un ambiente de cordialidad, lo que provocó que los adultos mayores percibieran una actitud de apoyo incondicional de parte de estos profesionales.

Las narrativas de los participantes apuntaron a una segunda etapa de las condiciones de dolor crónico, caracterizada por la agudización de los síntomas. A esta etapa se le denomina “la crisis” la cual tienden a enfrentar a través del servicio médico, con la administración de analgésicos y posterior seguimiento médico. También, los entrevistados señalaron que en esta etapa encontraron muchos obstáculos burocráticos para la obtención de los servicios médico-hospitalarios que sus condiciones requieren. Esta etapa también se caracteriza por la confusión con las alternativas de trata-

miento y por el desarrollo de escepticismo con los tratamientos, así como también con los diagnósticos y el rol de los profesionales médicos. Incluso, un grupo de participantes manifestó que, al llegar esta etapa, fueron rechazados por varios profesionales del sistema de salud, quienes tendieron a ignorar sus síntomas. El estudio encontró también que, en esta etapa, muchos de los participantes abandonan los tratamientos médicos. Según Alvarado y Salazar (2015), los participantes “prefieren estar en casa, soportando inmensos dolores, antes de sentirse lastimados y oprimidos por el personal de salud” (p. 457).

De otra parte, respecto a sus expectativas frente al sistema de salud, los adultos mayores entrevistados indicaron tener la oportunidad de ser escuchados de forma atenta y empática, de tal forma que se les permita expresar sus sentimientos en las consultas. Igualmente, aspiran que los médicos y profesionales de la salud demuestren interés por su dolor y que se les hagan las pruebas (de laboratorio, radiológicas, etc.) en un tiempo razonable.

Así mismo, en un estudio realizado por Amaya y Carrillo (2015), exploraron la relación existente entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de las personas con dolor crónico no maligno. El estudio de tipo descriptivo-correlacional, tuvo como muestra a 340 personas entre los 36 y los 59 años residentes de la ciudad de Tunja (Colombia). Todos los participantes padecían de algún tipo de dolor crónico no maligno. Uno de los criterios de inclusión en el estudio, era que los participantes hubiesen tenido síntomas de dolores severos por tres años o más. Entre los participantes predominaron personas con patologías neurológicas, neuroquirúrgicas y de dolor óseo o articular.

Dentro de los resultados encontrados se destaca que el 62,35% de las personas con dolor crónico no maligno tenía algún cuidador. Principalmente, y en orden jerárquico, estos eran el cónyuge, los hijos y la madre o padre. Asimismo, se encontró que el promedio de horas diarias en las cuales requerían de cuidado fue de seis horas, aunque la mayor parte (65%) manifestó tener una baja dependencia de cuidados. En general, los participantes manifestaron contar con un alto grado de apoyo. Los niveles mayores de satisfacción de los pacientes de dolor crónico fue la interacción personal, definida como aquella provisión de apoyo a los pacientes para distraerse de sus preocupaciones y dolencias y la ayuda tangible, a través de

la cual los cuidadores realizaban alguna tarea que normalmente desarrollaban los pacientes.

De otra parte, el estudio encontró que las personas con dolor crónico tienden a utilizar algunas estrategias de afrontamiento de su enfermedad. Entre estas, predominaron la religión, la autoafirmación, la distracción, la catarsis y el autocontrol mental. Los resultados demuestran una correlación débil, aunque estadísticamente significativa, entre el apoyo social percibido y el afrontamiento en personas con dolor crónico. Asimismo, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el apoyo social percibido y el afrontamiento activo de las condiciones de dolor crónico.

Metodología del estudio

Con un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y un diseño no experimental de corte transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), se trabajó con una muestra de 200 adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga que referían padecer dolor, mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia usando el método de recolección voz a voz. Los criterios de inclusión fueron: (a) edad mayor o igual a 65 años, (b) tener capacidad y voluntad de responder los cuestionarios, (c) los pacientes que reportan padecer de dolor osteomuscular, (d) los que refieren haber padecido dolor en el mes en que se realiza el estudio, (e) los pacientes que tienen capacidad de firmar el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio aquellos adultos mayores que presentaban una incapacidad física o mental que les dificultaba responder los cuestionarios.

Como procedimiento, inicialmente se creó una estrategia de contacto voz a voz con los estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana con los cuales se entró en contacto con sus familiares adultos mayores, posteriormente, se contactó con la muestra vía telefónica y se concretaron fechas de encuentro para la aplicación de los instrumentos psicométricos. En la investigación se aseguró la confidencialidad de la participación de todas las personas, mediante un consentimiento informado en el que se indicaba que la información obtenida era de uso exclusivamente académico

y sus nombres mantenidos en el anonimato. Lo anterior bajo la Ley 1090 de 2006 numeral 9 del artículo 2, que hace referencia a la investigación con humanos y el respeto a la dignidad y el bienestar de las personas que participan con conocimiento en una investigación. Del mismo modo, se tuvo en cuenta el artículo 50 que dicta que los profesionales de la psicología, al llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Después de la aplicación de las pruebas, se dio lugar al análisis de los resultados mediante el programa estadístico SPSS 22 en el cual se tabularon los datos y se hicieron los diferentes análisis descriptivos de las variables de trabajo.

Como instrumentos utilizados en el estudio fueron: el cuestionario de dolor de McGill (Bejarano, Osorio, Rodríguez y Berrío 1985). Instrumento que consta de 61 adjetivos distribuidos en 20 grupos, incluyendo cada grupo de 2 a 4 adjetivos que califican la experiencia dolorosa. Cada uno de los términos descriptivos tiene asignado un número o rango que permite obtener una puntuación de acuerdo a las palabras escogidas, con lo que se obtiene el denominado *Pain Rating Index* (PRI) o índice de valoración del dolor. Esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa teniendo en cuenta factores emocionales y sensoriales.

Además, contiene un apartado en el cual el paciente refleja la intensidad del dolor que padece, *Present Pain Intensity* (PPI) o índice de intensidad del dolor (Ítem 21) en el cual sobre una figura humana se marcan las zonas donde siente dolor (ítem 22), y los síntomas que acompañan el dolor (ítem 23). Las propiedades psicométricas del MPQ varían en diferentes grupos de pacientes (Bernt, 1991, como se citó en Boyle, Fernández y Ortet, 2003). Al ser una prueba clínica, la confiabilidad de este instrumento se mide por la comprensión de los descriptores y los valores encontrados por ítem, tal y como lo señalan los autores del instrumento.

El cuestionario MOS de apoyo social percibido (Londoño *et al.*, 2012), instrumento que ha sido validado en Colombia y contiene 20 preguntas, con opción de respuesta tipo Likert –nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de las veces (4), siempre (5)– de manera que, a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Los ítems evalúan cuatro tipos de apoyo: *apoyo emocional o informacional*, que se refiere a la compren-

sión empática y la guía u oferta de consejos y orientación (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19, punto de corte: 24 puntos); *apoyo instrumental*, es decir, la provisión de ayuda material que pueda precisar la persona (preguntas: 2, 5, 12, 15, punto de corte: 12 puntos); *interacción social positiva*, referida a la disponibilidad de personas con las cuales salir, divertirse o distraerse (preguntas 7, 11, 14, 18, punto de corte: 12 puntos); y *apoyo afectivo*, la expresión de amor y afecto (preguntas 6, 10, 20, punto de corte: 9 puntos).

El índice de Barthel (Shah, Vanclay y Cooper, 1989), diseñado en 1955 y publicado en 1965 por Mahoney y Barthel. Para esta investigación, se utilizó la última versión actualizada del instrumento realizada por Shah, Vanclay y Cooper, (1989). Su propósito es evaluar el estado funcional de cada paciente ante el riesgo de discapacidad, de modo que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD) consideradas como básicas, se obtiene así una estimación cuantitativa de su grado de independencia, para conocer la funcionalidad del paciente en relación con las actividades de la vida diaria. Cada actividad de la vida diaria comprende cinco rangos de respuesta: 1 representa totalmente independencia, 2 necesita ayuda mínima, 3 moderada ayuda, 4 gran ayuda, 5 dependiente. Confiabilidad del instrumento 0,92.

Resultados

Tabla 1. Descripción sociodemográfica del total de la muestra

Descripción		Fi	Porcentaje
Sexo	Masculino	61	30,5
	Femenino	139	69
Edad	65 a 75 años	117	58,5
	76 a 84 años	64	32,0
	85 años en adelante	19	9,5
Estado civil	Casado	82	41,0
	Soltero	38	19,0
	Viudo	60	30,0
	Divorciado	5	2,5
	Unión no formalizada	5	2,5
	Separado	10	5,0

Descripción		Fi	Porcentaje
Estrato social	2	40	25,0
	3	150	65,0
	4	10	10,0
Vínculo laboral	Vínculo laboral estable	7	3,5
	Vínculo laboral inestable	12	6,0
	Pensionado Jubilado	60	30,0
	Actividad no lucrativa	2	1,0
	Tareas propias del hogar	72	36,0
	Otro	46	23,0
Escolaridad	No sabe leer ni escribir	9	4,5
	No terminó básica primaria	86	43,0
	Básica primaria terminada	51	25,5
	No terminó enseñanza media	24	12,0
	Terminó enseñanza media	13	6,5
	Enseñanza media superior	11	5,5
	Universitario	3	1,5
	Desconoce	3	1,5
Diagnóstico	Artrosis	21	10,5
	Osteoporosis	23	11,5
	Fibromialgia	3	1,5
	Osteoartrosis	1	0,5
	Artritis	4	2,0
	Desconoce	145	72,0
	Línea discal	1	0,5
	Contracción muscular	1	0,5

Número de participantes de la investigación: 200 adultos mayores

Edad media: 74,02

Fuente: autoría propia

En la tabla 1, el 69% corresponde a las mujeres y el 30% a los hombres, con edades comprendidas en su mayoría 58,5% entre los 65 y 75; 41,0% son casados; 65,0% pertenecientes a estrato 3, con un vínculo laboral asociado con la realización de tareas propias del hogar 36% y con un nivel de escolaridad sin finalización de la básica primaria 43,0%. El 72% de la población desconoce su diagnóstico médico respecto a sus dolencias.

Tabla 2. Valoración cuantitativa del dolor desde las cuatro dimensiones

Dimensión		Fi	Porcentaje
Sensorial	Que pulsa	81	69,0
	Brusco	117	58,5
	Que perfora	86	43,0
	Punzante	91	45,5
	Que presiona	108	54,0
	Que estira	86	43,0
	Ardor	46	23,0
	Hormigueo	46	23,0
	Resentido	83	41,5
	Tenso	84	42,0
Afectiva	Fatigante	30	15,0
	Enfermante	44	22,0
	Deprimente	50	25,0
	Cruel	143	71,5
	Desesperante	98	49,0
Evolutiva	Molesto	122	61,0
Miscelánea	Que penetra	127	63,5
	Rígido	39	19,5
	Frío	24	12,0
Intensidad del dolor actualmente	Leve	19	9,5
	Moderado	73	36,5
	Fuerte	77	38,5
	Intenso	15	7,5
	Insoportable	16	8,0
Actividad diaria	Normal	73	36,5
	Disminuida	116	58,0
	Mínima	11	5,5
Sueño	Normal	126	63,0
	Interrumpido	62	31,0
	Sueño	12	6,0
Presencia de dolor	Menos de 3 meses	8	4,0
	De 3 a 5 meses	8	4,0
	6 meses a un año	23	11,5
	Más de un año	161	80,5

Fuente: autoría propia

Respecto a la tabla 2, se observa que la muestra describe su dolor como brusco 58,5%, cruel 71,5%, molesto 61,0%, de intensidad fuerte

38,5%, por más de un año 80,5% con afectación disminuida de la actividad diaria en el 58,0% un ciclo del sueño normal en un 63,0%.

Tabla 3. Prueba índice de Barthel. Nivel de dependencia funcional

	F	Porcentaje
61 a 90 dependencia moderada	12	6,0
91 a 99 dependencia escasa	15	7,5
Totalmente independiente	173	86,5

Fuente: autoría propia

Respecto a la variable *dependencia funcional*, se puede evidenciar que el 86,5% de la población es totalmente independiente, frente a un bajo porcentaje de 6,0% que presenta dependencia moderada y 7,5% que manifiesta dependencia escasa.

Tabla 4. Valoración cuantitativa de los tipos de apoyo social percibido MOS

Tipos de apoyo		Fi	Porcentaje
Emocional/Informacional	Adecuado uso	162	72,0
	Escaso uso	38	28,0
Instrumental	Adecuado uso	167	76,0
	Escaso uso	33	24,0
Interacción social positiva	Adecuado uso	164	73,0
	Escaso uso	36	27,0
Afectivo	Adecuado uso	169	78,0
	Interrumpido	31	22,0

Fuente: autoría propia

En relación con el cuestionario MOS de apoyo social percibido, se puede observar en la tabla 4 que la muestra tiene una buena percepción del

apoyo afectivo (78,0%), seguido del apoyo instrumental (76,0%), interacción positiva (73,0%) y apoyo informacional (72,0%).

Conclusiones

A partir de la investigación realizada en la cual se pretendía describir el nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido en 200 adultos mayores con autorreporte de dolor, ubicados en la ciudad de Bucaramanga y pertenecientes a los grupos de Encuentro (autoayuda), se pudo identificar –respecto a los datos sociodemográficos en cuanto a la variable género– que la muestra estaba conformada en mayor parte por mujeres, lo cual puede indicar que este género reporta más dolor. Así mismo, se halló que la muestra señalaba niveles de ocupación relacionados con las tareas propias del hogar (36%), lo cual guarda relación con el rol cultural con el que se le ha asociado al género.

Por otro lado, se pudo evidenciar que el 43% de la muestra no terminó la educación básica primaria, por lo cual se puede pensar que el 72%, desconoce las causas de su dolencia y este podría ser un factor de riesgo ante el dolor.

Aunque la mayor parte de la muestra presentó un nivel de actividad disminuida (58,5%), sueño normal (63%), con una intensidad de dolor actual fuerte en un 38,5% debido a las causas de sus afecciones; se identificó al medir el nivel de dependencia, que el 86,5% de los adultos mayores señalaron total independencia frente a las actividades de la vida diaria. Lo expresado anteriormente muestra que, en estos adultos mayores, pese a las afecciones físicas propias de la vejez, no presentan deterioro en sus funciones, lo cual difiere de numerosos estudios en los que se ha encontrado que la presencia de dolor –sobre todo de tipo osteomuscular como el de este estudio– conlleva a la dependencia funcional. Así mismo, los anteriores resultados permiten corroborar que el imaginario cultural acerca del adulto mayor *dependiente e incapacitado* responde más a estereotipos sin suficiente argumentación ya que la dependencia funcional no está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores, como por ejemplo, la presencia de enfermedades fuertemente crónicas, estilo de vida poco saludables y presencia de síntomas depresivos etc.

Con relación al apoyo social, se puede identificar que la muestra presenta altos niveles de apoyo en las dimensiones de interacción positiva 73%, afectiva 78%, instrumental 76% e informacional 72%. Estos resultados permiten señalar, hipotéticamente, que el presentar altos niveles de apoyo social percibido, se puede mediar con la percepción de la dependencia y el dolor.

Se recomienda realizar un estudio comparativo en función de la variable género, el cual tenga como objetivo identificar si existe una diferencia en cuanto a las características del dolor (intensidad, percepción emocional y sensorial, síntomas) y el estado funcional del individuo, implementando los mismos instrumentos de evaluación de esta investigación que han sido sugeridos por el consenso interdisciplinario para la evaluación del dolor en el adulto mayor, ya que en precedentes estudios se hallaron diferencias fisioanatómicas, neuronales, hormonales y psicosociales. Así mismo, se sugiere que la muestra cuente con un número equivalente tanto para hombres como para mujeres, logrando señalar si prevalecen diferencias considerables en relación con el género.

Referencias

- Asociación Colombiana del Dolor. (2014). Encuesta Nacional sobre dolor. Recuperado de <https://dolor.org.co/biblioteca/encuestas/VIII%20Estudio%20Prevalencia%20dolor%20cronico%20en%20colombia%20publicacion%20pagina%20ACED%202014.pdf>
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2015). Experimentando el rechazo y las decepciones del sistema de salud durante la experiencia del dolor crónico en el envejecimiento. *Revista de Salud Pública*, 17(3), 450-462.
- Amaya, M. y Carrillo, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-473.
- Acuña, J. y Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica las Condes*, 25 (4), 674-686.
- Araña, S. (2011). Trastornos musculoesqueléticos, psicopatología y dolor. Recuperado de http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/2250cf8c-1f6f-4562-a1f5-6094946c0878/PF09_38.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
- Barragán, A., Mejía, S. y Gutiérrez, L. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública de México*, 48, 488-494.

- Barrios, Z., Castilla, J., Montero, K. y Rodríguez, R. (2011). Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico, en el asilo san Pedro Claver basado en la teoría de Virginia Henderson. *Revista ciencia y salud virtual*, 3 (1) 113-122.
- Bertone, C., Torres, V. y Andrada, M. (2014). Factores sociales e individuales que explican la dependencia funcional de los adultos mayores de cuatro ciudades latinoamericanas. *Revista Científica de la Universidad Nacional de la Rioja*, 1(3), 13-20.
- Bejarano, P., Osorio, R., Rodríguez, M. y Berrío, G. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. *Revista Colombiana de anestesiología*, 13(4), 321-51.
- Boyle, G., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor McGill: correlaciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 111-119.
- Cardona D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Segura, A., Ordóñez, J. y Osorio, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 414-424.
- Congreso de la República. (2006). Ley 1090 de septiembre 6 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial 46 383 de septiembre 6 de 2006.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A. y Molina, J. (2009). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- Flor, H. y Hermann, C. (2004). Biopsicosocial models of pain. En R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (Eds.), *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers. Progress in pain research and management* (pp.47-78). Seattle, EEUU: ASP Press.
- Franco, M. y Seoane, A. (2001). Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8(1), 29-38.
- Gatchel, R.J. y Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic pain management. *The Journal of Pain*, 7, 779-793.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P. y Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 13(4), 581-624.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Jiménez, P., López, F., Portilla, J., Pedrera, J., Jiménez, M., Lavado, J. y Casado, I. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Revista de Neurología*, 55(6), 337-342.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K. y Téllez, M. (2012). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Pública de México*, 53(1), 26-33.
- Melguizo, E., Ayala, S., Grau, M., Merchán, A., Montes, T., Payares, C. y Reyes, T. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichan*, 14(4), 537-548.
- Morales, J. y Cote, E. (2010). Características clínicas del dolor en adultos mayores de la Fundación Santa Sofía en Bogotá. *Revista UDCA Actualidad y Divulgación Científica*, 13(2), 7-14.
- Ortigosa J., Riquelme M. y Martín M. (2010). *Manual de Psicogerontología*. Madrid: Editorial Académica.
- Plata, L. y Cerquera, A. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135.
- Ruvalcaba, G. y Domínguez, G. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19(2), 247-252.
- Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Revista Trabajo Social*, 2(11), 159-174.
- Sullivan, M., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S. y Pransky, G. (2005). Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 475-489.
- Shah S. Vanclay F y Cooper B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703-709.
- Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R. y Croft, P. (2004). The Prevalence of Pain and Pain Interference in a General Population of Older Adults: Cross-Sectional Findings from the North Staffordshire Osteoarthritis. *Pain*, 110(1), 361-368.
- Turk, D. (2004). Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes. *The Spine Journal*, 4(1), 1-7.
- Turner, J. y Aaron, L. (2001). Pain-related catastrophizing: what is it? *The Clinical journal of pain*, 17(1), 65-71.
- Turner, J., Jensen, M. y Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1), 115-125.

Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F. y Anaya, J. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 91-103

Capítulo 4

Capítulo de investigación: dolor, limitación de la actividad, apoyo social y variables sociodemográficas asociadas con el dolor osteomuscular en el adulto mayor. Puerto Rico

Hernán A. Vera-Rodríguez¹
Ilia C. Rosario-Nieves²
Marlene Cabán-Huertas³
Jennifer Castellanos-Barreto⁴

-
- ¹ Catedrático y Decano del Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Doctor en Administración Pública por Nova Southeastern University en Fort Lauderdale, Florida, EE.UU. Maestría en Artes en Administración Pública con especialidad en Administración de Recursos Humanos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Correo electrónico: hvera@puopr.edu
 - ² Directora de la Escuela Graduada de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Ph.D. en Psicología Académica-Investigativa de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Correo electrónico: irorsario@puopr.edu
 - ³ Doctoranda del programa de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Asistente de investigación del Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Correo electrónico: marlenecaban@puopr.edu
 - ⁴ Candidata a Doctora del Programa de Psicología Industrial-Organizacional de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Asistente de investigación del Colegio de Estudios Graduados y Ciencias de la Conducta de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Correo electrónico: jcastellanosbarreto@puopr.edu

Resumen

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación entre las variables de apoyo social, limitación de la actividad (limitaciones funcionales), con el dolor osteomuscular, en una muestra de adultos mayores de Puerto Rico. El diseño fue cuantitativo de tipo descriptivo –correlacional en el que participaron 200 adultos mayores quienes tuvieron una edad promedio de 60 años. Las variables del estudio fueron medidas con cuatro instrumentos: el cuestionario multidimensional para evaluación psicológica del dolor GEMAT, el cuestionario de apoyo social (MOS), el cuestionario McGill y el índice de Barthel. Los resultados indicaron que el 62,6% de los participantes tenía poca o ninguna dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas, en cuanto al dolor, no se distinguen diferencias en función del género y en la variable de apoyo social, las personas casadas tuvieron puntuaciones más altas. No obstante, existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor por razón de su nivel de dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Palabras clave: dolor, limitación de la actividad, apoyo social, dolor osteomuscular, adulto mayor.

Introducción

De acuerdo con la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), el dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (citado por López, 1996, p.49). Así mismo, el dolor tiene componentes sensoriales los cuales hacen referencia a su localización, calidad, e intensidad; componentes cognitivos como analizar e interpretar el dolor en función de lo que siente la persona o cree puede ocurrir; y el componente afectivo-emocional refiere que la sensación de dolor va acompañada de depresión, ansiedad, angustia, etc. De igual

manera, dentro de estos componentes, se tienen en cuenta el componente social y/o cultural, el cual influye en la intensidad del dolor (López, 1996).

En este mismo sentido, el dolor puede clasificarse de acuerdo a su etiología, expectativa de vida, región afectada, características temporales, o desde el punto de vista práctico, usado con más frecuencia, como dolor agudo y dolor crónico (López, 1996). El dolor agudo se entiende como una señal de alarma del organismo, su duración es corta, en algunos casos se acompaña de “ansiedad y signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, fleo, ríaseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros), puede ser superficial (piel y mucosas), profundo (músculos, huesos, articulaciones, ligamentos) y visceral” (López, 1996, p. 52). Por su parte, el dolor crónico, es aquel dolor que persiste durante tres o más meses y a menudo desencadena cambios físicos y psicosociales, como la dependencia familiar y de otros cuidadores, depresión del sistema inmunológico y mayor vulnerabilidad a enfermar, alteraciones del sueño y del apetito, bajo o nulo rendimiento laboral, además de miedo, angustia, depresión y, en casos extremos, suicidio (Noceda, Moret y Lauzirika, 2006). Al mismo tiempo, el dolor crónico se clasifica en benigno y maligno. El dolor crónico benigno no produce ningún tipo de deterioro orgánico, en algunos casos se habla que es un tipo de dolor psicógeno para referirse a que la causa es enteramente psicológica, mientras que en el dolor crónico maligno sí existe deterioro progresivo en el organismo (Moix, 2005). De tal forma que el dolor crónico es uno de los principales motivos por el cual las personas asisten a urgencias y, en este caso, por dolores de mayor intensidad como el dolor musculoesquelético, el cual es referido como uno de los más graves, seguido del dolor abdominal y de vía urinaria (Caba *et al.*, 2014).

Dolor osteomuscular

El dolor osteomuscular es aquel dolor que se asocia con condiciones o enfermedades tales como osteoartritis, artrosis, artritis reumatoide, trastornos de la articulación temporomandibular, osteopenia, osteoporosis, y otras enfermedades y condiciones que aquejan a los sistemas muscular y esquelético.

Al hilo del tema, Noceda *et al.*, (2006), realizaron una investigación con el objetivo de conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos por dolor osteomuscular crónico en dos centros de atención primaria, uno rural y otro urbano. La muestra estuvo conformada por 320 pacientes quienes presentaban dolor crónico de origen osteomuscular y pertenecían a ambos centros de atención. Para medir las variables, los investigadores realizaron entrevistas personales durante los años 2003 y 2004 e igualmente aplicaron la escala visual analógica (EVA). Dentro de los resultados se halló que el 23,4% de la población fueron hombres y el 76,6% mujeres, con una media de edad de 66,6, es decir, que el 57,5% eran personas mayores de 65 años. En cuanto a su estado civil, el 70% eran personas casadas y el 23,1% habían enviudado y en este índice el mayor porcentaje correspondía a mujeres. Un alto porcentaje de la muestra solo tenía estudios primarios (59,4%) y algunos otros estudios no terminados (28,1%). Dentro de la actividad laboral, el 65% de personas cobran una pensión por jubilación, el 15,3% de incapacidad y tan solo el 19,1% de entrevistados se encuentran en actividad. Se consideró que la actividad física que realizaban fue clasificada, especialmente, en un nivel medio (54,7%), seguido de actividad mínima (33,4%) y actividad alta en tan solo 11,9% de los casos. Las mujeres reportaron realizar una actividad física menor. En el análisis, según el diagnóstico causal, se observó que el 62,8% padece artrosis, el 14,7% lumbalgia crónica, el 8,4% osteoporosis y el 2,8% artritis reumatoide. La artrosis está presente en el 72,6% de los jubilados y tan solo en el 39,3% de las personas es activo. En este grupo de pacientes aparecen en el 34,4% otras patologías no especificadas, tales como cervicalgias, metatarsalgias, tendinitis. En los pacientes que realizan una actividad física alta, la proporción de artrosis disminuye y la de lumbalgias aumenta. Finalmente, los investigadores describen que el perfil del paciente con dolor crónico de origen osteomuscular, puede ser descrito como una mujer pensionista pluripatológica de más de 45 años, casada o viuda, de nivel sociocultural bajo, con artrosis de larga evolución.

Limitaciones de la actividad (limitaciones funcionales)

El concepto denominado limitaciones de la actividad o limitaciones funcionales, se refiere en este trabajo a las limitaciones de origen osteomuscular que padecen los individuos y las cuales impactan la realización de actividades de la vida diaria, tales como el autocuidado. Un estudio de metodología mixta (cuantitativa y cualitativa), llevado a cabo por Brooks, Andrade, Middleton y Wellen (2014) tuvo como propósito indagar la relación existente entre variables de carácter físico y otras de naturaleza psicológica en la condición de pacientes hispanos con enfermedades reumáticas.

La muestra estuvo compuesta por 46 pacientes hispanos de una clínica en Washington D.C., EE. UU. la cual está vinculada al Instituto Nacional de Artritis, condiciones musculoesqueléticas y dermatológicas. Para la recopilación de datos, los investigadores utilizaron cuatro instrumentos: una planilla de datos sociodemográficos; la escala corta de aculturación (SAS); el índice de salud para medir discapacidad (*Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-DI)), este cuestionario sirvió para evaluar ocho áreas de la capacidad funcional de los pacientes, es decir, su habilidad o dificultad para llevar a cabo tareas de la vida diaria. La escala de rostros Wong Baker, para medir dolor; y en cuanto al apoyo social, esta fue medida por preguntas abiertas relacionadas con quién o quiénes eran sus fuentes para lidiar con su enfermedad o sus diversos síntomas.

Por tanto, la cantidad de apoyo social se calculó con base en el número de fuentes de apoyo social que tenía la persona. Los resultados se analizaron mediante una matriz en la cual se apareaban las diversas fuentes de apoyo, y el tipo de apoyo que le ofrecían al participante: emocional, instrumental o tangible, informacional o espiritual.

Los resultados demostraron que los adultos tenían una fuente o más de apoyo social. Asimismo, los tipos de apoyo mayormente recibidos fueron el emocional y el instrumental/tangible. Igualmente, las dos fuentes principales de apoyo fueron la familia y la pareja o cónyuge. En cuanto a la variable dolor, la mayoría de los encuestados indicó haber experimenta-

do dolor en los pasados doce meses, al igual que en los treinta días previos a la investigación.

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas en la mayor parte de las variables. Así, por ejemplo, la hipótesis de los investigadores respecto a la relación entre el número de fuentes o la variedad del apoyo social recibido con otras variables –tales como la capacidad funcional de los pacientes y la reducción del dolor– no pudo ser comprobada. Los autores refieren que la homogeneidad de la muestra, la cual estuvo totalmente compuesta por hispanos, mayoritariamente mujeres y pacientes de una misma clínica, pudo haber afectado sus resultados.

De otra parte, en España durante los años 2009 y el 2010, De la Cruz *et al.* (2012), realizaron un estudio poblacional epidemiológico transversal diseñado para valorar la salud de la población adulta. Este tuvo como objetivo estimar el grado de asociación entre la actividad física cotidiana y el dolor de espalda crónico. Como referente bibliográfico los autores señalaron la diferencia entre discapacidad física e inactividad física, en donde “la primera hace referencia a una limitación de la actividad habitual en algún grado, y la segunda se refiere al gasto energético que supone la actividad desarrollada” (p.242). En dicho estudio, participaron 22 188 personas (10 876 hombres y 11 312 mujeres mayores de 16 años). Dentro de los resultados establecieron rangos de edades para los análisis y, dentro de estos, se tuvo en cuenta la población mayor de 65 años, en quienes se observó diferencias estadísticamente significativas: el gasto energético de las personas que presentaron dolor de espalda en los últimos doce meses, fue menor que en aquellas de su mismo sexo que no manifestaron este problema. De esta forma, refieren que, hasta la edad aproximada de la jubilación, la cantidad de actividad cotidiana de los españoles se halló asociada a la prevalencia de dolor de espalda crónico en los últimos doce meses. Por lo tanto, “este tipo de problemas no limita la cantidad de actividad física que desarrolla una persona hasta la edad aproximada de jubilación” (p. 244).

Finalmente, se concluye que la cantidad total de actividad física cotidiana está condicionada por un amplio conjunto de factores no propiamente de salud, sino por “otros elementos que también condicionan la cantidad de actividad física habitual como son las barreras para mantener

un estilo de vida activa, la salud mental, el deterioro concomitantemente en estas personas o la ocupación laboral” (p. 247).

De igual manera, con el objetivo de explorar las características, la forma de diagnóstico, el tratamiento y el impacto del dolor crónico, Herrera *et al.* (2012), realizaron una investigación en Andalucía (España) con una muestra de 405 pacientes que padecían dolor, de los cuales el 26,2% consideraron su estado de salud como normal o regular y el 9% lo calificó como malo o muy malo. La mayoría de los hombres percibieron mejor su estado de salud a diferencia de las mujeres (estado de salud bueno/muy bueno: varones, 68,8% frente a mujeres, 60,9%). Los resultados señalaron que el 15,5% del conjunto de toda la muestra, sufría de un dolor de tipo crónico (lo que significaría el 45,9% de los que sufren dolores), mientras que el 18,3% registra otro tipo de dolores (54,1% de la muestra con dolor).

El perfil más característico de los andaluces con dolor crónico son las mujeres, mayores de 45 años, sin estudios o con estudios de nivel bajo, amas de casa o jubilados. Asimismo, las personas que más sufren de dolor crónico de forma continua son las personas mayores de 65 años, sin estudios y jubilados, predominando el dolor de tipo reumatológico (43,5%) y principalmente en las mujeres.

Adicionalmente, se señalan las repercusiones que pueden tener los dolores sobre la vida cotidiana de quienes lo padecen, especialmente por el efecto que se produce sobre la realización de tareas habituales (como las tareas domésticas y otras fuera del hogar). En segundo lugar, afecta las actividades personales vitales como el asearse, vestirse, comer o dormir. Por último, el efecto sobre las relaciones sociales con amigos y familiares es menor. Asimismo, entre quienes padecen dolor crónico, el efecto es aún mayor, especialmente en las tareas habituales (59,1%) y en las actividades vitales (39,8%). Por lo anterior, se identifica que el nivel de dependencia para realizar actividades personales se presenta mayormente en personas que sufren de dolor crónico. De igual forma, se evidencia una relación directamente proporcional con la edad, es decir, que, a mayor edad, mayor es el grado de dependencia. De igual forma, se destaca la importancia de segmentar los resultados de los estudios relacionados con el dolor, especialmente el osteomuscular, la limitación funcional, y variables relacionadas al

apoyo social y la calidad de vida del adulto mayor con base en las variables sociodemográficas, tales como género, edad, estado civil, entre otras.

De forma similar, Thompson, Zack, Krahn, Anseren y Barile (2012) llevaron a cabo un análisis cuantitativo de variables provenientes de la encuesta denominada sistema de vigilancia de factores conductuales (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*) en la cual se registra una encuesta telefónica de gran escala llevada a cabo por el Departamento de Salud de los Estados Unidos en los 50 estados continentales, Puerto Rico y las Islas Vírgenes Norteamericanas. Esta fue completada por más de 430 000 adultos mayores de 18 años en el año 2009. El estudio utilizó los datos de 268 120 adultos mayores de 50 años. Como variables independientes se tuvieron en cuenta las limitaciones funcionales, variables sociodemográficas, el uso de servicios médico hospitalarios y los comportamientos de salud modificables. De las variables dependientes se utilizaron los resultados de la escala del centro de control de enfermedades de los EE. UU. (CDC) denominada escala de calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL por sus siglas en inglés).

En el análisis de regresión múltiple se evidenció que los participantes con limitaciones funcionales tendían a tener más edad, a ser mujeres, afroamericanas o hispanas, con un nivel educativo más bajo, con un nivel socioeconómico bajo, y con estado civil separado, viudo o divorciado. Igualmente, las personas con limitaciones de actividad (funcional) de 50 años o más, reportaron tener más días en los que no se sintieron saludables que sus homólogos sin estas. De otra parte, tanto las personas mayores de 50 años con limitaciones funcionales, como las que no las tenían, indicaron tener dificultades para enfrentar los costos del cuidado de la salud.

En cuanto a la calidad de vida, se encontró una asociación entre el poseer una limitación funcional y el haber reportado días en los que no se sintieron saludables. Los autores destacan, que un gran número de participantes con limitaciones funcionales no reportaron días “no saludables”, tanto en el aspecto físico como el mental, lo cual es indicativo de un alto nivel de calidad de vida.

Por último, los participantes mayores de 65 años, demostraron una tendencia menor a reportar “días no saludables” que sus contrapartes entre

las edades de 50 a 64 años. Los autores refieren que esto puede ser debido a cambios en las percepciones relacionadas con la edad. Así pues, aunque quizás posean algunas limitaciones, los grupos de mayor edad tienden a pensar que se encuentran bien para su edad.

De acuerdo al estudio realizado con adultos mayores en la unidad gerontológica “Casa del Abue” de Puebla, México, los adultos mayores entienden que es importante la actividad física para su salud, y más si se basa en el apoyo emocional que reciben. Igualmente, hay factores intrínsecos como la edad, el estado civil y el proceso biológico del envejecimiento que afectan la participación social, lo cual genera desconfianza en sí mismos y emociones negativas que pueden limitar su actividad física. Adicionalmente, perciben que el estado de salud es el principal obstáculo para la ejecución de la actividad, así como también el factor económico, el cual observan como un recurso necesario, pero que no siempre disponen. Los autores concluyen que la actividad física, más que una forma de autocuidado, es una forma de esparcimiento para el adulto (Porrás, *et al.*, 2010).

En este sentido, Moix (2005) expone que en algunas ocasiones el dolor llega a limitar y afectar la funcionalidad de las personas en cualquiera de sus áreas: laboral, social, sexual, familiar, etc. A nivel familiar, puede cambiar la relación de pareja, la cual no se desliga de su vida sexual. A nivel laboral y económico, las limitaciones para laborar u operar con la misma vitalidad y a nivel social en ocasiones se da el aislamiento por parte del adulto (Amaya y Carrillo, 2015). Sumado a ello, se hallan las limitaciones de las actividades cotidianas, causas del dolor crónico como se han nombrado en las investigaciones anteriores.

Por otra parte, es importante destacar el estudio de Lafata, Koch y Wlissert (1994), quienes llevaron a cabo un análisis de datos secundarios obtenidos de la *Encuesta Nacional de la Salud de los EE. UU.* del año 1989 (*National Health Interview Survey*) y el *Archivo de Recursos de Fuentes de Áreas* de 1991 (*Area Resources File System*). Con estos datos, realizaron un análisis de regresión logística para crear un modelo que incluyera las variables: sociodemográficas, información sobre el condado de los EE.UU. en el que vivían y algunas variables contextuales que podían predecir la limitación funcional. Los resultados señalaron que la limitación de actividad o limitación funcional estaba relacionada con la edad, el género, y el

estatus socioeconómico de los individuos. De igual forma, indicaron que los adultos, los hombres y mujeres de razas no anglosajonas, tendieron a informar niveles mayores de limitación de actividad que sus contrapartes anglosajonas. De otra parte, las limitaciones agudas de funcionalidad tendieron a aumentar con la edad y se relacionaron directamente con el nivel de ingresos (a menor nivel de ingresos, menor funcionalidad). Igualmente, entre los participantes adultos, las limitaciones funcionales tendieron a ser más prevalentes en féminas que en los varones.

Apoyo social y adultos mayores

El apoyo social se puede explicar como un proceso complejo que incluye interacción entre las diferentes estructuras sociales, las relaciones humanas y los atributos de la persona (Heller y Swindle, 1983 según se cita en Londoño *et al.*, 2012).

El estudio del apoyo social en los adultos mayores es un tema que se evalúa en diversos países del mundo, debido a la relevancia que tiene el acompañamiento en esta etapa de la vida del ser humano. A continuación, se describen algunas de las investigaciones que se han realizado en el continente asiático, europeo y americano, con el fin de tener un panorama general frente a las variables de estudio que se abordan en este capítulo.

En el territorio Unión de Chandigarh en India, Jaswal y Singh (2014) realizaron una investigación con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, con el propósito de comparar el apoyo social percibido entre estos dos grupos. El estudio tuvo una muestra de 337 participantes, quienes tenían una edad entre 60 a 80 años. De estos, 200 no estaban institucionalizados y fueron seleccionados aleatoriamente de un marco muestral de 23 000 adultos no institucionalizados en la ciudad. Por otro lado, los adultos mayores institucionalizados (137) se seleccionaron del listado de la agencia de servicio social de Chandigarh, los cuales correspondían a seis hogares de adultos mayores.

A los participantes se les suministró la *escala de apoyo social* y una planilla de información general con preguntas abiertas. Los resultados exponen

una percepción más alta de apoyo social entre los participantes no institucionalizados (47%) en comparación con los institucionalizados (41%). Es importante señalar que, tanto los adultos institucionalizados como los no institucionalizados, percibieron un bajo nivel de apoyo social (59% y 53% respectivamente). En cuanto al género, los participantes varones tendieron a percibir niveles más altos de apoyo social que las mujeres, tanto para adultos mayores institucionalizados como los no institucionalizados.

Por otra parte, refieren una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el nivel educativo de los participantes no institucionalizados, aquellos con mayores niveles de educación demostraron mayores niveles de percepción de apoyo social. Adicionalmente, se destaca que la pareja (esposo/esposa) es la primera fuente de apoyo social de los adultos mayores en ambas categorías. Los autores concluyen que tener una pareja protege a los adultos mayores de vivir solos, ya que pueden aparecer sentimientos de soledad una vez estos vínculos se rompen. Por lo tanto, vivir solos tiene efectos negativos en la percepción del apoyo social de los adultos mayores.

Ahora bien, en un estudio realizado en China por Li, Ji y Chen en el 2014, se exploraron las diferentes fuentes de apoyo familiar. Dicha investigación tuvo como objetivo evaluar los roles desempeñados por diversas fuentes de apoyo social en distintas facetas del bienestar emocional de los adultos mayores. Los autores definieron bienestar emocional como la calidad de las experiencias vividas en el día a día de un individuo, esto es, la frecuencia e intensidad con las que se sienten experiencias como la alegría, la fascinación, la ansiedad, la tristeza, el enojo o las emociones que hacen de la vida algo agradable o desagradable.

El estudio contó con 700 participantes adultos mayores de 60 años, los cuales fueron seleccionados por disponibilidad y entrevistados en sus casas o en los hogares de adultos mayores. La entrevista estuvo compuesta por tres preguntas abiertas y un apartado que midió el bienestar emocional a partir de 12 adjetivos positivos que la persona calificaba en una escala tipo Likert, una puntuación más alta indicaba sentimientos positivos.

Los resultados demuestran que los adultos reciben apoyo social desde una estructura descendiente, es decir, el orden de apoyo es el cónyuge,

los hijos y los amigos. Por lo tanto, cuando faltaba el cónyuge, el primer lugar de apoyo lo otorgaban los hijos. De igual manera, los autores realizaron dos modelos de regresión múltiple para probar dos modelos de relación. En el primero, el apoyo del cónyuge fue el único predictor para sentimientos positivos y negativos, y el apoyo de las amistades únicamente predijo sentimientos positivos para los adultos mayores casados de mayor edad. De otra parte, el apoyo de los hijos reemplazaba el apoyo del cónyuge y fue únicamente significativo en adultos mayores viudos o divorciados y significativo en los sentimientos negativos.

En el segundo, los resultados no difirieron de aquellos del primer modelo. Sin embargo, los investigadores hallaron que la edad, la salud y eventos de la vida, están asociados a sentimientos o emociones positivas o negativas. Así, por ejemplo, se encontró que el tener 80 años o más y estar casado estaba relacionado con sentimientos más negativos. Lo mismo se encontró con los viudos de 70 años o más. En términos de salud, los resultados indicaron que, a peor salud, los sentimientos negativos serían mayores. Asimismo, los eventos negativos en la vida se asociaron con menos actitudes positivas para los viudos y divorciados.

En términos de la frecuencia del contacto para los casados, fue mayor la del cónyuge, seguida por la de los hijos y la de los amigos. En términos de las fuentes de apoyo, se encontró que, para los casados, primero fue el cónyuge, seguido por hijos y amigos. En contraste, para los viudos o divorciados, primero eran los hijos y luego los amigos.

Respecto al apoyo recibido para los casados, primero destacaron los cónyuges, seguidos por los hijos y los amigos. Para los viudos y divorciados, la jerarquía comenzaba con los hijos y luego con amigos. Resulta interesante puntualizar aquí que el estudio señala que, en China, contrario a otras jurisdicciones, cuando un adulto mayor no tiene apoyo de su pareja, a los hijos se les puede requerir residir con él o ella.

Por su parte, Castellano (2014) realizó un estudio en el que se exploró la influencia del apoyo social en el estado emocional, y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de 114 adultos mayores de la Isla de Tenerife, España. La autora utilizó seis instrumentos para recopilar sus datos, cinco de los cuales eran adaptaciones de instrumentos an-

glosajones. En los resultados no se identificaron diferencias por género en cuanto a la percepción del apoyo social ni del estado emocional. El 94,9% de los encuestados manifestó contar con apoyo social. Asimismo, los participantes indicaron que el mismo provenía básicamente de los familiares y que eran los hijos e hijas las principales fuentes de apoyo social. La autora infiere de sus resultados que “a mayor apoyo percibido, menos problemas padece la persona mayor” (p.374).

De otra parte, la mayoría de los participantes indicaron que la segunda fuente de este apoyo era el cónyuge. Estos resultados son compatibles con los de Vera y Domínguez (2005) quienes encontraron que los hijos eran la fuente primordial de apoyo social de la mayoría de los 160 adultos mayores estudiados en el Estado de Sonora, México, e igualmente se identificó que el cónyuge es la segunda fuente de apoyo social. Asimismo, sus resultados refieren que aquellas personas con niveles más altos de apoyo social, una frecuencia alta de contactos y una extensa red de apoyo social, demuestran niveles más altos de bienestar subjetivo.

En este sentido, en cuanto al bienestar, una investigación realizada por Marrero y Carballeira (2010) exploró las relaciones entre diversos indicadores de bienestar, con el objetivo de estudiar si el optimismo y el apoyo social incidían de manera similar o diferencial en cada uno de ellos. El estudio tuvo una muestra de 477 personas entre los 18 y los 66 años, seleccionados por conveniencia. En los resultados se expone que las personas con mayor percepción de apoyo se sintieron más satisfechas con sus vidas, mostraron mayor satisfacción con la pareja, estaban más ajustadas psicológicamente y tenían más emociones positivas y menos emociones negativas. Sin embargo, la cantidad de fuentes de apoyo resultó menos relevante para el bienestar.

El análisis de las diferencias entre personas optimistas frente a las poco optimistas, confirmó el patrón descrito, las optimistas demostraron tener mejor ajuste psicológico, mayor satisfacción en áreas vitales (salvo en las áreas, laboral y de ocio), y mayor satisfacción con la vida. Asimismo, denotaron experimentar más emociones positivas y menos negativas, así como una mejor percepción del apoyo social. Por otra parte, al observar el efecto conjunto del optimismo y del apoyo social en el bienestar, se observó que las personas con alto optimismo y alto apoyo demostraron

más emociones positivas, mayor satisfacción con el ocio y con la vida, así como menos emociones negativas, menor depresión y menor sensibilidad interpersonal, que las personas optimistas con escaso apoyo social.

Al analizar la capacidad del optimismo y del apoyo social para predecir el bienestar subjetivo, los investigadores encontraron que estos factores apenas predecían la satisfacción en áreas específicas. Por otro lado, predijeron cerca de un 30% de la varianza de la satisfacción vital, por otro, un 20,2% el ajuste psicológico y alrededor de un 14% las emociones positivas y las emociones negativas.

Por su parte, en países de América Latina y el Caribe, se experimenta un aumento progresivo en la cantidad de adultos mayores en comparación con el resto de la población. Este fenómeno tiene como base el aumento en la expectativa de vida al nacer, el control de la natalidad, lo cual lleva a las familias a tener menos hijos, así como la disminución en la tasa de mortalidad debido a mejoras en los sistemas sanitarios y la atención médico hospitalaria. Referente a lo expuesto, a continuación, se presentan investigaciones realizadas en algunos países de América Latina y del Caribe.

En el año 2015 Gallardo, Sánchez, Arias y López realizaron un estudio en Chile que tuvo como propósito identificar la relación entre diversas dimensiones del apoyo social y los síntomas depresivos en personas mayores. La investigación fue de tipo transversal y la muestra estuvo conformada por 493 personas mayores que residían en el extremo norte de Chile al momento del estudio.

Para medir las variables se usaron cuatro instrumentos, los cuales fueron, el inventario de recursos sociales en personas mayores (1987; Fernández Ballesteros, 2000), el cual explora aspectos sobre las redes sociales (como tamaño y frecuencia), aspectos funcionales (apoyo emocional, instrumental e informacional) y la satisfacción con las relaciones; el cuestionario de apoyo social percibido de García *et al.* (2002), que evalúa cuatro dimensiones del apoyo: emocional, consejo, ayuda y la reciprocidad en el apoyo. Finalmente, se utilizó la versión abreviada de la escala geriátrica de depresión de Brink *et al.* (1982). Para el análisis de los datos, se realizaron estadísticas descriptivas, de regresión jerárquica y de ecuaciones estructurales. En cuanto a los niveles de depresión, se identificó que el 23% de la

muestra padecía de niveles leves de depresión, mientras que un 6% tenía una depresión establecida. Respecto al apoyo social, los resultados apuntaron a que el cónyuge y los hijos eran las fuentes de apoyo relevantes para los síntomas de depresión, primordialmente en las dimensiones instrumental y emocional.

De igual forma, en Chile, Vivaldi y Barra (2012) realizaron un estudio en el que se examinaron las relaciones entre las variables de bienestar psicológico, apoyo social percibido y la percepción del estado de salud entre adultos mayores de 60 a 87 años de la ciudad de Concepción en Chile. Para la recopilación de datos, los investigadores utilizaron un formulario de datos sociodemográficos, la escala de bienestar psicológico de Ryff (versión en español de Díaz y otros, 2006) y la escala de apoyo social percibido de Zimet (versión de Arechabala y Miranda, 2002).

En los resultados se describe una correlación moderada entre el bienestar psicológico global y la percepción de salud. Esta fue más marcada en hombres que en las mujeres. Asimismo, se halló una relación significativa entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico global. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del apoyo social por razón del género de los participantes. De otra parte, el estudio encontró que los participantes casados o con una pareja estable, demostraron niveles más altos de bienestar psicológico global y una mejor percepción de apoyo social que aquellos que estaban solteros o sin pareja. Por último, el bienestar psicológico, demostró estar más relacionado con el apoyo social percibido que con las percepciones de la salud de los participantes.

Una investigación con una temática similar es el de Pereira de Brito y Lost (2012). Su objetivo principal fue el de identificar la relación entre el apoyo social y la capacidad funcional de adultos mayores con alteraciones cognitivas. El estudio utilizó un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo-correlacional. Para obtener la muestra se utilizaron datos de un estudio llevado a cabo en el 2007, en la zona de Sao Paulo, Brasil. Se tuvo una muestra de 101 adultos mayores de 60 años de edad en adelante. Se incluyeron aquellos adultos mayores cuyos resultados en el *Mini-Exam for Mental State* (MEMS) indicaban que tenían alteraciones cognitivas. Se tuvo en cuenta como criterio de exclusión el presentar problemas serios de lenguaje o comprensión.

Para medir las variables, los investigadores aplicaron el *Medical Outcomes Study* (MOS) para evaluar el apoyo social; el Katz Index para evaluar el desempeño en actividades básicas del diario vivir (actividades relacionadas con autocuidado, como alimentarse, bañarse, vestirse, entre otras) y el *Functional Activities Questionnaire*, para evaluar el desempeño en actividades instrumentales del diario vivir, como la habilidad para preparar su comida, ir de compras, transportarse, el mantenimiento de la casa, usar el teléfono, manejar las finanzas, tomar medicamentos y recordar arreglos, eventos familiares y festividades. Para el análisis de los datos se aplicó la distribución de Shapiro-Wilk y el coeficiente de correlación de Spearman.

Los resultados del estudio señalan que el 84,2% fue clasificado como independiente bajo los criterios del Katz Index. Sin embargo, se halló que, en el desempeño de las actividades instrumentales, los adultos mayores necesitaron ayuda para hacerse cargo de su propio dinero (52,7%) y recodar arreglos, eventos familiares y festividades (58,3%). En cuanto al apoyo social en general, las personas mayores puntuaron con 74,43% en la escala, lo cual es indicativo de unos niveles de apoyo de moderado a alto. De otra parte, al analizar las diferentes dimensiones del apoyo social, el apoyo instrumental y el afectivo reflejaron ser satisfactorios en las personas mayores de esta muestra. Por otro lado, las dimensiones relacionadas con el apoyo emocional, informacional y la interacción social positiva, mostraron un nivel por debajo del promedio. Al realizar el análisis de correlación de Spearman no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el Katz Index, el cual medía las capacidades para llevar a cabo actividades básicas del diario vivir, y las dimensiones del apoyo social, excepto con la dimensión de apoyo emocional, con la cual sí se obtuvo una relación estadísticamente significativa negativa.

Por otro lado, Acuña y González (2010) estudiaron la relación entre la autoeficacia (percibida) de los adultos mayores para realizar sus labores cotidianas y el apoyo provisto por su red de apoyo social. El estudio se llevó a cabo en México en el año 2010 y tuvo una muestra de 100 adultos mayores, los cuales asistían regularmente al Jardín de la Tercera Edad de la Ciudad de Chapultepec. Los investigadores utilizaron la entrevista como método para recopilar la información. Los resultados de este estudio demostraron que había correlaciones estadísticamente significativas entre la autoeficacia general y sus dominios y la red de apoyo social general, así

como con algunos de sus componentes, destacándose entre estos el apoyo emocional.

De igual manera, en otro estudio realizado en México por Cárdenas, Villarreal, Vargas, Martínez y Galicia (2009), tuvo como objetivo determinar la relación entre el apoyo socio-funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. El estudio incluyó en su muestra a 29 jubilados de 60 años en adelante. La muestra, se dividió en dos submuestras a partir de la puntuación en la escala moral de satisfacción del centro geriátrico de Filadelfia modificada y traducida por Montorio (1972). La subdivisión de la muestra se hizo a partir de niveles de satisfacción que demostraron los participantes. Se dividió entre aquellos que denotaron unos niveles altos y los que tuvieron unos niveles bajos de satisfacción vital. Asimismo, se estudiaron variables sociodemográficas, relacionadas con la jubilación y el apoyo social funcional, el cual se midió con la escala de apoyo social funcional de Duker-UNC-11 (1996). Los resultados revelaron que las características sociodemográficas y las relacionadas con la jubilación no presentaron diferencias significativas por razón de los niveles de satisfacción vital (altos o bajos). Sin embargo, denotaron una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo social funcional y la satisfacción vital entre los jubilados estudiados.

De forma similar, Clemente, Tartaglini y Stefani (2008), llevaron a cabo un estudio con 150 adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires. El estudio, de diseño correlacional, indagó la relación existente entre el bienestar psicológico, el estado de salud percibido y las redes de apoyo social de adultos mayores no institucionalizados (residían en sus casas). Para la recopilación de datos, las autoras utilizaron un cuestionario de datos generales (elaborado por ellas), el índice de bienestar psicológico estructurado por Stefani (2002) y el inventario de recursos sociales en personas mayores de Díaz Veiga (1985), el cual medía el apoyo social percibido y la satisfacción de los participantes. Los resultados arrojaron que la satisfacción con el apoyo social percibido, el bienestar psicológico y el estado de salud percibido se relacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa, lo cual indica que cuanto mayor sea la satisfacción con el apoyo percibido por la persona de edad avanzada, más positivas serán sus creencias sobre la vida y mejor su autoestima.

Finalmente, de acuerdo con Guzmán y Huenchuan (2003), el énfasis reciente hacia el apoyo social en las personas mayores, se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también es una etapa de la vida en la cual, con mayor probabilidad, se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. Según estos autores, existen dos grandes amenazas a los apoyos sociales de las personas mayores. En primer lugar, la incapacidad del Estado para financiar programas de mantenimiento físico y mental de los adultos mayores, lo que provoca que sean la familia y otros grupos sociales los que vigilen el bienestar del adulto mayor; y segundo, el efecto por las condiciones de precariedad económica en la escasez de servicios de salud de nuestros países (América Latina y el Caribe), como el pobre acceso a planes de pensión y la exclusión del mercado laboral de nuestros adultos mayores.

Ante el panorama de falta de apoyo institucional, las redes de apoyo social cobran gran importancia en la vida de los adultos mayores ya que las redes tienen la capacidad de proveer a los adultos mayores diversos tipos de apoyo, tanto material, instrumental, emocional y cognitivo. En cuanto a las fuentes de apoyo social de que disponen los adultos mayores, se destaca el Estado, la comunidad, los amigos, la familia y la misma persona. De igual forma, se distinguen las fuentes de apoyo entre formales e informales. En cuanto a las primeras, se caracterizan por tener una organización burocrática, objetivos específicos y por contar con profesionales o voluntarios para proveer apoyo. Por su parte, las fuentes informales se caracterizan por ser redes personales o comunitarias de apoyo, las cuales por lo general no están estructuradas como programas de apoyo al adulto mayor. Los autores plantean que, ante las crisis de los Estados de bienestar social, las redes informales de apoyo se convierten en fuentes importantes de apoyo social para nuestros adultos mayores.

Apoyo social y dolor

Recientemente, Dumitrache, Rubio y Rubio (2016), realizaron un estudio sobre el estado de salud percibido, la satisfacción vital y el efecto moderador del apoyo social entre dichas variables. Para ello, contaron con una muestra de 406 adultos mayores españoles quienes participaban de actividades en los centros de adultos mayores o pertenecían a alguna asociación de adultos mayores y residían en el área urbana de Granada, España. Para la medición de las variables se usaron dos instrumentos, la versión española de la *escala de satisfacción con la vida* de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), y la versión en español del *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS) de Revilla-Ahumanda, Luna, Bailón y Medina (1991). Para la medición de las limitaciones funcionales, se realizaron preguntas en relación a las enfermedades que padecía y si estas afectaban las actividades de su vida diaria. La condición general de salud se determinó con base en la respuesta a la pregunta, ¿cómo se siente usted actualmente?

Los resultados evidencian que los adultos mayores encuestados, quienes tenían entre 65 y 99 años de edad, padecían principalmente de tres enfermedades o condiciones: impedimentos visuales, alta tensión arterial y condiciones reumáticas. Para el análisis, las investigadoras separaron los participantes en tres categorías: los que no padecían de ninguna enfermedad, los que padecían menos de tres enfermedades, los que padecían tres o cuatro, y aquellos que padecían de cinco o más. El 47,5% de los participantes puntualizó que estas condiciones de salud restringen o limitan sus actividades de la vida diaria. Las investigadoras hallaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital de los participantes por razón del número de enfermedades que reportaron padecer. Específicamente, los resultados demuestran que los adultos mayores que padecían de cero a tres enfermedades, tenían niveles más altos de satisfacción vital que aquellos que padecían de cinco o más.

Así mismo, los participantes con mayores restricciones o discapacidades funcionales causadas por su enfermedad o condición demostraron niveles menores de satisfacción vital. También, los participantes que indicaron estar en buen estado de salud (muy buena o buena), demostraron niveles más altos de satisfacción vital que aquellos que puntualizaron que

su salud era mala o muy mala. Las investigadoras también encontraron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y la satisfacción vital.

Por último, encontraron que el apoyo social tuvo un efecto moderador en el impacto que la salud percibida tiene sobre la satisfacción vital de los participantes. En particular, aquellos participantes que indicaron tener una condición de salud muy mala o mala, pero que indicaron tener apoyo social, tuvieron puntuaciones más altas en la escala de satisfacción vital que los que tenían bajo apoyo social. De forma similar, aquellos participantes con apoyo social, pero con una condición de salud “regular”, tuvieron puntuaciones mucho más altas en la satisfacción vital que los que tenían una condición de salud similar, pero que tenían bajos niveles de apoyo social.

Por su parte, Cho, Zunin, Chao, Heiby y McKoy (2012), estudiaron la relación entre diversos niveles de control del dolor, el apoyo social percibido, el apoyo social deseado y los estados depresivos entre pacientes con dolor crónico. La muestra estuvo compuesta por 173 pacientes de dos clínicas de manejo del dolor en Hawái. Se midió el apoyo social percibido con una versión modificada del inventario de comportamientos de apoyo social (ISSB). Esta escala sirvió para medir el apoyo informativo, instrumental y emocional. Asimismo, se incluyeron 17 reactivos para determinar los niveles de apoyo social deseado de los participantes. Los autores calcularon un índice de discrepancia entre el apoyo social percibido y el apoyo social deseado. De otra parte, para medir el control de los síntomas del dolor se utilizó la escala de control relacionado con el dolor (PRCS), y para medir los niveles de depresión o estados depresivos, la escala de estados depresivos del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Por último, la severidad del dolor se midió con el inventario multidimensional del dolor de West New Haven (WHYMPI).

Dentro de los resultados se evidenció que aquellos pacientes con poco control de su dolor, prefieren mayores niveles de apoyo social que aquellos cuyos síntomas están controlados. Esto ocurrió para todos los tipos de apoyo social. De otra parte, los pacientes demostraron preferir mayores niveles de apoyo informativo y emocional que de apoyo instrumental, a pesar de tener sus síntomas controlados. Con relación a los síntomas depresivos, no se encontró una asociación significativa entre los

estados depresivos y discrepancias entre los niveles de apoyo informativo e instrumental. Sin embargo, las discrepancias entre los niveles deseados y percibidos de apoyo emocional estuvieron asociados a niveles más altos depresivos en pacientes cuyos síntomas de dolor estaban poco controlados.

Por último, en el estudio de Ferreira y Sherman (2007) se exploró la relación entre el optimismo, el dolor y el apoyo social y su relación con el bienestar general de adultos mayores con padecimiento de osteoartritis. El estudio utilizó una muestra compuesta por 72 adultos mayores con una edad promedio de 72,4 años. Para medir el optimismo, utilizaron el *life orientation test* (revisado) de Scheir, Carver y Bridges, 1994. Para recopilar información sobre apoyo social utilizaron la versión corta del *Medical Outcomes Study* (MOS) (Sherborne y Stewart, 1991), mientras que, por otro lado, para medir el dolor de los participantes se sirvieron de la subescala de dolor del instrumento antes mencionado (MOS). Igualmente, midieron los síntomas depresivos mediante el uso de la escala del Centro para Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) de Radloff, 1977) y la satisfacción vital con el índice de satisfacción vital (LSI) de Neugarten, Havinghurst y Tobin (1961).

Los resultados demostraron que, niveles más altos de optimismo y apoyo social percibido, se relacionan de forma estadísticamente significativa con niveles más altos de satisfacción vital y con niveles más bajos de síntomas depresivos. Asimismo, el optimismo sirvió como una variable que mediaba parcialmente la relación entre el dolor y la satisfacción vital. Los investigadores plantean que el optimismo parece ser parcialmente responsable por la relación entre el dolor y la satisfacción vital. En específico, los investigadores argumentan que el dolor tiende a disminuir el optimismo, lo que a su vez tiende a disminuir la satisfacción vital. De forma similar, el apoyo social medió parcialmente la relación entre el dolor y los síntomas depresivos de los participantes del estudio. Aquí, los autores concluyen que los pacientes con más dolor, tienden a percibir niveles más bajos de apoyo social, lo que a su vez tiende a aumentar los síntomas depresivos.

Apoyo social y condiciones osteomusculares

Por su parte, Ma *et al.* (2015) realizaron un estudio para explorar la asociación entre la calidad de vida y el apoyo social en adultos mayores pacientes de osteoporosis. La muestra estuvo compuesta por un total de 214 pacientes que fueron divididos entre un grupo experimental (n=112) de adultos mayores pacientes de osteoporosis y un grupo control (n=102) de adultos mayores sin osteoporosis.

Para la recopilación de datos, a los participantes se les hicieron análisis de sangre para medir los niveles en la sangre de diferentes sustancias como colesterol y triglicéridos, entre otros. Además, se les realizaron análisis de densidad ósea para determinar la condición de osteoporosis. Otros instrumentos utilizados fueron la escala SF-36 para medir la calidad de vida y el SSRS fue usado para evaluar el apoyo social, que consta de diez ítems o reactivos que se dividen en las siguientes dimensiones: apoyo objetivo, apoyo subjetivo y la utilización del apoyo. El apoyo social objetivo se refiere al apoyo social visible, incluyendo el apoyo material. El apoyo subjetivo se refiere a la experiencia y el aspecto emocional. Por último, la utilización del apoyo se refiere a cómo se maneja el apoyo recibido de manera consciente e inconsciente. Entre los análisis estadísticos que se realizaron se destacaron las pruebas *t* univariadas.

Los resultados sociodemográficos mostraron que en el grupo experimental la edad promedio fue de 69,27, mientras que en el grupo control fue de 68,26 años. En los resultados relacionados a la calidad de vida y el apoyo social, las personas del grupo experimental puntuaron significativamente más bajo que las personas del grupo control. En cuanto a las correlaciones, el apoyo social se encontró positivamente relacionado a la calidad de vida en el grupo experimental, mientras que no se encontró correlación entre estas variables en el grupo control.

Por su parte, Benka *et al.* (2012), llevaron a cabo un estudio longitudinal que duró cuatro años. El objetivo del mismo fue investigar la relación entre el estrés psicológico en pacientes recientemente diagnosticados con artritis reumatoide, así como la asociación entre esta variable y

otras variables relacionadas de alguna manera con esta enfermedad al cabo del tiempo del estudio. Entre las variables clínicas incluidas, se encontraban la sensibilidad en las articulaciones, medidas con el índice articular de Ritchie, medida que se basa en la respuesta que los participantes del estudio le ofrecían a un reumatólogo cuando este presionaba fuertemente sobre la articulación; la actividad de la enfermedad, medida por la tasa de sedimentación de eritrocitos; el dolor, medido mediante una subescala del perfil de salud de Nottingham (NHP); la discapacidad funcional, medida a base del cuestionario de evaluación de salud; un autoinforme, utilizado generalmente con pacientes de artritis reumatoide; el apoyo social, el cual se midió con la el cuestionario de apoyo social de Douglas y otros; y el estrés psicológico, para cuya medición se utilizaron las subescalas de depresión y ansiedad del cuestionario general de salud (GHQ -28) desarrollado por Golberg. El estudio comenzó con 160 participantes y terminó en el cuarto año con una muestra de 124 participantes.

Luego de llevar a cabo varios tipos de análisis estadísticos: análisis de correlación, regresión jerárquica y regresión paso a paso (*stepwise regression*), se eliminaron algunas variables por no predecir adecuadamente el estrés psicológico. El modelo final de regresión resultante del estudio, establece que la discapacidad funcional, el dolor, el apoyo social y el estrés psicológico inicial (resultante del desarrollo de la enfermedad) predijeron el 36% del estrés psicológico de los pacientes durante el período de cuatro años del estudio. Más aún, los resultados indicaron que el estrés psicológico inicial tuvo la correlación más alta con el estrés experimentado por los participantes durante los cuatro años del estudio. Asimismo, revelaron que mientras más alto el apoyo social y mientras menor fuera el dolor, menor sería el estrés psicológico de los pacientes.

Por otra parte, Kool y Geenen (2012), realizaron un estudio en el que se examinó la relación entre la soledad, los sentimientos de invalidación y el apoyo social en pacientes de condiciones reumáticas. Los participantes del estudio lo fueron 927 pacientes de espondilitis anquilosante, fibromialgia, osteoartritis, artritis reumatoide y otras enfermedades de tipo reumático. Los miembros de la muestra llenaron un cuestionario en línea que contenía las siguientes escalas: una escala de 11 preguntas que medía la soledad, el índice de invalidación por enfermedad de Kool *et al.* (2010), la encuesta de apoyo social (SSS) de De Boer, Wijker, Speelman y De

Haes (1996); Sherbourne y Stewart (1991). Por invalidación, los autores se refieren a aquellas respuestas cognitivas, afectivas y conductuales de otras personas, a través de las cuales el paciente percibe que está siendo sobreprotegido, rechazado, no apoyado y en las cuales no se respetan la dignidad que se merece como paciente de una condición reumática. Los resultados apuntan a que los pacientes con fibromialgia experimentaron más la soledad que los pacientes con cualquiera de las otras condiciones incluidas en el estudio. De igual forma, estos refieren que la percepción de invalidación, así como la percepción de poco apoyo social, contribuyen a los sentimientos de soledad en pacientes de condiciones reumáticas.

Por último, un estudio realizado por Franks, Cronan y Oliver (2004), analizaron los efectos tanto de la cantidad como de la calidad del apoyo social en el bienestar psicológico y físico de un grupo de mujeres pacientes de fibromialgia. Las participantes del estudio fueron 548 mujeres que pertenecían a una organización de manejo de la salud (HMO). A las mismas, se les administró una batería de cuestionarios en los cuales se midió su estado de salud psicológico y físico, así como sus niveles de depresión, autoeficacia, sentido de desesperanza, cambios de humor, el impacto del síndrome de fibromialgia y el apoyo social.

Los resultados de los análisis de regresión llevados a cabo por los investigadores demostraron que mientras más grandes sean las redes de apoyo de los pacientes (cantidad del apoyo social), mayores serán sus niveles de autoeficacia en el manejo del dolor y los síntomas de su condición. En contraste, la calidad percibida del apoyo social, se relacionó con niveles menores de depresión, así como con niveles más bajos de desesperanza y de cambios de humor. De igual forma, una mayor calidad del apoyo social se relacionó con un impacto bajo en el síndrome de fibromialgia, así como con niveles más altos de autoeficacia para el manejo de la condición y con niveles mayores de bienestar psicológico. Los autores concluyen que la calidad del apoyo social resulta más importante que la cantidad del mismo para las mujeres que padecen de fibromialgia.

El estudio siguió una metodología predominantemente cuantitativa con un enfoque descriptivo-correlacional. Los participantes del estudio fueron 200 adultos mayores de 60 años o más, de distintas partes de la isla de Puerto Rico. Los mismos fueron seleccionados por disponibilidad. Es-

tos fueron referidos por los estudiantes del Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad o bien, fueron visitados en centros diurnos de adultos mayores de la zona sur de Puerto Rico. Los participantes tenían que cumplir con los siguientes requisitos de inclusión: cumplir con la edad antes mencionada, que refieran padecer de dolor musculoesquelético crónico (recurrente o estable) al menos desde hace un año, tener el dolor presente por al menos último mes. Mientras que los criterios de exclusión se relacionaron con deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica grave que impida responder los cuestionarios.

Para la medición de las variables del estudio, se usaron cuatro instrumentos que se describen continuación.

- *Cuestionario multidimensional para evaluación psicológica del dolor GE-MAT*. Este cuestionario tiene dos objetivos principales: identificar los factores clínicos y psicológicos que afectan de manera negativa el dolor crónico de una persona y obtener criterios para proveer una atención clínica específica a los pacientes. El mismo consta de 13 ítems que examinan 11 criterios, los cuales ayudan a determinar la necesidad de atención psicológica y los factores que influyen de manera negativa en el dolor. Los criterios a los que presta atención dicho instrumento son: justificación lesional, cronicidad, frecuencia, generalización del dolor, limitación de la actividad, sufrimiento por las limitaciones, vinculación de estados emocionales con conducta y síntomas, estilos de afrontamiento, creencias, grado de vinculación entre áreas problemáticas y dolor, factores reforzadores o ganancias (Martín y Lechuga, 2006).
- *Cuestionario de apoyo social (MOS) validación colombiana*. El mismo cuenta con 20 ítems, el primero de estos ítems mide el tamaño de la red de apoyo de la persona mientras que los demás miden el apoyo social en cuatro diferentes dimensiones. Finalmente, esta validación obtuvo un alfa de Cronbach para la escala total de .941, mientras que, para los diferentes componentes de la misma, el alfa de Cronbach estuvo entre un .921 y .736 (Londoño *et al.*, 2012).
- *Cuestionario McGill-Melzack (McGill Pain Questionnaire)*. Es un cuestionario que consta de 78 palabras que describen el dolor agrupándolas en dimensiones o categorías. También se mide la intensidad del dolor en su conjunto. Las dimensiones que tiene en cuenta el instrumento para medir el dolor son la sensorial, la afectiva y la evaluativa (Boyle, Fernández y Ortet, 2003).

- ▶ *Índice de Barthel o índice de discapacidad de Maryland*. Diseñado en 1955 y publicado en 1965 por Mahoney y Barthel. Este instrumento mide la capacidad de los adultos mayores para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Evalúa 10 actividades y se puntúa de 0-100. Puede ser utilizado para predecir mortalidad, ingreso hospitalario, duración de la estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidentes cerebro-vasculares (Trigas, Ferreira y Meijede, 2011).

La investigación fue llevada a cabo por un equipo conformado por profesores y estudiantes del Colegio de Estudios Graduados (CEG) de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico en Ponce (PUCPR). La misma formó parte del estudio titulado *Factores psicosociales del dolor osteomuscular en adultos mayores: un estudio transcultural* que se realizó en conjunto con los países de Cuba y Colombia.

En primer lugar, se solicitaron los debidos permisos a la Junta de Revisión Institucional de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Una vez obtenidos estos permisos, se adiestró a varios grupos de estudiantes pertenecientes al Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta para que colaboraran en la identificación de los participantes, así como en la administración de los instrumentos. Asimismo, dos asistentes de investigación apoyaron a los investigadores en la recolección de datos. A todos los participantes se le explicó la naturaleza del estudio, sus posibles riesgos y se obtuvo su consentimiento informado. Los datos se recopilaron tanto en las residencias de los adultos mayores, como en centros de atención diurna.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS versión 23. Para algunos análisis se eliminaron los casos con valores perdidos. Los resultados del cuestionario GEMAT fueron recodificados de la siguiente forma: se unieron en la categoría denominada 1 las respuestas en las que el participante indicaba que nunca o casi nunca había experimentado limitaciones funcionales. De otra parte, se agruparon en la categoría denominada 2, aquellos casos en los que el participante indicaba tener dificultades frecuentemente o siempre para llevar a cabo sus tareas de la vida diaria. Mientras que del cuestionario McGill-Melzack se utilizó solamente el reactivo número 21, el cual hace referencia a la intensidad del dolor. Por otro lado, el índice de Barthel fue recodificado según las normas del propio instrumento. Finalmente, el cuestionario MOS de apoyo social fue utilizado

en su totalidad, pero sus resultados se presentan según las dimensiones o categorías del apoyo social. De otra parte, no se hicieron transformaciones o recodificaciones de los resultados de los datos sociodemográficos recabados en el estudio. Los análisis estadísticos incluyeron estadísticas descriptivas, pruebas *t*, análisis de varianza (ANOVA) y análisis de correlación Pearson.

Resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos, el 73,4% de los participantes de la investigación eran mujeres y el 26,6% hombres. La edad promedio fue de 70,63 años con una desviación estándar de 7,62 años. En cuanto a su estado civil, el 47,5% de los encuestados estaban casados o tenían pareja, mientras que el 51,5% eran solteros o sin pareja. El 1,0% de los participantes marcó la categoría de “otro” en esta pregunta.

Adicionalmente, se describen algunos datos sociodemográficos en cuanto a vinculación laboral y escolaridad de la muestra. Se identificó que el 57,4% de los participantes eran presionados o jubilados, algunos realizaban tareas propias del hogar (19,1%) y solo el 7,8% estaban vinculados laboralmente estable. En este dato se tuvo un 5,9% de datos perdidos (ver tabla 5).

Tabla 5. Vinculación laboral de la muestra

Vinculación laboral	Fr	Porcentaje
Vinculación laboral estable	16	7,8
Vinculación laboral inestable o parcial	6	2,9
Pensionado o jubilado	117	57,4
Rentista	1	0,5
Actividad laboral no lucrativa (beneficencia)	2	1,0
Tareas del propio hogar	39	19,1
Otros	11	5,4
Total	192	94,1

Fuente: autoría propia

En cuanto al grado de escolaridad, el 28,9% de los participantes fueron universitarios, seguidamente el 24% había alcanzado la media superior y el 12,7% presentaron un nivel medio inferior terminado, el 5,4% fueron datos perdidos. En la tabla 6 se amplía esta información.

Tabla 6. Niveles de escolaridad de los participantes

Escolaridad	Fr	Porcentaje
No sabe leer ni escribir	2	1,0
No terminó la enseñanza básica (primaria)	22	10,8
Enseñanza básica terminada (primaria)	14	6,9
No terminó la enseñanza media (secundaria)	20	9,8
Nivel medio inferior terminado (secundaria)	26	12,7
Enseñanza media superior (preuniversitario)	49	24,0
Universitario	59	28,9
Se desconoce	1	0,5
Total	193	94,6

Fuente: autoría propia

Por otra parte, en cuanto a los resultados del GMAT, se describe la categoría diagnóstica: los diagnósticos de los participantes, el tiempo y la frecuencia del dolor que los adultos mayores refirieron presentar. En la tabla 7 se señalan las categorías diagnósticas de los participantes, se identificó que el 68,6% del dolor proviene de una categoría reumática. De esta categoría se dieron por perdidos el 17,6% de los datos.

Tabla 7. Categoría diagnóstica

Categoría diagnóstica	Fr	Porcentaje
Dolor OMA y/o reumático	140	68,6
Cáncer	6	2,9
Neurótico	20	9,8
Cefalea	2	1,0
Total	168	82,2

Fuente: autoría propia

En cuanto al diagnóstico, se encontró que el 40,2% de la muestra presentan artritis y el 31,9% desconoce su diagnóstico, el 9,3% fueron datos perdidos. En la tabla 8 se presentan los resultados de los diagnósticos referidos por los adultos mayores.

Tabla 8. Diagnósticos referidos por el adulto

Diagnóstico	Fr	Porcentaje
Osteoporosis	10	4,9
Fibromialgia	8	3,9
Osteoartritis	6	2,9
Artritis	82	40,2
Desconoce	65	31,9
Línea discal	5	2,5
Contracción muscular	1	0,5
Osteoartritis	8	3,9
Total	185	90,7

Fuente: autoría propia

Así mismo, en relación al tiempo del dolor, el 83,3% reportaron que lo padecen desde hace más de un año y el 8,3% de seis meses a un año. En esta variable el 2,5% fueron datos perdidos (ver tabla 9).

Tabla 9. Tiempo de dolor presentado en los adultos mayores

Tiempo de dolor	Fr	Porcentaje
Menos de 3 meses	7	3,4
De 3 a 5 meses	5	2,5
De 6 meses a un año	17	8,3
Hace más de un año	170	83,3
Total	199	97,5

Fuente: autoría propia

Con relación a la frecuencia del dolor, los resultados señalaron que el 47,1% de los adultos mayores presentaban dolor casi todos los días, el 26,5% algunas veces en el mes y el 22,1% el dolor era constantemente. En esta variable el 2,5% fueron datos perdidos (ver tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia del dolor en los adultos mayores

Frecuencia del dolor	Fr	Porcentaje
Casi nunca	4	2,0
Algunas veces en el mes	54	26,5
Casi todos los días	96	47,1
Constantemente, no se me quita nunca	45	22,1
Total	199	97,5

Fuente: autoría propia

En la tabla 11 se presentan los resultados del apoyo social de acuerdo a las dimensiones del MOS, en donde se identifica que los adultos mayores de la muestra cuentan con apoyo social, en cuanto a la dimensión, principalmente es de tipo emocional.

Tabla 11. Resultados de las dimensiones de apoyo social (MOS)

Tipos de apoyo social	Media	Desviación estándar
Apoyo emocional	33,05	7,67
Apoyo instrumental	15,86	3,88
Interacción social positiva	15,68	4,01
Apoyo afectivo	12,42	3,46
Apoyo global	76,36	17,66

Fuente: autoría propia

Así mismo, en la tabla 8, se presentan los resultados del Índice de Barthel para los participantes del estudio.

Tabla 12. Resultados del índice de Barthel

Categorías	Porcentaje
Dependencia total (1-20)	2,5
Dependencia severa (21-60 puntos)	5,0
Dependencia moderada (61-90 puntos)	23,1
Dependencia escasa (91-99 puntos)	22,6
Independiente (100 puntos)	46,7

Fuente: autoría propia

De otra parte, los resultados del índice de actividad cotidiana (re-codificado) apuntaron a que el 62,6% de los participantes tenía poca o ninguna dificultad para llevar a cabo sus actividades cotidianas, mientras que el 37,4% indicó tener alguna dificultad o dificultad en llevar a cabo las mismas. Por último, los resultados del reactivo número 21 del instrumento McGill-Melzack que medía la intensidad del dolor al momento del estudio, revelaron una puntuación promedio de 2,56 puntos en una escala de 5,00 puntos, lo cual es indicativo de un dolor de moderado a fuerte.

Inferenciales

Entre los resultados más relevantes del estudio se cuentan los siguientes. En primer lugar, un análisis de prueba *t* para muestras independientes encontró que existían diferencias estadísticamente significativas entre la percepción del dolor de los participantes del estudio, por razón de su nivel de dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas, es decir, su nivel de limitaciones funcionales ($t(94) = -2,70, p = ,008$). O sea, que los participantes que indicaron tener dificultades para llevar a cabo actividades diarias reportaron mayores niveles de dolor (2,92) que aquellos que tenían poca o ninguna dificultad para llevar a cabo estas actividades (2,20). Por el con-

trario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción del apoyo social (distintas subescalas del MOS) y el género de los participantes. Por ejemplo, el resultado de una prueba t entre el género y el apoyo social global fue de ($t(178) = -0.78, p = .938$).

De otro lado, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de apoyo afectivo del MOS, por razón del estatus civil de los participantes ($t(191) = 2.52, p = .012$). Así pues, se encontró que los participantes casados o con pareja tuvieron puntuaciones promedio más altas (12,79) que aquellos solteros o sin pareja (11,78). Es decir, que las personas casadas o con pareja denotaron mayores niveles de apoyo afectivo que sus contrapartes solteras o sin pareja.

No se hallaron, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y las demás subescalas, ni con la puntuación global del MOS. De forma similar, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del dolor de los participantes al momento del estudio (reactivo número 21 del McGill–Melzack), por razón de su género o sexo ($t(90,90) = .824, p = .412$).

Asimismo, no se encontraron correlaciones significativas entre la intensidad del dolor y las distintas subescalas del cuestionario de apoyo social (MOS). Tampoco se hallaron relaciones entre los resultados del índice de Barthel sobre autocuidado (dependencia–independencia) y el apoyo social. Los resultados revelaron, sin embargo, una correlación débil, pero estadísticamente significativa ($r(192) = -2.62, p = .000$) entre la puntuación total de los participantes en el Barthel (independencia/dependencia) y su evaluación de la intensidad del dolor actual (reactivo número 21 del Instrumento McGill–Melzack).

Discusión

En primer lugar, los participantes de este estudio denotaron niveles entre moderados y altos en torno al apoyo social, contrario a lo reportado por Ma *et al.* (2015), quienes reportaron que los participantes de su estudio, que tenían la condición de osteoporosis, obtuvieron puntuaciones bajas

en cuanto al apoyo social. Sin embargo, Pereira de Brito y Lost (2012) reportaron hallazgos similares a los encontrados en esta investigación, en la que los adultos mayores denotaron niveles de apoyo de moderados a altos respecto al apoyo social. Asimismo, indicaron poseer niveles de dolor de moderados a fuertes al momento del estudio. La mayoría eran independientes o poco dependientes según el índice de Barthel., mientras que la mayor parte tenía pocas dificultades en llevar a cabo sus actividades de la vida diaria según la subescala del GEMAT que medía este constructo.

Los resultados de esta muestra, tienden a validar parcialmente lo encontrado por Clemente, Tartaglino y Stefani (2008), quienes hallaron niveles mayores de apoyo social percibido en participantes casados o con pareja, que entre aquellos solteros o sin pareja. Situación que también se ve reflejada en la presente investigación, debido a que los participantes que indicaron estar casados o tener pareja presentaron niveles de apoyo afectivo (unos de los tipos de apoyo social medidos por el MOS) más altos que los que reportaron estar solteros o sin pareja. Estando este tipo de apoyo relacionado a las muestras de amor y afecto, lo cual se puede explicar ya que las personas casadas o en pareja cuentan con la presencia de una persona cercana que les puede proveer este tipo de apoyo.

De otra parte, y contrario al estudio de Cho *et al.* (2012), el presente estudio no encontró relaciones significativas entre la intensidad del dolor y el apoyo social. Encontró que las personas que tenían sus condiciones de dolor descontroladas reportaron niveles de apoyo social altos. Asimismo, discrepan con los del estudio de Jaswal y Sing (2014), el cual reveló que los varones tenían una percepción mayor de apoyo social que las mujeres. Debe recordarse, sin embargo, que nuestra muestra estaba sesgada en términos de género a favor de las mujeres.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente discutidos se puede concluir que la muestra de adultos mayores puertorriqueños que participaron en la investigación se aleja un poco de lo recogido en la bibliografía periódica. Esto se puede deber a los niveles relativamente altos de apoyo social

recibido o percibido, lo cual tiende a aumentar la capacidad del adulto mayor de manejar y afrontar su condición (Amaya y Carrillo, 2015; Franks, Cronan y Oliver, 2004). Asimismo, los bajos niveles de dependencia encontrados en esta muestra de adultos mayores pudieron haber incidido en muchos de los resultados de este estudio.

Referencias

- Acuña, M. y González, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2(2), 71 -81.
- Amaya, M. y Carrillo, G. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-473.
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberg, J., Calffova, A., Mecejova, Z., Middel, B. y Goothoff, J. (2012). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: A 4-year prospective study. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 754-761.
- Boyle, G., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor McGill: correlaciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 111-119.
- Brooks, A., Andrade, R., Middleton, K. y Wellen, G. (2014). Social Support: A key variable for health promotion and chronic disease management in hispanic patients with rheumatic diseases. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders*, 7, 21 -26.
- Caba, F., Benito, M., Montes, A., Aguilar, J., de la Torre, R. y Margarit, C. (2014). Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 3-15.
- Cárdenas, R., Villareal, E., Martínez, L. y Galicia, L. (2009). Relación entre apoyo social funcional y satisfacción vital del adulto mayor jubilado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 311-314.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Cho, S., Zunin, I.D., Chan, P.J., Helby, E.M. y McKoy, J. (2012). Effects of pain controllability and discrepancy in social support on depressed mood among patients with chronic pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19, 270-279.
- Clemente, A., Tartaglini, M. F. y Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 47-53.
- De la Cruz, E., Torres, M., García, J., Gascón, J., Valero, A. y Pereñíguez, J. (2012). Dolor de espalda y limitación de la actividad física cotidiana en la población adulta española. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 241-249.
- Dumitrache, C. G., Rubio, L. y Rubio-Herrera, R. (2016). Perceived health status and life. Satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Aging and Mental Health*, 20, 1-7. Doi:10.1080/13607863.2016.1156048.
- Ferreira, V. y Sherman, A. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging and Mental Health*, 11(1), 89-98.
- Franks, H., Cronan, T. y Oliver, K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology*, 32(4), 425-438.
- Gallardo, L., Sánchez, E., Arias, A. y López, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*, 31(3), 1018-1029.
- Guzmán, J.M. y Huenchuan, S. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. Memorias del simposio: viejos y viejas, participación ciudadana e inclusión social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14-18 de julio de 2003. Santiago de Chile.
- Herrera, J., Rodríguez, J., Contreras, D., De la Torre, R., Gómez, F. y Ruiz, S. (2012). Estudio epidemiológico del dolor en la comunidad autónoma de Andalucía. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 19(5), 239- 251.
- Jaswal, N. y Singh, S. (2014). Perceived social support among institutionalized and non-institutionalized elderly in Chandigarh (India). *Indian Journal of Gerontology*, 28(3), 372-374.
- Kool, M. y Geenen, R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: The significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 229-241.
- Lafata, J., Koch, G. y Wlissert, W. (1994). Estimating activity limitation in the noninstitutionalized population: A method of small areas. *American Journal of Public Health*, 84(11), 1813- 1817.
- Li, H., Ji, Y. y Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional wellbeing among chinese elderly. *Plos One*, 9(3), 1-8.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del

- cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- López, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Chalcas Urológicas de la Complutense*, 4, 49-55.
- Ma, L., Li, Y., Wang, J., Zhu, H., Yang, W., Cao R. y Feng, M. (2015). Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in a Chinese population. *Plos One*, 10(6). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465171/>
- Marrero, R. y Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33, 39-46.
- Martín, M. y Lechuga, M. (2006). Cuestionario Multidimensional para la Evaluación Psicológica del Dolor GEMAT-04: una metodología para promover la asistencia, la investigación y la capacitación multidisciplinaria. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259891108_Cuestionario_Multidimensional_para_la_Evaluacion_Psicologica_del_Dolor_GEMAT
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Noceda, J. J., Moret, C. y Lauzirika, I. (2006). Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de atención primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 5, 287-293.
- Pereira, T. y Lost, S. (2012). Relación entre apoyo social y capacidad funcional de los adultos mayores con los cambios cognitivos. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 20(4).
- Porrás, C., Grajales, I., Hernández, M., Alonso, M. y Tenahua, I. (2010). Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 127-132.
- Thompson, W., Zack, M., Krahn, G., Andersen, E. y Barile, J. (2012). Health – related quality of life among older adults with and without functional limitations. *American Journal of Public Health*, 102(3), 496-502.
- Trigas, M., Ferreira, L. y Meijede, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clin*, 72(1), 11 -16.
- Vera, J. y Domínguez, M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57-78.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

Capítulo 5

Capítulo de investigación: dolor osteomuscular, actividad funcional y variables sociodemográficas asociadas con el dolor en el adulto mayor. Cuba

Raquel Pérez Díaz¹

Resumen

El dolor osteomuscular ha sido investigado en diferentes culturas, pero poco en la cultura latinoamericana y en el anciano y es este el tema del presente capítulo de investigación. El objetivo es caracterizar el dolor osteomuscular, los factores sociodemográficos y la actividad funcional en ancianos cubanos y describir las variables, identificando si existen diferencias en la edad y sexo para características del dolor. Con un estudio descriptivo, transversal, en muestra intencional de 123 ancianos, de ambos sexos, voluntarios, con do-

¹ Licenciado en Psicología, máster en Longevidad Satisfactoria, especialista en Gerontología, profesor e investigador auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Facultad de Psicología Universidad de la Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana Facultad Calixto García Iñiguez, La Habana, Cuba. Correo: raque@infomed.sld.cu

lor osteomuscular crónico, se les aplicó: GEMAT, cuestionario de McGill, índice de Barthel. Se empleó estadística descriptiva y X² para p 0.05. Se encontró en los resultados que predominaron las mujeres, promedio de edad de 73 años, nivel de estudios medio superior, viudos, casados, pensionados o jubilados. La mayoría con artrosis, con dolor de un año o más de evolución, de casi todos los días o constante, de intensidad moderada o más, extendido a varias partes del cuerpo, molesto, tenso, deprimente, que disminuye las funciones, con dependencia leve o moderada. Se encontraron solo diferencias significativas para los sexos en cuanto a la frecuencia del dolor con una expresión mayor en las mujeres. Por último, la muestra presenta altos niveles de apoyo social percibido. Aunque el estudio es limitado, se abre la mirada hacia el reconocimiento de las particularidades del dolor en ancianos cubanos desde una visión de la psicología latinoamericana.

Palabras clave: dolor osteomuscular, características clínicas, anciano, factores sociodemográficos, actividad funcional.

Introducción

Con una población de 11 238 661 habitantes (hombres 5 600 904 y mujeres 5 637 757), Cuba muestra cifras demográficas que la hacen comparable con los países del primer mundo en materia de envejecimiento. Así, el índice de envejecimiento actual de los cubanos es de 19,4%, con una esperanza de vida al nacer de 78,45 años. (OPS, 2013). Junto a esta realidad, se añade la presencia de un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que ocupan el 82,2% del total de estas en los mayores, siendo, dentro de las más mórbidas, las del aparato osteomuscular, en especial la osteoartritis y la artrosis (acompañadas de dolor), con un 36,3 % (43,1% en las mujeres y 28,7% para los hombres) (ONE, 2015). Dentro de las causas de mortalidad en los mayores, con especial incremento a partir de 80 años y más, están los accidentes y dentro de ellos las caídas por trastornos en el aparato osteomuscular, lo que demanda la necesidad de desarrollar políticas sociales y de salud encaminadas a favorecer el bienestar

de la población y el envejecimiento activo de la misma (Anuario Estadístico de Salud, 2015).

Si bien el envejecimiento puede ser satisfactorio, y estudios en cubanos muestran adultos mayores activos y funcionales, este incremento de la existencia puede venir acompañado de enfermedades crónicas no transmisibles (en las que se destacan las osteomusculares) que pueden afectar la actividad funcional del anciano al producirse cambios que disminuyen la reserva funcional, lo que limita la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o el estrés y un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas, aquí se presenta el dolor como síntoma más frecuente (Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), 2012; Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento; Martín *et al.*, 2008; Ortigosa y Riquelme, 2010). Por su parte, también se ha destacado la influencia que juegan algunos factores psicosociales en el dolor encontrándose algunos como: la edad, el sexo, la escolaridad, el estado civil, las limitaciones que el mismo tiene en la actividad funcional, entre otros; sin embargo, las particularidades en torno a estos y el dolor aún son objeto de estudio (Hobfoll, Freedy, Lane y Geller, 1990; Kerns, Haythornwaite, Southwick y Giller, 1990; Martín y Lechuga, 2004; Martín L. y Martín M., 2005; Molina, Figueroa y Uribe, 2012; Schwarzer y Leppin, 1981).

Estudiar este tema en las personas mayores es relevante ya que esta población es la que más padece dolor osteomuscular, sin embargo, los problemas relacionados con la polimedición, las dificultades para la combinación de analgésicos, así como los efectos secundarios de estos, entorpecen el estudio de las particularidades del dolor en los ancianos (López y Velasco, 2007; Martín 2016).

En relación con la investigación del dolor, existe una tendencia de la psicología en América Latina y el Caribe hacia una mirada cuantitativa, a la evaluación y a la intervención cognitivo-conductual y a estudios descriptivos; sin embargo, aún se observa un predominio de publicaciones en idioma inglés y, en especial, de origen norteamericano, lo que plantea dificultades a la hora de estandarizar lo investigado en el contexto latinoamericano (Martín, 2014; Martín, 2016).

En el presente capítulo se presentan algunos de los resultados reportados por la muestra cubana. El propósito de la investigación fue caracterizar las particularidades del dolor, las características sociodemográficas y la actividad funcional en personas mayores cubanas con dolor osteomuscular. En específico, describir las particularidades del dolor, los aspectos sociodemográficos del mismo y la actividad funcional en los ancianos cubanos con dolor osteomuscular, e identificar si existen diferencias en torno a la edad y el sexo para las características clínicas del dolor (diagnóstico, intensidad, frecuencia, tiempo y localización) y el grado de dependencia funcional de los ancianos con dolor osteomuscular.

Con un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal, de las personas mayores que acudieron al Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), entre enero y septiembre de 2016, se seleccionó una muestra por conveniencia, de 123 personas mayores, que cumplieron con los criterios de inclusión. Estos criterios eran: personas de 60 o más años, con capacidad y voluntad de responder a los cuestionarios (sin deterioro cognitivo por el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer) (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2001), con dolor osteomuscular crónico (recurrente o estable) y que refieran haber padecido de dolor en el mes en que se realizó el estudio.

Como criterios de exclusión se consideraron personas con deterioro cognitivo o enfermedad psiquiátrica grave que impidiera responder a los cuestionarios.

Los sujetos provenían de las consultas de ortopedia y fisioterapia del CITED con diagnósticos establecidos. Se seleccionaron aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y desearan colaborar con la investigación. Los instrumentos fueron heteroaplicados con ayuda del investigador en dos sesiones de trabajo. Se garantizaron las condiciones de privacidad y medioambientales para la obtención de la información, así como se cumplieron los principios éticos (a través del consentimiento informado por escrito de todos los ancianos que participaron en la investigación).

Las variables de estudio fueron las que a continuación se presentan.

Variables sociodemográficas

- ▶ Edad (60 a 64 años, 65 a 75 años, 76 a 84 años y 85 años y más).
- ▶ Sexo (femenino, masculino).
- ▶ Escolaridad (no sabe leer ni escribir, primaria terminada y no terminada, enseñanza media terminada y no terminada, enseñanza media superior y nivel universitario).
- ▶ Ocupación (estable, inestable, pensionado/jubilado y ama de casa. Las ocupaciones: rentista, actividad laboral no lucrativa, estudiante u otras no se presentaron por lo que, para el caso de Cuba, no proceden).
- ▶ Estado civil (casado, viudo, soltero, divorciado, unión no formalizada).

Particularidades del dolor

- ▶ Características clínicas del dolor: indicadores de cómo se manifiesta el dolor
 - Intensidad del dolor (según cuestionario de dolor de McGill-Melzack (*Pain Questionnaire*) (MPQ): leve, moderado, fuerte, intenso, insoportable. El diagnóstico, tiempo, frecuencia y la generalización del dolor se establecieron según la información obtenida a través de algunos ítems del cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT 5.
 - El diagnóstico del dolor osteomuscular: artrosis, osteoporosis, osteoartritis, artritis, línea discal, osteoartritis.
 - Tiempo de evolución del dolor crónico actual (GEMAT criterio 2): menos de 3 meses, de 3 a 5 meses, de 6 meses a 1 año, más de 1 año.
 - Frecuencia del dolor (GEMAT criterio 3): casi nunca, algunas veces al mes, casi todos los días y constantemente, no se me quita.
 - Localización del dolor (según la figura del cuestionario de dolor de McGill-Melzack (*Pain Questionnaire*) (MPQ): se tuvieron en consideración las zonas señaladas por los sujetos como afectadas (zonas del cuerpo). Se crearon las siguientes categorías en función del número de áreas de localización (número de áreas afectadas): en una sola parte del cuerpo; dos o tres partes del cuerpo; cuatro a seis partes del cuerpo; siete o más.
- ▶ Valoración cuantitativa del dolor (según cuestionario de dolor de McGill-Melzack (*Pain Questionnaire*) (MPQ): sensorial, afectiva, evolutiva, misceláneas.

Actividad funcional

Según el GEMAT. Valoración por parte del examinador de la limitación de la actividad en: normal, disminuida, mínima, imposible.

Nivel de dependencia funcional (según el índice de Barthel)

Totalmente independiente, dependencia escasa, moderada y severa. Se tuvieron en consideración las actividades que refirieron los sujetos como afectadas.

Apoyo social percibido (MOS)

Los instrumentos utilizados fueron:

- ▶ **Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT versión 4 (Martín & Lechuga, 2006):** es una metodología para optimizar la asistencia psicológica y el trabajo en equipos multidisciplinarios que posibilita el diagnóstico integral del dolor, así como los cambios que se producen como resultado de los tratamientos. Fue creado por Martín y Grau (1996). Consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 11 criterios que brindan información sobre los principales problemas y las áreas que se mantienen conservadas en los pacientes con dolor crónico. Para este trabajo se emplearon los criterios 3. Frecuencia (evalúa el reporte del sujeto acerca de la frecuencia de las crisis); 4. Generalización del dolor (valora el reporte del paciente acerca de la “extensión” del dolor fuera de la localización inicial).
- ▶ **Versión abreviada del cuestionario de dolor de McGill-Melzack (Pain Questionnaire) (MPQ):** elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill, Montreal en 1971. se empleó la versión al castellano de Bejarano, Osorio, Rodríguez y Berrío (1985). Consta de 33 descriptores que valoran la dimensión sensorial del dolor (escala sensorial) divididos en las siguientes categorías: temporal (3), térmica (3), presión constrictiva (7), presión incisiva (4), tracción (4), distribución espacial (6) y “viveza” (6). La escala afectiva consta de 19 descriptores:

miedo (3), síntomas vegetativos (2), castigo (3), tensión (3), evaluativo (3) y evaluativo-afectivo (5). Para la presente investigación se utilizó la escala de rangos verbales en la última semana y la figura para localizar el dolor.

- ▶ **Índice de Barthel:** Diseñado en 1955 y publicado en 1965 por Mahoney y Barthel se empleó la versión de Shah, Vanclay y Cooper (1989). Es el instrumento recomendado para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el anciano (OPS, 2001). Evalúa 10 actividades. Se puntúa de 0 a 100. Para el análisis y procesamiento de la información se aplicó la estadística descriptiva con análisis de frecuencias y porcentajes y se empleó el estadígrafo Chi -cuadrado para muestras no pareadas con una p de 0,05 a fin de identificar la presencia o no de diferencias significativas para la edad y el sexo en relación con las características clínicas del dolor (intensidad, tiempo, frecuencia y localización) y la actividad funcional en las personas mayores con dolor osteomuscular del estudio. Se empleó el programa IBM SPSS, versión 23.
- ▶ **Cuestionario MOS de apoyo social percibido (Londoño et al., 2012):** validado en Colombia, es un instrumento que contiene 20 preguntas con opción de respuesta tipo Likert: nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de las veces (4), siempre (5). De manera que, a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Los ítems evalúan cuatro tipos de apoyo: *apoyo emocional o informacional*, que se refiere a la comprensión empática y la guía u oferta de consejos y orientación (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19, punto de corte: 24 puntos); *apoyo instrumental*, es decir, la provisión de ayuda material que pueda precisar la persona (preguntas: 2, 5, 12, 15, punto de corte: 12 puntos); *interacción social positiva*, referida a la disponibilidad de personas con las cuales salir, divertirse o distraerse (preguntas 7, 11, 14, 18, punto de corte: 12 puntos) y *apoyo afectivo*, la expresión de amor y afecto (preguntas 6, 10, 20, punto de corte: 9 puntos).

Entre los principales resultados reportados se encuentra que la muestra quedó conformada por 123 personas mayores con dolor osteomuscular (tabla 13). Predominó el sexo femenino (80,4%), las edades entre 65 y 75 años (48%), seguidas de 76 a 84 años (27,6%). La media y mediana de las edades fueron de 73 años. La edad mínima fue de 60 años y la máxima de 96 años. Estas edades extremas (ancianos muy jóvenes o viejos-viejos) tuvieron un comportamiento diferente para los sexos con predominio casi

exclusivo de las mujeres (Tabla 14. Chi –cuadrado= 11,03 p=0,011 para p de 0,05). Los niveles de escolaridad fueron en su mayoría altos: medio superior (44,7%) y universitarios (22,7%). En cuanto al estado civil hubo una mayor proporción de casados (31,1%) o viudos (30,1%) y con ocupaciones de pensionados o jubilados para ambos sexos (79,8%), siendo las tareas del hogar y el trabajo estable enteramente reportadas por el sexo femenino (Tabla 15. Chi –cuadrado= 7,68 p=0,053 para p de 0,05).

Tabla 13. Distribución de la muestra según datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos		Total	Porcentaje
Sexo	Femenino	99	80,4 ^a
	Masculino	24	19,6
Edad	60-64 años	18	14,6
	65-75 años	59	48 ^a
	76-84 años	34	27,6
	85 años y más	12	9,8
Escolaridad	No sabe leer ni escribir	1	1
	No terminó primaria básica	8	6,5
	Primaria básica terminada	11	8,9
	No terminó enseñanza media	3	2,4
	Terminó enseñanza media	17	13,8
	Enseñanza media superior	55	44,7 ^a
Ocupación	Universitario	28	22,7 ^a
	Estable	6	4,9
	Inestable	4	3,2
	Pensionado/jubilado	99	80,5 ^a
Estado civil	Ama de casa	14	11,4
	Casado	39	31,7 ^a
	Soltero	21	17,1
	Viudo	37	30,1 ^a
	Divorciado	24	19,5
	Unión no formalizada	2	1,6

Leyenda: muestra total de 123 ancianos cubanos, ^a resultado más relevante

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

Tabla 14. Distribución de la muestra según sexo y edad

Edad	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
60-64 años	0	*0	18	*18,2
65-75 años	12	50	47	47,4
76-84 años	11	45,8	23	23,3
85 y más años	1	*4,2	11	*11,1
Total general	24	100	99	100

Leyenda: *Diferencias significativas Chi–cuadrado=11,03 p=0,011

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

Tabla 15. Distribución de la muestra según sexo y vínculo laboral

Vínculo laboral	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
Estable	0	*0	6	*6,1
Inestable	2	8,3	2	2,0
Pensionado/jubilado	22	91,7	77	77,8
Tareas del hogar	0	*0	14	*14,1
Total general	24	100	99	100

Leyenda: *Diferencias significativas Chi–cuadrado= 7,68 p=0,053

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

Particularidades del dolor

Un análisis en torno a las características clínicas del dolor que reportaron los sujetos de la muestra se aprecia en la tabla 16. En cuanto al diagnóstico del dolor osteomuscular se reportó la artrosis como la enfermedad más frecuente (66,7% de los sujetos así lo refirieron), seguida de la osteoartritis (16,3%) y la osteoporosis (10,6%).

Tiempo de dolor. Los sujetos con dolor crónico refirieron la presencia de un dolor que se mantenía por más de un año (103 ancianos para un 83,7%) y de seis meses a un año (11 para un 9%). No se hallaron diferencias significativas para la edad y el sexo para p de 0,0.

Intensidad del dolor. Solo el 17,1 % de los sujetos de la muestra manifestó tener un dolor leve. El resto expresó algún grado de dolor de mayor intensidad. El 26,8% de la muestra refirió que su dolor era moderado distribuyéndose proporcionalmente el resto en intenso, insoportable y fuerte. No se encontraron diferencias significativas para la edad y el sexo para p de 0,05.

Localización del dolor. Se encontró una tendencia a la extensión generalizada del dolor a varias partes del cuerpo. De esta forma, solo el 23,6 % de la muestra refirió tener dolor en una parte del cuerpo, en tanto el 56,1% en dos o tres partes del mismo y el resto en más. No se encontraron diferencias significativas para la edad y el sexo para p de 0,05

Frecuencia del dolor. Casi la mitad de los ancianos manifestaron tener el mismo *casi todos los días* seguido de *constantemente, no se me quita*. (54 para un 43,9% y 40 para un 32,6% respectivamente). Se encontraron diferencias significativas entre los sexos, para p de 0,05, refiriendo las mujeres una frecuencia mayor de dolor que los hombres. De este modo, mientras ellas expusieron tener dolor casi todos los días o constantemente, los hombres manifestaron que su dolor era algunas veces al mes o casi todos los días. Ver tablas 16 y 17.

Tabla 16. Características clínicas del dolor según cuestionario de McGill-Melzack y GEMAT

Características clínicas del dolor		Total	Porcentaje
Diagnóstico	Artrosis	82	66,7 ^a
	Osteoartrosis	20	16,3
	Osteoporosis	13	10,6
	Artritis	4	3,2
	Osteoartritis	2	1,6
	Línea discal	1	0,8
	Desconoce	1	0,8
Tiempo de dolor	Menos de tres meses	2	1,6
	De tres a cinco meses	7	5,7
	De seis meses a un año	11	9
	Más de un año	103	83,7 ^a
Intensidad	Leve	21	17,1
	Moderado	33	26,8 ^a
	Fuerte	22	17,9
	Intenso	24	19,5
	Insoportable	23	18,7
	En una sola parte del cuerpo	29	23,6
Localización	Dos o tres partes del cuerpo	69	56,1 ^a
	Cuatro o seis partes del cuerpo	25	20,3
Frecuencia	Algunas veces al mes	29	23,5
	Casi todos los días	54	43,9 ^a
	Constantemente	40	32,6 ^a

Leyenda: muestra total de 123 ancianos cubanos (100%), a Resultado más relevante

Fuente: tabla de elaboración propia.

Tabla 17. Frecuencia del dolor reportada por la muestra para uno y otro sexo según GEMAT

Frecuencia de dolor	Sexo	
	Masculino (%)	Femenino (%)
Algunas veces en el mes	*10 (41,6)	19 (19,2)
Casi todos los días	*10 (41,6)	*44 (44,4)
Constantemente	4 (16,8)	*36 (36,4)
Total general	24 (100)	99 (100)

Leyenda: muestra total de 123 ancianos cubanos (100%) *Diferencias significativas Chi-cuadrado= 6,48 $p=0,04$

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

En cuanto a la valoración cuantitativa del dolor según las cuatro dimensiones del cuestionario de McGill-Melzack, la mayoría de los sujetos percibieron su dolor como molesto (82,9%), también como tenso y que se extiende (25,2%), y el 20,3% manifestó que afectivamente su dolor era deprimente (Tabla 18).

Tabla 18. Valoración cuantitativa del dolor desde las dimensiones del cuestionario de McGill-Melzack

Valoración cuantitativa del dolor	Total	Porcentaje
Sensorial: tenso	31	25,2
Afectiva: deprimente	25	20,3
Evolutiva: molesto	102	82,9 ^a
Miscelánea: que se extiende	31	25,2

Leyenda: muestra total de 123 ancianos cubanos (100%), a Resultado más relevante

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

Nivel de dependencia funcional

El análisis en torno al *grado de dependencia funcional* (a través del índice de Barthel) mostró que solo el 23,6% de los sujetos de la muestra eran totalmente independientes para las actividades básicas de la vida diaria, en tanto el 75,6% manifestó tener algún grado de dependencia: escasa (38,2%) y moderada (37,4%) como se aprecia en la tabla 19. No se encontraron diferencias significativas para la edad y el sexo para p de 0,05. Las actividades básicas de la vida diaria que requirieron mínima o escasa ayuda fueron: aseo, vestirse y el empleo de las escaleras.

Tabla 19. Grado de dependencia funcional

Nivel de dependencia	No.	Porcentaje
Dependencia escasa	47	38,2 ^a
Dependencia moderada	46	37,4 ^a
Totalmente independiente	29	23,6
Dependencia severa	1	0,8
Total	123	100

Leyenda: Muestra total de 123 ancianos cubanos (100%), ^a Resultado más relevante

Fuente: tabla de elaboración propia. Muestra cubana del estudio: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*

Apoyo social percibido

A partir de los resultados obtenidos (tabla 20) se puede identificar que la mayoría de la muestra cubana presenta altos niveles de apoyo social percibido en la totalidad de sus categorías.

Tabla 20. Apoyo social percibido

Tipos de apoyo		Fi	Porcentaje
Emocional/informacional	Adecuado uso	103	80%
	Escaso uso	20	20%
Instrumental	Adecuado uso	102	80%
	Escaso uso	102	20%
Interacción social positiva	Adecuado uso	107	85%
	Escaso uso	16	15%
Afectivo	Adecuado uso	100	75%
	Escaso uso	23	35%

Fuente: autoría propia

En la presente investigación la muestra quedó conformada fundamentalmente por el sexo femenino, la media de 73 años, nivel medio superior, viudos o casados y pensionado o jubilados, y género femenino para tareas del hogar y trabajo estable, lo que se corresponde con las estadísticas de Cuba y con estudios realizados en su población con muestras probabilísticas (Anuario Estadístico de Salud, 2015; SABE, 2000-2003; ONE, 2015).

Estas particularidades de la muestra cubana son semejantes a las halladas en la de Puerto Rico en la misma investigación: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico*. De este modo, en la muestra puertorriqueña el 73,4% eran mujeres, la edad promedio fue de 70,6 años (edad mínima de 60 años y la máxima de 92). En términos laborales, la mayor parte (60,9%) estaba pensionada o jubilada (Vera-Rodríguez, Rosario-Nieves y Cabán-Huertas, 2016).

En cuanto a las particularidades clínicas del dolor osteomuscular, se ha encontrado la presencia de artrosis como la enfermedad más frecuente, seguida de la osteoartritis y la osteoporosis de intensidad moderada (u otro grado más profundo), de un año o más de evolución seguido de seis meses a un año, de casi todos los días o constante y que se extiende por el cuerpo a brazos, piernas y tronco o combinaciones de estos.

La Organización Panamericana de la Salud ha destacado que, dentro de las patologías más frecuentes en el dolor osteomuscular, se encuentran las osteomusculares, tales como las encontradas en el presente trabajo. El 40% de las personas de 60 años padecen de artralgias, siendo las causas más comunes la osteoartritis y el 50% a 80% de estos tienen síntomas de artrosis y osteoporosis (OPS, 2013).

El estudio *Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe* encontró que, dentro de las enfermedades crónicas más comunes en los ancianos de cinco ciudades, se reportaron las del aparato osteomuscular, en particular la artrosis (La Habana el 57,4% de su muestra, Buenos Aires 52,8%; Bridgetown 46,9%, Montevideo 46,8% y en menor medida Sao Paulo con 32,8%, Santiago de Chile con 31,5% y Ciudad de México con 24,7% (SABE, 2000-2003). Estos resultados son similares a los hallados en la presente investigación.

La alta frecuencia, temporalidad e intensidad del dolor ha sido reportada por instituciones de reconocido renombre en el ámbito científico, como propia de los pacientes con dolor osteomuscular, entre estas se encuentran la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y por otros investigadores (Anuario Estadístico de Salud, 2015; APA, 2013; Harrison, 2012; Martín, Grau y García 2011; Martín, 2002; Molina, Figueroa y Uribe, 2012; ONE, 2015; OPS, 2013; SABE 2000-2003). No obstante, lo anterior, en la muestra de Puerto Rico, *Vera et al.* encontraron resultados diferentes en torno a la intensidad del dolor con niveles de leves a moderados (2016).

La percepción del dolor osteomuscular como fundamentalmente molesto, seguido de tenso y que se extiende, que además es sentido como deprimente, en cuanto a los afectos, se ha encontrado en otros estudios (Iglesias, 2015; Plata y Cerquera, 2016; Pérez, Iglesias, Cerquera, Martín y Riquelme, 2017; Pérez, Martín y Riquelme, 2016; Pérez *et al.*, 2015; Pérez, Martín y Riquelme, 2013; Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica (SEGG), 2012; Escudero *et al.*, 2010; Grilli, Craig y Minozzi, 2013; Ortigosa y Riquelme, 2010; Martín *et al.*, 2008; López y Velasco, 2007; Uribe, 2009). Es bueno señalar que la muestra estuvo constituida fundamentalmente por personas que padecían de artrosis seguidas de osteoartritis o artrosis siendo estas patologías consideradas como las de mayor relación a dolor. Se ha señalado que, en el dolor crónico y, en particular, en el dolor osteomuscular, los ancianos reportan una alta incidencia de molestias, lo característico de sus manifestaciones clínicas son: la rigidez, la tensión muscular, los calambres, las inflamaciones, entre otras, que influyen en las particularidades de la percepción del dolor como muy molesto o fuerte, resultados que concuerdan con los del presente estudio (Molina *et al.*, 2013; Harrison, 2012).

En relación con la localización del dolor, Martín, en su tesis doctoral acerca de la evaluación psicológica del dolor crónico, menciona que varias zonas fueron seleccionadas por un mismo sujeto para identificar el dolor, lo que indica una generalización de este, lo que concuerda con otros investigadores (Harrison, 2012; Martín, 2002; Pérez, Cascudo y Martín, 2010; Moreira, 2012; SABE, 2000-2003).

En Hernández, Martín, Pérez y Pupo (2013) acerca de la adaptación del Modelo de Valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos, se reportó una alta prevalencia del dolor osteomuscular, el cual se expandió a varias zonas del cuerpo tal como se ha encontrado en el presente trabajo, lo cual muestra la llamada generalización del dolor, característica importante del síntoma en las etapas avanzadas de la vida.

En relación con la actividad funcional la mayoría de los sujetos refirió tener su actividad disminuida y manifestaron tener algún grado de dependencia escasa y moderada especialmente en el aseo, para vestirse y utilizar las escaleras.

En la tesis de grado, para obtener el título de licenciada en psicología, Iglesias encontró, para la muestra cubana, que las características clínicas del dolor osteomuscular fueron: dolor que se presenta casi todos los días y algunas veces al mes, de intensidad fuerte y molesto, localizado en zonas extendidas del cuerpo. En el momento del dolor los ancianos refirieron sentir limitaciones por el dolor en las actividades básicas de la vida diaria, resultados muy coherentes con los que se encuentran en la investigación presente. No obstante, Vera *et al.* (2016) obtuvieron resultados diferentes en la muestra de ancianos de Puerto Rico a los aquí encontrados, al reportar que la mayoría de los sujetos estudiados fueron independientes o tenían independencia escasa,

En cuanto a la presencia de diferencias significativas en torno a la edad y al sexo para las características clínicas del dolor osteomuscular (intensidad, frecuencia, tiempo y localización) y la actividad funcional y grado de dependencia, solo se ha encontrado relación significativa en cuanto a la frecuencia del dolor referido por los ancianos del estudio en relación con el sexo para p de 0,05.

Se ha destacado la influencia que juegan algunos factores psicosociales en el dolor tales como las sociodemográficas, especialmente la edad y el sexo, con una connotación cultural, las limitaciones que el mismo tiene en la actividad funcional, entre otros; sin embargo las particularidades en torno a estos y al dolor aún son objeto de estudio (Martín y Lechuga, 2004; Martín L. y Martín M., 2005; Molina, Figueroa y Uribe, 2012; Kerns,

Haythornwaite, Southwick y Giller, 1990; Hobfoll, Freedy, Lane y Geller, 1990; Schwarzer y Leppin, 1981).

Según el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE, 2000-2003) la artrosis y los padecimientos ligados a esta enfermedad también se encuentran entre las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en América Latina y el Caribe, más frecuente en las mujeres, también en edades más avanzadas de la vida, el síntoma de mayor impacto era el dolor, el cual, de acuerdo con la frecuencia, limitaba la vida funcional de estos mayores.

En la investigación presente, el género tuvo su expresión en cuanto a la frecuencia en que fue reportado el dolor por las mujeres en relación con los hombres. Así, las féminas refirieron sentir dolor casi todos los días o constantemente en relación con los hombres que manifestaron una frecuencia menor de dolor. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas en relación con la edad.

Conclusiones

El presente estudio es un acercamiento al tema del dolor en ancianos cubanos, con el fin de caracterizar las particularidades del mismo, sus aspectos sociodemográficos y la actividad funcional como parte de una investigación más amplia titulada: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico*. Este posibilita describir las variables de estudio a fin de reconocer las características del dolor para las personas mayores de la muestra cubana, sus especificidades y contraste de los resultados con los de otros investigadores, contribuyendo a la comprensión del dolor desde una mirada de la psicología latinoamericana.

Su alcance es limitado, ya que se basa en un estudio descriptivo y con muestras no probabilísticas, por lo que no se pueden establecer generalizaciones a la población, ni profundizar en sus aspectos causales. No obstante, con la presente investigación se crean las bases para establecer futuros análisis inferenciales que posibiliten profundizar en las variables de

estudio y las relaciones existentes entre los países participantes desde una mirada que contribuya al desarrollo de la psicología en América Latina y el Caribe, en cuanto a la investigación del dolor se refiere, para las personas mayores.

Referencias

- Ministerio de salud pública. (2015). *Anuario estadístico de salud*. La Habana: Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Sección 2. Criterios diagnósticos y códigos. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bejarano, P., Osorio, R., Rodríguez, M.L. y Berrío, G.M. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill-Melzack. *Rev. Col. Anest.*, 13, 321-325. Recuperado de <http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1985/1985%20Octubre%20-%20Diciembre/mejor/Evaluacion%20del%20dolor.pdf>
- Escudero, M., García, N., Prieto, M., Pérez, O., March, J. y López, M. (2010). Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. *Reumatol. Clin.*, 6(1),16-22.
- Grilli, R., Craig, R. y Minozzi, S. (2013). Mass media interventions: effects on health services utilization. *Cochrane Systematic Review-Intervention*, (2). Doi: 10.1002/14651858.CD000389.pub
- Harrison, T.R. (2012). Trastornos de las articulaciones y tejidos adyacentes. En T.R. Harrison (Ed.), *Principios de Medicina Interna* 18.ª ed. (pp.2818-2860). Ciudad de México: MacGraw-Hill.
- Hobfoll, S.E., Freedy, J., Lane, C y Geller, P. (1990) Conservation of social resources: social support resource theory. *J. of Soc. and Pers. Rel.*, 17, 465-478.
- Iglesias, D. (2015). Ansiedad y depresión en adultos mayores cubanos con dolor osteoarticular. Policlínico René Bedía, 2015. (Tesis de pregrado). Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana.
- Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (2012). *Los secretos de la longevidad*. La Habana: Publicaciones Acuario.
- Kerns, R.D., Haythornwaite, J., Southwick, S. y Giller, E.L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptoms severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(4), 401-408.
- López, A. y Velasco, F.L. (2007). Dolor y envejecimiento. *Informes portal mayores*, (70).
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Martín, M. y Lechuga, M. (2006). Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT-04: una metodología para promover la asistencia, la investigación y la capacitación multidisciplinaria. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259891108_Cuestionario_Multidimensional_para_la_Evaluacion_Psicologica_del_Dolor_GEMAT
- Martín, M., Baca, B.E., Álvarez, E., Bousoño, M., Eguiluz, I., Roca, M. et al. (2008). Depresión a largo plazo en pacientes geriátricos. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 36,62-65
- Martín, M. y Grau, J. (1996). Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico. *Rev. El Dolor*, 4(17),19-26.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas, H.R., Onís, M.C., Aguado, T.C., Colomerc, C.A. y Luque, L.R. (2001). Adaptación y validación al castellano del Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. Recuperado de <https://medes.com/publication/3015>
- Martín, M. (2016) Aportes de la psicología a la investigación sobre factores psicosociales en el dolor osteomuscular en ancianos. I Coloquio Iberoamericano sobre aportes de la Psicología al alivio del dolor humano, la promoción de la salud y el bienestar. Santa Marta.
- Martín, M. (noviembre de 2014). La investigación en psicología del dolor en América Latina. Una revisión sistemática cualitativa. En J. Machado (Presidencia), Congreso Psicosalud. Congreso llevado a cabo en la Habana, Cuba.
- Martín, C.M., Grau, J.A. y García, J.C. (2011). Aspectos psicológicos en el dolor. En M. García y J. Díaz (Eds.), *Psicología y práctica profesional de la enfermería* (pp. 353-388). La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Martín, L. y Martín, M. (2005). Psicología de la salud. Recuperado de <http://www.psicologiadelasalud.cl/psicologia/site/artic/20120112/pags/20120112085531.php>
- Martín, M. y Lechuga, M. (2004): Factores psicosociales en el dolor en ancianos. En T. Derderian (Ed.), *Guías Prácticas para el manejo del dolor en ancianos* (pp. 15-25). Santiago de Chile: Merck.

- Martín, M. (2002). La evaluación psicológica del dolor crónico: estrategias para nuestro medio (Tesis Doctoral). Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vasculár. La Habana.
- Molina, J., Uribe, A.F. y Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 43-53.
- Molina, J., Figueroa, J. y Uribe, A.F. (2012). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Moreira, P. (2012). Evaluación del funcionamiento de los ancianos hospitalizados en el CITED. Marzo 2011- 2012. (Tesis especialización). Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García Íñiguez". La Habana.
- Organización Nacional de Estadística. ONE. (2015). Proyecciones Cuba 2015-2050. La Habana. Recuperado de <http://www.one.cu/proyecciones%20de%20la%20poblacion%202015%202050.htm>
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (2001). Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/paho-salud-01.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2013). Módulo 13. Dolor. Recuperado de <http://www.bvs-salud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=481>
- Ortigosa, Q. y Riquelme M.A. (2010). Trastornos del estado de ánimo en la vejez. Capítulo 5. En A. Riquelme, J.M. Ortigosa, M. M. Carbonell (Coords.), *Manual de Psicogerontología* (pp. 325-54). Madrid: Académicas.
- Pérez, R., Iglesias, D., Cerquera, A. M., Martín, M. y Riquelme, A. (2017). Estados emocionales: ansiedad, depresión y vivencias en personas mayores con dolor osteoarticular. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 14(1).
- Pérez, R, Martín, M y Riquelme, A. (2016). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3).
- Pérez, R., Marín, R., Martín, M., Meda, R.M., Santos, J.A. y Ortigosa, J.M. (2015). La edad y el género como mediadores de la relación entre apoyo emocional y depresión: un estudio transcultural. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 12(3). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/sumario.html>
- Pérez, R., Martín, M. y Riquelme, A. (2013). Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 1(1), 1-7. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph08113.html>
- Pérez, R., Cascudo, N. y Martín, M. (2010). Grandes síndromes geriátricos. En A. Riquelme Martín, J.M. Ortigosa Guiles y M. Martín Carbonell (Comps.), *Manual de psicogerontología* (pp.249-277). Madrid: Ediciones Académicas.
- Hernández, A., Martín, M., Pérez, R. y Pupo, O. (2013). Adaptación del modelo de valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor. *Informes psicológicos*, 13 (2), 27-42. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/2791>
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1981). Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J. of Soc. and Per. Rel.*, 9, 99-127
- Shah, S., Vanclay, F. y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol.*, 42, 703-709. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0895435689900656?via%3Dihub>
- Sociedad Española de Gerontología y Geriátria, (SEGG). (2012). Guía de buena práctica clínica en geriatría. Dolor crónico en el anciano. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/GBPCG_Dolor_oncologico_anciano.pdf
- Plata, L.J. y Cerquera, A.M. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a10.pdf>
- Uribe, A. F. (2009). Depresión, deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. (Tesis de Doctorando). Pontificia Universidad Javeriana Cali. Cali.
- Vera-Rodríguez, H.A., Rosario-Nieves, L.I. y Cabán-Huertas, M. (2016). Dolor osteomuscular, limitación de la actividad, género, estado civil y apoyo social en una muestra de adultos mayores puertorriqueños. I Coloquio Iberoamericano sobre aportes de la Psicología al alivio del dolor humano, la promoción de la salud y el bienestar. Santa Marta.

Consideraciones finales

Martha de la Caridad Martín Carbonell

Los estudios epidemiológicos actuales muestran que las enfermedades relacionadas al aparato musculoesquelético están entre las condiciones crónicas con mayores niveles de prevalencia entre la población adulta mayor en América Latina y el Caribe y es una de las principales responsables de la pérdida de años de vida saludable, por encima de la hipertensión o la diabetes (Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín, 2018).

Así, por su importancia clínica y epidemiológica, se plantea que el estudio del dolor crónico en la tercera edad puede ser considerado una subespecialidad (Karttunen, Turunen, Ahonen y Hartikainen, 2014) y se reconoce que su atención adecuada requiere tener en cuenta su relación con factores psicosociales. Sin embargo, Martín-Carbonell (2014) ha encontrado, en una revisión sistemática sobre artículos sobre psicología del dolor publicados en revistas científicas indexadas, así como en una revisión narrativa de publicaciones sobre dolor en ancianos (Martín Carbonell, 2016), que son escasas las publicaciones en español y de autores latinoamericanos, así como la colaboración entre autores de la región.

Sabemos que la forma en que se percibe y manifiesta el dolor está influenciada por la cultura, y este ha sido el foco de investigación desde los años 50 del siglo pasado (Flor y Turk, 2011). En nuestro medio hay un desconocimiento casi total acerca de las particularidades de los repertorios sociales del dolor, las especificidades en las actitudes, emociones y comportamientos relacionados con el dolor, las creencias predominantes entre los enfermos e incluso, entre los propios profesionales de la salud.

El presente libro presenta los resultados preliminares de la investigación multicéntrica *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural*, que pretende aportar informaciones que contribuyan a cerrar brechas en el conocimiento sobre las peculiaridades del dolor en los ancianos de nuestras poblaciones.

En este sentido, un aporte importante de la obra es la abundante y actualizada información que se presenta sobre el estado del arte de la investigación en los factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores, con énfasis en la producción generada en el contexto latinoamericano. Otro aporte estaría centrado en que los autores han sido capaces de mostrar la complejidad y el solapamiento entre los diferentes conceptos relacionados con el problema de investigación, y describen los consensos y desacuerdos actuales en la definición de vejez, de dolor osteomuscular y de los factores psicosociales relevantes para su comprensión y abordaje preventivo, asistencial y rehabilitatorio.

Sin embargo, a juicio de los autores, lo más relevante de este libro es que brinda la posibilidad de vislumbrar aspectos comunes y diferencias en cómo vivencian el dolor los ancianos de tres países diferentes que, sin embargo, presentan cercanías desde el punto de vista geográfico y cultural.

Si bien se acostumbra comparar culturas cuyos valores distan mucho entre sí (sociedades individualistas vs. sociedades colectivistas, por ejemplo), también se justifica comparar culturas más parecidas, debido a que sutiles diferencias en valores, normas y creencias pueden impactar en la manera en que se percibe el dolor y cómo este se relaciona con la actividad y con el apoyo social (Jiménez, 2016; Vergara y Balluerka, 2000).

A continuación, se reflexiona acerca de los aspectos comunes y las diferencias que afloraron en este primer acercamiento a los datos recopilados en la investigación, comenzando por la identificación de aspectos metodológicos que pueden contribuir a delimitar el alcance teórico de los resultados descritos.

Algunas reflexiones metodológicas sobre los estudios reseñados

Como pudo observarse, los tres estudios reseñados comparten el hecho de que se centran en la caracterización del dolor, su impacto en la actividad y la funcionalidad del adulto mayor y la relación de estas variables con el apoyo social percibido. También tienen en común que, para obtener la información, se usaron los mismos instrumentos. Sin embargo, difieren en los objetivos enfocados y en las estrategias para analizar los datos obtenidos con los instrumentos aplicados. En este sentido, vale la pena comentar las potencialidades y limitaciones de los instrumentos utilizados, pues ello tiene repercusión en la interpretación de los resultados descritos.

El cuestionario de dolor de McGill (MPQ) es probablemente el más conocido de los procedimientos que intenta una caracterización del dolor. Se basa en el hecho de que los pacientes describen sus dolores de una forma típica, de ahí que muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor patognomónico (Elder, 2018; Jensen, Johnson, Gertz, Galer y Gammaitoni, 2013; Tearman y Dar, 1986). Está traducido a más de 20 idiomas y consta de múltiples versiones (Melzack y Katz, 2001) pero la más difundida recoge 62 adjetivos diferentes (descriptores) que se distribuyen en 20 categorías, que, a su vez, se clasifican en dimensiones.

Esta versión fue validada en Colombia por Bejarano, Osorio, Rodríguez y Berrío (1985) quienes realizaron y validaron la traducción, así como el ordenamiento de las palabras y propusieron el procedimiento de calificación para obtener una cuantificación por dimensiones y un índice global. Sin embargo, recientemente encontramos en una investigación con 264 adultos mayores colombianos de Santa Marta, Montería y Medellín, que las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del MPQ fueron muy inferiores a los valores referidos por Bejarano, Osorio y Berrío en 1985 en su estudio de validación (Martín-Carbonell *et al.*, 2018).

Es posible que esto se deba a que la muestra del estudio de Bejarano *et al.*, no era exclusiva de personas mayores y fue integrada por personas que acudieron a consultas médicas o estaban hospitalizadas. Teniendo en cuenta además la antigüedad del estudio de Bejarano *et al.* (1985), los

autores proponen realizar nuevas investigaciones sobre la validez del MPQ en población colombiana y sobre las estrategias para su calificación e interpretación clínica.

En el caso de Cuba, no se ha validado la versión del MPQ que se usó para esta investigación, sino otra más breve (Martín-Carbonell *et al.*, 2008); y tampoco se encontraron reportes de su validación en población de Puerto Rico.

Diversos autores han señalado limitaciones del MPQ para la evaluación de hispanos y latinoamericanos (Hollingshead, Ashburn-Nardo, Stewart y Hirsh, 2016; Lázaro *et al.*, 2001); y como se ha señalado, a pesar de su popularidad internacional, el MPQ presenta limitaciones psicométricas: los sistemas de puntuación resultan complicados psicométricamente, hay importantes cuestionamientos sobre la fiabilidad de las puntuaciones de las subclases y de la inclusión de los descriptores en ellas y algunos descriptores son difíciles de comprender por muchos pacientes. También se le señalan problemas por el número desigual de descriptores dentro de las subclases, el número distinto de subclases dentro de cada categoría, la variabilidad en los rangos y en las puntuaciones de intervalo de los descriptores, la ambigüedad de algunos descriptores y la poca correspondencia entre las traducciones (Boyle, Fernández y Ortet, 2003; De Luca, Parkinson, Pollard, Byles y Blyth, 2015; Jensen *et al.*, 2013), de ahí las recomendaciones de modificar el MPQ y crear versiones más cortas (Boyle *et al.* 2003) y avala las críticas a la validez de constructo que se hicieron tempranamente a este instrumento (Clark, Fletcher, Janal y Carroll, 1995; Fernández y Towery, 1996; Turk, Rudy y Salovey, 1985).

No obstante, los señalamientos anteriores, tras 25 años de uso, hay consenso sobre el relevante aporte del MPQ a la evaluación del dolor, al permitir utilizar el lenguaje de dolor para describir su intensidad y sus cualidades (Boyle, Boerresen y Jang, 2015). En una investigación cualitativa con ancianos cubanos en la que se exploraron los criterios de profesionales y personas ancianas acerca de la pertinencia de diferentes métodos de evaluación, se encontró consenso acerca de que usar el MPQ al inicio de las intervenciones psicológicas y multidisciplinarias, favorecía la toma de conciencia de los ancianos sobre su dolor, y la comunicación de aspectos que no solían comentar habitualmente en la entrevista clínica por los mitos

respecto a la relación vejez y dolor (Hernández, Martín y Pérez, 2013). Además, esta técnica puede ofrecer un punto de apoyo de los terapeutas para focalizar las sugerencias terapéuticas específicas. En las investigaciones descritas en el presente libro, se ha utilizado para caracterizar cómo los ancianos de los diferentes países describen el dolor, lo cual resulta válido, aunque se recomienda que los resultados sobre la caracterización del dolor en las poblaciones investigadas se interpreten con cautela, como una aproximación exploratoria al problema. De hecho, una limitación de los estudios reseñados es que no califican el MPQ de la misma manera, lo cual es consecuente con la variedad de estrategias de calificación del MPQ, pero dificulta la comparación entre los países.

Otro de los instrumentos utilizados fue el cuestionario multidimensional para el estudio del dolor GEMAT, que fue creado en Cuba en la última década del pasado siglo, para dar respuesta a una necesidad de la práctica clínica: contar con una herramienta que permitiera ordenar y abreviar el proceso de evaluación psicológica de los enfermos con dolor crónico, dada la urgencia relativa que requiere la atención a estos pacientes (Martín-Carbonell, *et al.*; Martín-Carbonell, 1996; Martín-Carbonell y Grau, 1996). En realidad se trata de un conjunto de pruebas que permiten evaluar aspectos psicológicos relevantes para el diagnóstico integral del dolor con dos objetivos fundamentales: 1. Identificar los factores clínico psicológicos que intervienen de forma negativa en el dolor crónico de un paciente en un momento determinado, así como sus “áreas conservadas” y potencialidades de afrontamiento y 2. Obtener criterios para la decisión de cuales pacientes necesitarán de una atención psicológica especializada

Así, el GEMAT no compara al sujeto con un grupo de características afines, si no que pretende aprehender la individualidad del paciente en el momento de la evaluación y apoyar el juicio clínico, reduciendo el número de horas dedicadas al estudio del caso (Martín-Carbonell, 2002), por lo que su diseño y validez se basa en la teoría de los test referidos al criterio, cuyo nacimiento se sitúa en la segunda mitad del pasado siglo (Glaser, 1963; Hambleton, 1978). Esta teoría constituye un nuevo enfoque de la teoría de los test que responde a preguntas y necesidades distintas de los test referidos a las normas (teoría clásica), pues su finalidad es describir con mayor precisión los conocimientos, habilidades y destrezas de los sujetos en un dominio concreto de contenidos (Carretero y Pérez, 2005; Escudero, 2003; Horta, 2015).

En los estudios referidos en el presente libro, el GEMAT se utilizó a manera de entrevista estructurada, con la finalidad de obtener información sobre características del dolor como su tiempo de evolución y frecuencia de presentación, por lo que en los análisis solo se tuvieron en cuenta las preguntas dirigidas a este objetivo. Esta estrategia es válida, porque como ya se comentó, el GEMAT está integrado por varias subescalas que se pueden utilizar separadamente.

También se utilizó el índice de Barthel, que es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Fue propuesto en 1955 (Mahoney y Barthel, 1955) y existen múltiples versiones del mismo (Cid-Ruzafa y Moreno, 1997; Hernández y Alejandra, 2018; Solís, Arrijoja y Manzano, 2005; Zurita, Alcaraz, Martínez, Vila y Sánchez, 2016).

El instrumento es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales. Al igual que GEMAT, también podría considerarse un test referido al criterio, porque los criterios para la calificación se basan en la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. En el presente estudio, se utilizó la misma variante del Barthel y la misma estrategia de calificación, por lo que es factible comparar los datos obtenidos en los tres países.

Por el contrario, el cuestionario MOS de apoyo social responde a la teoría clásica de los test. Fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, ha sido validado y adaptado a múltiples países e idiomas, por ejemplo, al árabe por Alaloul y Hall (2016), para la población francófona canadiense por Anderson, Bilodeau, Deshaies, Gilbert y Jobin (2005) y al portugués por Alonso, Montes, Menéndez y Pereira, (2006). Tiene varias versiones en castellano y es ampliamente utilizado en la investigación en el ámbito latinoamericano (Baca, 2016; Costa Requena, Salamero y Gil, 2007; De la Revilla Ahumada, Luna del Castillo, Bailón Muñoz y Medina Moruno, 2005).

Sin embargo, no se cuenta con información sobre su validación en la población de Cuba y Puerto Rico, y aunque se reporta un estudio de validación en población colombiana (Londoño *et al.*, 2012), esa inves-

tigación se realizó con una muestra proveniente de población general, a pesar de que el MOS estuvo originalmente diseñado para la evaluación de personas con enfermedades crónicas específicas. Por estas razones, se deberá profundizar en la investigación del valor diagnóstico del MOS en las poblaciones investigadas, así como en la pertinencia de los puntos de corte que se han utilizado para calificar el apoyo social percibido.

Vale la pena resaltar que las fortalezas y limitaciones señaladas a los instrumentos utilizados para la obtención de la información, no están alejadas de la norma latinoamericana en la investigación en salud y en especial en el tema del dolor. Como reconocen Londoño y Castañeda (2017), el panorama de los instrumentos de evaluación psicológica que se utilizan en la clínica y en la investigación en salud en Colombia, se caracteriza por el uso de test que no han sido validados o solo se han validado parcialmente en nuestras poblaciones. Similar señalamiento se ha hecho en el caso de Cuba (González Llana, 2007). Es una tarea pendiente de los investigadores latinoamericanos contribuir a la reflexión sobre la pertinencia y validez de los cuestionarios que se han desarrollado en otras latitudes, así como trabajar en la creación, adaptación y validación de instrumentos que respondan a nuestras necesidades y particularidades.

Una limitación que han tenido estos estudios, es que las muestras se seleccionaron por conveniencia, debido a la carencia de recursos para otros tipos de muestreo, lo cual limita el alcance y generalización de los resultados. Lamentablemente, esta limitación está presente también en la mayor parte de la investigación de autores latinoamericanos sobre el tema (Bergman, López y García, 2015; Martín-Carbonell, 2014, 2016), lo que es reflejo de las restricciones administrativas y financieras que afectan la productividad científica en nuestros países.

Semejanzas y diferencias entre las muestras investigadas

Aunque en este libro no se presentaron comparaciones estadísticas entre los países investigados, fue posible identificar algunos aspectos comunes y diferenciales sobre los que vale la pena reflexionar.

En primer lugar, llama la atención el predominio del sexo femenino, a pesar de que los casos fueron seleccionados en cada país de acuerdo a las posibilidades de los investigadores y provienen de diferentes contextos (consultas médicas en el caso de la muestra cubana, grupos de autoayuda para la muestra colombiana y residentes en su entorno habitual en el caso de Puerto Rico). Este dato podría tener varias explicaciones, no excluyentes entre sí. En primer lugar, los estudios epidemiológicos en Latinoamérica han mostrado que la prevalencia de los problemas de dolor osteomuscular es mayor en las mujeres que entre los hombres, llegando a ser más del 40% entre las mayores de 80 años en el promedio de la región (Aranco *et al.*, 2018).

También se sabe que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud que los hombres (Jenkins, 2018). Existen diferencias biológicas intrínsecas que explican que los hombres sufran enfermedades que son altamente mortales a edades más tempranas. Al contrario, las mujeres muestran una mayor prevalencia de enfermedades crónicas de bajo grado de mortalidad, pero altamente debilitantes, como la artritis o la osteoporosis, y las sufren durante más tiempo (Sahin, Demircioglu y Kirdi, 2018), pero también se ven diferencias de género en la forma de evaluar el propio estado de salud (Adjei y Brand, 2018).

Por otra parte, es conocido que las mujeres utilizan más los servicios de salud que los varones, lo cual se ha explicado por distintos tipos de necesidades de atención y patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención (Gómez Gómez, 2002; Infurna, Mayer y Anstey, 2018; King, Harrington, Linedale y Tanner, 2018).

Otra característica común encontrada en los tres países es que fueron más frecuentes los pensionados y las personas que se dedican a las tareas del hogar. Esto es consecuente con lo reportado para América Latina (Aranco *et al.*, 2018) y para otros contextos (Pacolet, Bouten y Versieck, 2018).

De hecho, algunos autores marcan el inicio de la vejez en la jubilación laboral, a pesar de que, legalmente, toda persona tiene el derecho a trabajar mientras posea las aptitudes necesarias (Cerquera Córdoba, 2010; Moragas, 2008). Debe tenerse en cuenta que, además, en el envejecimiento se produce un declive de la salud física que puede afectar el rendimiento

en ciertas labores (Pérez-Díaz, Cascudo y Martín-Carbonell, 2010), y además, que para muchas personas la desvinculación laboral del mayor representa el reconocimiento y premio a una vida de esfuerzos (Cerquera Córdoba, 2010).

Por otra parte, las mujeres han sido históricamente las responsables del papel reproductivo dedicado al cuidado de la familia y del hogar, así como de la perpetuación de la especie. Estas actividades se desarrollan en el seno del hogar y se mantienen hasta la vejez. Diversos estudios coinciden que hay una alta proporción de mujeres mayores que se dedican a las tareas del hogar en América Latina (Castañeda Abascal, Corral Martín y Barzaga Torres, 2010; Fernández Hasan, 2007; Muñoz, 2017).

Otra similitud que puede observarse en la investigación, es que en las muestras de los tres países predominan las personas sin pareja, lo que es consecuente con la contracción de la familia que se produce en esta etapa de la vida, en que suelen disolverse las parejas por fallecimiento de uno de sus miembros (Velásquez, 2018).

Como diferencia, se encontró que la muestra colombiana se caracterizó por un nivel escolar inferior a la de sus pares de Cuba y Puerto Rico. Esto podría explicarse por la procedencia de los casos, ya que la muestra colombiana estuvo conformada por personas de bajos ingresos que asisten a grupos de ayuda. Las diferencias entre países en cuanto a nivel de estudios también podría ser un reflejo de la escolarización diferencial de los adultos mayores, pues en Colombia se ha reportado un predominio de la baja escolaridad (González-Quíñones, 2017), mientras que en Cuba predomina la escolaridad media (Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), 2017).

Características del dolor

En cada sociedad y en cada cultura, hay formas particulares de entender la salud, la enfermedad, el sufrimiento y el dolor, sin embargo, como es reconocido por la propia Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, la investigación transcultural en el tema del dolor

está en su “infancia” y mucho más en el contexto iberoamericano, pues la mayoría de las investigaciones publicadas se han realizado en poblaciones anglosajonas (Mailis-Gagnon, 2010).

Los investigadores norteamericanos que se han centrado en la comparación transcultural de la experiencia de dolor entre los diferentes grupos étnicos que componen esa nación multicultural, han arribado al consenso de que la procedencia cultural hispana, afecta la manera en que se vivencia el dolor tanto en el nivel social como en biológico/propioceptivo (Hollingshead, Ashburn-Nardo, Stewart y Hirsh, 2016).

La cultura implica estilos de pensamiento y comportamientos que son aprendidos y compartidos dentro de la estructura social de nuestro mundo personal. Los grupos étnicos pueden tener diferente genética y mostrar características fisiológicas y morfológicas distintas, sin embargo, las diferencias físicas entre la gente de diferentes culturas son menos importantes que las creencias y los comportamientos de los miembros de una cultura o grupo étnico (Kopf y Patel, 2010).

En línea con los planteamientos anteriores, resulta interesante que, en las muestras investigadas, abundan más las similitudes que las diferencias. En relación con características clínicas del dolor como la intensidad, localización y diseminación, los resultados de esta investigación son similares a los reportados por Guerrero y Gómez (2014) en el *Estudio nacional de dolor en Colombia*, a pesar de que las estrategias para obtener la información fueron diferentes y de que ese estudio no estuvo centrado en dolor osteomuscular e incluía personas de todas las edades. También coinciden con resultados reportados para cubanos (Moreira, 2012; Martín-Carbonell, 2002; Pérez-Díaz, Iglesias, Cerquera, Martín-Carbonell y Riquelme, 2017; Pérez, Martín-Carbonell y Riquelme, 2013; Pérez *et al.*, 2010). Esto inclina a pensar que estas variables clínicas pueden estar más relacionadas con la manera en que las personas describen el dolor crónico en nuestra cultura, que con el envejecimiento.

También puede ser indicador de características específicas de la presentación del dolor osteomuscular. Se plantea que definir el dolor osteomuscular es complejo porque se reconocen múltiples clasificaciones y tipificaciones en función de su etiología, distribución, frecuencia, etc.

(Rosenfeld, 2015). Casi siempre se describe como una dolencia difusa, referido a estructuras somáticas distales siendo difícil diferenciar si el dolor proviene de los músculos, tendones, ligamentos, cápsulas articulares, articulaciones o huesos, además que el examen físico y las imágenes diagnósticas carecen de validez o no permiten establecer la causa del dolor, excepto cuando existe una patología grave subyacente (Arteaga, Santacruz y Ramírez, 2011).

Un aspecto a destacar es la similitud en las palabras que los ancianos usan para describir el dolor: el adjetivo molesto el más frecuente para colombianos y cubanos (no se reportó el dato para Puerto Rico). Así, parece que los mayores tienden a describir su dolor preferentemente con adjetivos que se refieren a su impacto afectivo-emocional en la cotidianidad. Por otra parte, las personas entrevistadas de los tres países seleccionaron pocas palabras del MPQ para describir su dolor, lo que coincide con los datos obtenidos por Martín-Carbonell *et al.* (2018).

También hay coincidencia en la frecuencia de presentación del dolor referida por los adultos mayores de Puerto Rico y Cuba (porque de Colombia no se comunicó el dato) y pudo verse que más del 70% de los ancianos conviven con el dolor en su vida cotidiana pues lo padecen casi todos los días o constantemente. Por último, la mayor parte de los gerontes de los tres países describen el dolor de moderado a fuerte. Estos resultados coinciden con los de otros autores sobre la manera en que se describe el dolor osteomuscular crónico (Fernández, Krusz y Hall, 2011; Martín-Carbonell *et al.*, 2008; Thakral *et al.*, 2016).

Una tarea pendiente es profundizar en la identificación de los aspectos comunes y diferenciales en la descripción del dolor y establecer su relación con variables sociodemográficas y con el país, de cara a caracterizar las atribuibles a nuestra cultura compartida y determinar las que se pueden relacionar con particularidades nacionales o regionales.

Dependencia, actividad y dolor

Entre el 2000 y el 2001 se realizó un estudio internacional con una muestra de 10 891 personas de 60 años o más que residían en siete ciudades: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; La Habana, Cuba; México, D.F., México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y São Paulo, Brasil, acerca de la dificultad para realizar actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente) que ofreció el primer reporte sobre los problemas de dependencia de la región. La proporción de personas de 60 años de edad o más que manifestaron tener dificultades para realizar ABVD fueron similares en todas las ciudades estudiadas, con valores límite de 13,8% en Bridgetown y de 23,7% en São Paulo y se encontró que las variables que mostraron una asociación directa con dificultades para realizar ABVD y AIVD en las ciudades estudiadas fueron: padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de ECV o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la salud propia como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión (Menéndez *et al.*, 2005).

Este cuadro epidemiológico ha sufrido ligeros cambios. Según el estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (Aranco *et al.*, 2018) sobre funcionalidad y dependencia en adultos mayores de Latinoamérica, en nuestro medio la presencia de limitaciones aumenta en forma pronunciada con la edad, en especial a partir de los 70 años, sin clara diferenciación entre hombres y mujeres. La existencia de limitaciones también se correlaciona positivamente con la existencia de enfermedades crónicas y la que mayormente se asocia con la condición de dependencia es la artritis. Esta enfermedad es la responsable de, al menos, una limitación en el 17% de la población chilena mayor de 60 años, las limitaciones asociadas al uso de las extremidades son las que se asocian más con la artritis.

No encontramos estudios que se enfoquen en las diferencias culturales en lo que refiere a la percepción de salud entre distintos países latinoamericanos, este es un factor que debe tenerse en cuenta al analizar las respuestas a preguntas que implican cierta valoración subjetiva del estado de salud del individuo (por ejemplo, la presencia de limitaciones o dificultades). En un estudio que comprende 142 países, Gallagher, Matthew,

Shane, López y Pressman (2013) demuestran que los países donde los habitantes son más optimistas en promedio tienen una visión más positiva de su estado de salud, independientemente de las condiciones objetivas a las que se enfrentan. En el *ranking* global elaborado por los autores, muchos países de América Latina figuran entre los primeros en la lista de “optimistas”, con Brasil en el segundo lugar (solo después de Irlanda), y Venezuela, Colombia, Costa Rica, y Jamaica, en el séptimo, octavo, noveno, y décimo lugar, respectivamente

Debe tenerse en cuenta que se considera que una persona se encuentra en situación de dependencia cuando no es capaz de llevar a cabo en forma autónoma al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) en forma permanente (Aranco *et al.*, 2018). Las ABVD son actividades que se consideran necesarias para llevar una vida independiente, como comer, bañarse, usar el excusado o vestirse (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

También es preciso recordar que la definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica, sino que depende del contexto, que puede proveer instrumentos y oportunidades para garantizar la autonomía funcional. En otras palabras, la existencia de limitaciones funcionales no necesariamente significa dependencia (Querejeta González, 2012).

Según el estudio del BID (Aranco *et al.*, 2018), casi ocho millones de latinoamericanos de 60 años o más son dependientes, lo cual representa más del 1% de la población total de la región, y un 11% de los individuos en ese grupo etario.

En nuestras investigaciones se identificaron porcentajes diferentes de personas que presentaban algún grado de dependencia, con discrepancias evidentes entre los tres países (13,5% de colombianos, 53,4% de puertorriqueños y 75,6% de los cubanos). Esto podría explicarse porque las investigaciones reseñadas en el presente libro se realizaron con personas afectadas de dolor crónico osteomuscular, mientras que en el estudio del BID y en el Estudio SABE de Cuba (Menéndez *et al.*, 2005) se trabajó con datos poblacionales que incluyen mayor diversificación.

Así, en la encuesta nacional SABE de Colombia (González Quiñones, 2017) que también utilizó el índice de Barthel para valorar dependencia, se encontró una proporción mayor de ancianos con algún grado de dependencia (20,8% a nivel nacional) que la reportada en nuestro estudio. Una posible explicación es que la muestra de Bucaramanga fue tomada de un grupo de ancianos que acuden a actividades grupales de autoayuda, que tienen como criterio de admisión el que las personas puedan valerse por sí mismas.

Para el caso de Puerto Rico, la proporción de mayores con algún nivel de dependencia supera a la descrita por Oliver-Vázquez *et al.* (2014) lo que puede deberse a que la muestra del citado estudio proviene de población general.

Por otra parte, en el caso de la muestra cubana, se encontró que más de las dos terceras partes de los ancianos encuestados tenían algún nivel de dependencia funcional. Debe señalarse que esta muestra fue tomada de ancianos que acudían a consultas médicas, quienes se suponen que están presentando diferentes problemáticas de salud que pueden estar afectando su funcionalidad. Por otra parte, las personas con limitación funcional y dependencia suelen ser usuarios frecuentes de los servicios de salud (de Wit *et al.*, 2018). Es posible que por estas razones, la muestra habanera estudiada en esta investigación presente un nivel de dependencia mayor que la encontrada en un estudio de una muestra representativa de gerontes habaneros, en el que se encontró que el 20,5% de los adultos mayores de La Habana manifestaron tener dificultades para realizar las ABVD (Brenes Hernández, Menéndez Jiménez y Guevara González, 2006), así como con los datos que reportó la Oficina Nacional de Estadística en 2017.

Aunque en nuestro estudio se haya encontrado personas con algún grado de dependencia, esto no significa que los ancianos de nuestra muestra presenten un nivel elevado de limitación funcional. De hecho, la mayoría de los ancianos de los tres países dice que mantiene actividad normal o solo disminuida, con un predominio de independencia total en la muestra colombiana, y de niveles de dependencia leves y moderados en las muestras de Cuba y Puerto Rico. Esto contrasta con la alta intensidad y frecuencia del dolor referido por los ancianos entrevistados en los tres países e invita a reflexionar sobre el imaginario cultural acerca del adulto mayor como

dependiente e incapacitado, el cual responde a estereotipos socioculturales (Bauer, Emeny, Baumert y Ladwig, 2016).

La idea de que la vejez es sinónimo de enfermedad y dolor ha planeado históricamente en la mente de los médicos, profesionales de la salud y población en general. Aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento, también es cierto que en esta etapa de la vida aumenta la vulnerabilidad a padecer enfermedades y discapacidades ya que se producen cambios en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional, limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o el estrés; y un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas (Pérez *et al.*, 2010).

Los ancianos entrevistados mantienen un nivel de independencia en su vida cotidiana a pesar de que el dolor afecta su quehacer diario y en este sentido, los resultados también resultan similares en los tres países, aunque las estrategias para analizar esta relación fueron diferentes en los estudios reseñados. Para el caso de Colombia, no se realizaron análisis estadísticos pero la inspección visual de los datos permite inferir que hay un nivel de interferencia leve para la mayor parte de los casos (63% admiten actividad diaria mínima o disminuida). Esto coincide con el consenso que existe acerca de la interferencia del dolor crónico en la vida cotidiana de los adultos mayores (Cedraschi *et al.*, 2016; Beck, 2018) y con el hallazgo de los autores puertorriqueños, quienes sí constataron que había una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del dolor y la limitación funcional. También coincide con lo hallado por Garavito (2015) que encontró una relación significativa entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del MPQ y la incapacidad en colombianos. Esta relación también ha sido descrita para la población de ancianos de Puerto Rico por Suárez-Pérez *et al.* (2014) y por Oliver *et al.* (2014). No se dispone de esta información para la muestra cubana, pero se ha esta relación se ha corroborado en otras investigaciones (Martín-Carbonell, 2002; Martín-Carbonell, 2017).

Apoyo social en ancianos con dolor osteomuscular

El apoyo social percibido es uno de los factores determinantes de bienestar y calidad de vida en ancianos (Da Silva, Rinie y Jacobs, 2018; Dumitrache, Rubio y Rubio-Herrera, 2017; Martínez, Buz, Navarro y López-Martín, 2017). Esta dimensión subjetiva del apoyo, entendida como la percepción de que se recibe y la satisfacción con el mismo, es la que, según diversos autores, tiene efectos más directos y evidentes en la salud y bienestar de los ancianos, y está asociada a mayor supervivencia (Bengtson, 2018).

La relación entre apoyo social y salud física ha dado lugar a un importante volumen de investigación en el que se ha sentado con claridad la relación entre ambas variables (Lee, Chung y Park, 2018). En el caso específico de los ancianos con dolor osteomuscular crónico, la investigación del apoyo social ha sido prolífica, mostrando la importancia de tenerlo en cuenta para promover autonomía e independencia funcional (Lee, Kahana y Kahana, 2016; Matos, Bernardes, Goubert y Beyers, 2017), por lo que existe consenso sobre la importancia de su evaluación para la práctica gerontológica y geriátrica (Cross-Denny y Robinson, 2017; Riquelme-Marín, Martín-Carbonell, Ortigosa-Quiles, Meda-Lara, Pérez-Díaz y López-Navas, 2016).

Resulta interesante que, en los tres países investigados, se apreció un alto nivel de apoyo social percibido, sin relación con los niveles de dolor ni con la afectación de la actividad. En este sentido, nuestros datos no coinciden con lo reportado en otros estudios (Struyf, Geraets, Noten, Meeus y Nijs, 2016; Da Silva, Geenen y Jacobs, 2018) por lo que sería recomendable profundizar en estos análisis, aunque una explicación podría ser que dado el alto nivel de apoyo detectado en la muestra, no se hagan visibles las relaciones que puede haber entre apoyo y dolor. Otra posible explicación, que no excluye a la anterior, se puede atribuir a los problemas metodológicos que se analizaron previamente con relación al cuestionario MOS.

Recomendaciones

De las reflexiones anteriores se derivan algunas recomendaciones que pueden servir de pauta para futuras investigaciones.

En primer lugar, valdría la pena trabajar en la validación del cuestionario MPQ, buscando versiones más “amigables” para los pacientes y que permitan obtener una información más confiable con fines diagnósticos y terapéuticos.

En esta línea de validación de instrumentos, sería deseable que se revisen las propiedades psicométricas del cuestionario MOS de apoyo social para adultos mayores de Colombia, así como establecerlas para Cuba y Puerto Rico.

Otra recomendación en este sentido es incorporar los últimos desarrollos de la teoría de los test referidos al criterio para la creación, adaptación y validación de instrumentos de evaluación en salud, en especial para el tema del dolor crónico en ancianos, pues en la clínica es relevante en muchas ocasiones, establecer si una persona cumple determinados parámetros (presenta o no presenta un síntoma, necesita o no atención especializada, etc.). En ese sentido, instrumentos como el GEMAT, el índice de Barthel y el propio MPQ, podrían beneficiarse de contar con criterios más ajustados para determinar su validez.

Un área que está necesitando de mayor investigación es la de estandarizar estrategias y procedimientos de evaluación que permitan la réplica de las investigaciones al mismo tiempo que favorezcan estudios clínicos de calidad.

Como se planteó anteriormente, deberá continuarse la investigación transcultural enfocada en caracterizar la experiencia de dolor crónico osteomuscular en adultos mayores latinoamericanos, incluyendo a los viejos-viejos, y establecer las diferencias y semejanzas entre los diferentes grupos de edades. Por ejemplo, Lillie, Read, Mallen, Croft y McBeth (2013) publicaron una revisión sistemática sobre publicaciones en inglés de dolor musculoesquelético al final de la vida en personas muy ancianas que

solo identificó seis reportes entre los que estaba incluidos estudios de caso, estudios epidemiológicos y una carta al editor. Concluyeron que el dolor musculoesquelético es común en los adultos mayores al final de su vida y tiene un impacto importante en la experiencia individual.

Igualmente, deberá profundizarse en las particularidades de la experiencia de dolor relacionada con otras variables sociodemográficas como el género y la escolaridad, de cara a incrementar nuestra comprensión sobre la etiopatogenia y abordaje del dolor osteomuscular en mayores, diseñando estrategias de evaluación e intervención más ajustadas a las particularidades de los diferentes grupos poblacionales.

Por otra parte, el hallazgo de similitudes en la experiencia de dolor en los latinoamericanos y caribeños permite que se exploren estrategias de prevención y tratamiento comunes para los países, lo que facilitará el intercambio de experiencias y recursos.

Dadas las múltiples comorbilidades y los dilemas éticos al momento de evaluar algunos fármacos, las estrategias de manejo del dolor en los ancianos no han sido evaluadas de modo sistemático y la mayoría se basa en la experiencia clínica en pacientes más jóvenes o con dolor oncológico (Arteaga, Santacruz y Ramírez, 2011).

La insuficiente investigación es más evidente para las terapias no farmacológicas, a pesar de que en algunas culturas parecen ser las preferidas por los mayores para el control del dolor crónico. López, Barreto y Maluche (2014) en un estudio sobre dolor en ancianos colombianos afrodescendientes que habitan en la región Guapi, Colombia, encontraron que estas personas usaban fundamentalmente plantas medicinales, permeadas por oraciones y la fe religiosa y que tenían la creencia de que “las pastas” proporcionan poco alivio, desconocimiento en su uso y dificultades para manejarlas.

En el Semillero de investigación Psicosalud adscrito al grupo de investigación Estudios Sociales Interdisciplinarios de la Facultad de Psicología de la Sede Santa Marta de la Universidad Cooperativa de Colombia, hemos comenzado a investigar sobre las prácticas curativas que suelen usar los mayores de diversas condiciones. Así tenemos resultados preliminares de un estudio

con un grupo de mayores con altos recursos económicos que residen en uno de los principales polos turísticos de la costa caribe colombiana ubicado en una playa llamada El Rodadero. Estas personas tienen estilos de vida saludables: hacen ejercicios regularmente, una dieta sana y se mantienen activos. Adicionalmente, afirman que su estado de salud lo atribuyen a sus hábitos de vida saludables, a la herencia, a Dios y a prácticas curativas naturales como el consumo de infusiones, paseos y baños en el mar. Estas personas tienen tratamiento farmacológico indicado para sus dolencias y enfermedades, pero refieren que no lo cumplen estrictamente (Hernández Cruz, Iglesias Acevedo, Martín Carbonell y Fernández Daza, 2014)

Un aspecto importante al que se deberá enfocar la futura investigación es a determinar la pertinencia de las intervenciones psicosociales que han sido exitosas para otras culturas, pero que podrían no ser las más apropiadas para nuestras poblaciones. Por ejemplo, aunque estudios metaanalíticos demuestran el valor de las estrategias centradas en incrementar la percepción de apoyo social (Struyf, Geraets, Noten, Meeus y Nijs, 2016), quizás este tipo de programas no sean tan importantes para mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos, quienes perciben que cuentan con un alto grado de apoyo de sus redes sociales informales como muestran nuestros datos. En contraste, podrían ser más recomendables los programas destinados a incrementar el apoyo formal del Estado y las instituciones, que se considera deficitario en nuestro medio (Arango *et al.*, 2018)

Coincidimos con Lillie, Read, Mallen, Croft y McBeth (2013) quienes recomiendan:

- ▶ Más investigación acerca de la prevalencia, historia natural, causas y consecuencias del dolor osteomuscular en mayores, con énfasis en los viejos más viejos.
- ▶ Investigación que describa el impacto del dolor osteomuscular en las diferentes etapas del envejecer y al final de la vida.
- ▶ Investigación que ofrezca información basada en evidencia sobre abordajes terapéuticos para el dolor osteomuscular al final de la vida

También es necesario incrementar la investigación sobre la eficiencia y eficacia de las intervenciones psicológicas, en ese sentido, compartimos las recomendaciones para la investigación sobre eficacia de las interven-

ciones psicológicas de Geenen, Newman, Bossema, Vriezakkolk y Boelen (2012) quienes plantean que:

- ▶ Los estudios deben considerar los efectos adversos y los que no los valoren deberían ser considerados antiéticos.
- ▶ Debería controlarse la experiencia de los terapeutas, pues en muchas investigaciones las terapias las ejecutan personal sin experiencia clínica, que ha sido especialmente entrenado para ejecutar esa investigación.
- ▶ Deberían considerarse otras modalidades, además de los ECA, como son los estudios observacionales de gran escala, los estudios transculturales y los estudios de caso.
- ▶ Acceso abierto a los datos.
- ▶ Deberán procurarse muestras más homogéneas de pacientes e intervenciones más específicas, relacionadas con las medidas de evaluación.

En este sentido, consideramos que el presente libro constituye un modesto pero válido aporte a potenciar la visibilidad de la investigación psicológica latinoamericana y lo que es más importante, a aportar a los profesionales de la salud, cuidadores y población general, conocimientos acerca de cómo se puede ayudar mejor a nuestros ancianos que sufren problemas de dolor osteomuscular crónico.

Referencias

- Adjei, N. K. y Brand, T. (2018). Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. *BMC public health*, 18(1), 110.
- Alaloul, F. y Hall, L. (2016, March). Examination of the validity of the arabic version of the Medical Outcome Study (MOS) Social Support Survey Using Confirmatory Factor Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), 128.
- Alonso, F. A., Montes, M. A., Menéndez, V. C. y Pereira, M. G. (2006). Cultural adaptation and validation of the medical outcomes study social support survey questionnaire (MOS-SSS). *Acta médica portuguesa*, 20(6), 525-534.
- Anderson, D., Bilodeau, B., Deshaies, G., Gilbert, M. y Jobin, J. (2005). French-Canadian validation of the MOS social support survey. *The Canadian journal of cardiology*, 21(10), 867-873.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Recuperado de [http://dx.Doi.org/10.18235/0000984](http://dx.doi.org/10.18235/0000984)
- Arteaga, C.E., Santacruz, J.C. y Ramírez, L.J. (2011). Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. *Acta Médica Colombiana*, 30-35.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(1), 177-190.
- Bauer, H., Emeny, R. T., Baumert, J. y Ladwig, K. H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European journal of pain*, 20(8), 1253-1265.
- Beck, A. (2018). Understanding the experience of chronic pain: A latent profile analysis of chronic pain in relation to general health (Disertación doctoral). Kansas state university. Kansas.
- Bejarano, P. F., Osorio Noriega, R., Rodríguez, M. L. y Berrío, G. M. (1985). Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. *Rev. Colomb. anesthesiol*, 13(4), 321-51.
- Bengtson, V. (2018). *Global aging and challenges to families*. Nueva York: Routledge.
- Boyle, G. J., Boerresen, B. H. y Jang, D. M. (2015). Factor analyses of the McGill Pain Questionnaire (MPQ) in acute and chronic pain patients. *Psychological reports*, 116(3), 797-820.
- Boyle, G. J., Fernández, E. y Ortet, G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ): consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología*, 12(1), 111.
- Bregman, C., López-López, W. y García, F. (2015). La psicología clínica en las publicaciones hispanoamericanas: un análisis bibliométrico del período 2012-2014. *Terapia psicológica*, 33(3), 205-219.
- Brenes Hernández, L., Menéndez Jiménez, J. y Guevara González, A. (2006). Comorbilidad y discapacidad: su relación en adultos mayores de ciudad de La Habana. *Geroinfo*, 2(2). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/comorbilidad_y_discapacidad.pdf
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3).
- Castañeda Abascal, L. E., Corral Martín, A. y Barzaga Torres, M. (2010). Perfiles de género y salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 132-141. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416135006>

- Cedraschi, C., Luthy, C., Allaz, A.F., Herrmann, F.R. y Ludwig, C. (2016). Low back pain and health-related quality of life in community dwelling older adults. *Eur Spine J*, 25(9), 2822-2832. Doi:10.1007/s00586-016-4483
- Cerquera Córdoba, A. (2010) Jubilación. En A. Riquelme, J.M. Ortigosa y M. Martín Carbonell (Eds.), *Manual de psicogerontología* (pp. 35-50). Madrid: Académica.
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.
- Clark, C. W., Fletcher, J. D., Janal, M. N. y Carroll, J. D. (1995). Hierarchical clustering of pain and emotion descriptors: Toward a revision of the McGill Pain Questionnaire. En B. Bromm y J. Desmedt (Eds.), *Pain and the brain: From nociception to cortical activity* (pp. 319-330). Nueva York: Raven.
- Costa Requena, G., Salamero, M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 0-720.
- Cross-Denny, B. y Robinson, M. A. (2017). Using the Social Determinants of Health as a Framework to Examine and Address Predictors of Depression in Later Life. *Ageing International*, 42(4), 393-412. Doi: 10.1007/s12126-017-9278-6
- Da Silva, J.A.P., Geenen, R. y Jacobs, J.W.G. (2018). Chronic widespread pain and increased mortality: biopsychosocial interconnections. *Ann Rheum Dis*, 77(6), 790-792.
- De la Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E. y Medina Moruno, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- De Luca, K., Parkinson, L., Pollard, H., Byles, J. y Blyth, F. (2015). How is the experience of pain measured in older, community-dwelling people with osteoarthritis? A systematic review of the literature. *Rheumatology International*, 35(9), 1461-1472.
- De Wit, L., Fenenga, C., Giammarchi, C., Di Furia, L., Hutter, I., De Winter, A. y Meijering, L. (2018). Community-based initiatives improving critical health literacy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *BMC public health*, 18(1), 40.
- Dumitrache, C.G., Rubio, L. y Rubio-Herrera, R. (2017). Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support. *Ageing y mental health*, 21(7), 751-757.
- Elder, A. (2018). Clinical Skills Assessment in the Twenty-First Century. *Medical Clinics of North America*, 102(3), 545-558.
- Escudero, T. (2003). Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Relieve*, 9(1), 11-43.
- Fernández Hasan, A. (2007). Desigualdad de género. La segregación de las mujeres en la estructura ocupacional. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (25). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402506>
- Fernández, E. y Towery, S. (1996). A parsimonious set of verbal descriptors of pain sensation derived from the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 66, 31-37.
- Fernández, E., Krusz, J. C. y Hall, S. (2011). Parsimonious collection of pain descriptors: Classification and calibration by pain patients. *Journal of Pain*, 12(4), 444-450. Recuperado de <http://Doi.org/10.1016/j.jpain.2010.10.011>
- Flor, H. y Turk, D. (2011). *Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. Washington: IASP
- Gallagher, M. W., López, S. y Pressman, S. (2013). Optimism is universal: Exploring the presence and benefits of optimism in a representative sample of the world. *J Pers.*, 81(5):429-40.
- Garavito, L. (2015). Relación entre nivel de dolor y grado de incapacidad en pacientes con sintomatología de dolor lumbar (*Tesis de maestría*). Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca.
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, E., Vriezakkolk, J. y Boelen, P. (2012) Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice y Research Clinical Rheumatology*, 26(3), 305 – 319
- Glaser, R. (1963): Instructional technology and the measurement of learning outcomes. *American Psychologist*, 18,519-554.
- Gómez Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 327-334.
- González Llana, M. (Ed.). (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González-Quinones, J. (2017). Resumen: Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. *Carta Comunitaria*, 25(144), 24-35. Recuperado de <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/152>
- Guerrero, A. y Gómez, M. (2014). VIII Estudio Nacional de Dolor. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Recuperado de <http://dolor.org.co/en-cuesta/VIII%20Estudio%20Prevalencia%20dolor%20cronico%20en%20colombia%20publicaci%C3%B3n%20p%C3%A1gina%20ACED%202014.pdf>

- Hambleton, R. K., Swaminathan, H., Algina, J. y Coulson, D. (1978). Criterion-referenced testing and measurement: A review technical issues and developments. *Review of Educational Research*, 48(1), 1-47.
- Hernández Cruz, N., Iglesias Acevedo, M.J., Martín Carbonell, M. y Fernández Daza, M. (2014). Prácticas curativas, estilos de vida, apoyo social y calidad de vida en ancianos de recursos económicos medio-alto. Memorias de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud 2014. La Habana.
- Hernández, A., Martín, M. y Pérez, R. (2013). Adaptación del modelo de valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor 2. *Informes psicológicos*, 13, 27- 42.
- Hollingshead, N. A., Ashburn-Nardo, L., Stewart, J. C. y Hirsh, A. T. (2016). The pain experience of Hispanic Americans: a critical literature review and conceptual model. *The Journal of Pain*, 17(5), 513-528.
- Horta, J. A. B. (2015). Cuestionario para evaluar el nivel de desarrollo de los problemas asociados al consumo del alcohol (CEAL). *Acta Colombiana de Psicología*, (5), 63-85.
- Infurna, F. J., Mayer, A. y Anstey, K. J. (2018). The effect of perceived control on self-reported cardiovascular disease incidence across adulthood and old age. *Psychology and health*, 33(3), 340-360.
- Jenkins, M. (2018). 2018 Sex y Gender Health Education Summit (Doctoral dissertation). University of Utah. Utah.
- Jensen, M. P., Johnson, L. E., Gertz, K. J., Galer, B. S. y Gammaitoni, A. R. (2013). The words patients use to describe chronic pain: Implications for measuring pain quality. *Pain*, 154(12), 2722-2728. Recuperado de <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23933183>
- Jiménez, A., López, M., Zapata, R., Cala, V. y Daolou, R. (Eds.). (2016). *Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales*. Almería: Universidad Almería.
- Karttunen, N. M., Turunen, J., Ahonen, R., y Hartikainen, S. (2014). More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age and Ageing*, 43(6), 845-850. Recuperado de <http://doi.org/10.1093/ageing/afu052>
- King, L., Harrington, A., Linedale, E. y Tanner, E. (2018). A Mixed Method Thematic Review: Health Related Decision Making by the Older Person. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1327-1343.
- Kopf, A. y Patel, N.B. (2010) *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Washington: Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (IASP)
- Lázaro P, Caseras, X., Whizar-Lugo, V. M., Wenk, R., Baldioceda, F., Bernal, R. y Baños, J. E. (2001). Psychometric properties of a Spanish version of the McGill Pain Questionnaire in several Spanish-speaking countries. *The Clinical journal of pain*, 17(4), 365-374
- Lee, J. E., Kahana, B. y Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging y mental health*, 20(4), 370-379.
- Lee, S., Chung, J. E. y Park, N. (2018). Network Environments and Well-Being: An Examination of Personal Network Structure, Social Capital, and Perceived Social Support. *Health communication*, 33(1), 22-31.
- Lillie, A.K., Read, S., Mallen, C., Croft, P. y McBeth, J. (2013). Musculoskeletal pain in older adults at the end-of-life: a systematic search and critical review of the literature with priorities for future research. *BMC Palliative Care*, 12-27.
- Londoño Pérez, C., Castañeda, A. y Edith, I. (2017). *Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad*. Bogotá: Universidad católica. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/15964>
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150
- López, L., Barreto, Y. y Maluche, A. (2014). Dolor en personas ancianas afrodescendientes: resultados cualitativos de un programa domiciliario adaptado culturalmente. *Index Enferm.*, 23(3), 162-166. Doi:10.4321/S1132-12962014000200010
- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J*, 14, 61-65.
- Mailis-Gagnon, A. (2010). Influencias etnoculturales y de género en el dolor. En A. K. Patel, *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos* (pp. 27-32). Washington: International Association for the Study of Pain.
- Martín Carbonell, M., Zaz, B., Grau, J. A., Montorio, I. y César, D. (2008). Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5(8), 503-508 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n8/original1.pdf>

- Martín Carbonell, M. (2002) La Evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio. (Tesis Doctoral). Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana. Doi: 10.13140/RG.2.1.4976.8805
- Martín Carbonell, M. (2016). Estado del arte de la investigación sobre factores psicosociales en el dolor osteomuscular en ancianos. VII Convención Internacional de Psicología. La Habana.
- Martín, M. y Grau, J. (1996) GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico. *Rev. El Dolor*, 4(17), 19-26.
- Martín, M., Grau, J.A., Lorenzo, A., Tabío, E. y Zaz, B. (1992). La evaluación psicológica en el dolor crónico: el problema de la determinación de los contenidos a evaluar. Conferencia Internacional Psicología de la Salud, La Habana.
- Martín, M. (1996) GEMAT II. Nuevo sistema evaluativo del dolor y la discapacidad. *Revista de la Sociedad Española del dolor*. 1, Supl. Dedicado al III Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor, 1-5.
- Martín-Carbonell, M. (2017) Psicología y Dolor. En J. Yera (Ed.), *Temas de Medicina del Dolor* (pp.17-40). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martín-Carbonell, M., Galván, D.G., Higuera, J.D., Guerrero, M. Yáñez, H. y Ferrer, R. (2018). Caracterización del dolor osteomuscular en una muestra de ancianos colombianos que residen en su entorno habitual. Manuscrito no publicado. Universidad Cooperativa de Colombia
- Martín-Carbonell, M. (2014). Una revisión sistemática cualitativa sobre la Psicología del Dolor en América Latina: Resultados preliminares. VII Conferencia internacional de psicología de la salud 2014. La Habana.
- Martínez, B., Buz, J., Navarro, A. B. y López Martín, L. (2017). Equidad en el apoyo social recíproco y satisfacción vital en personas mayores. *Universitas Psychologica*, 16(1), 146-158
- Matos, M., Bernardes, S. F., Goubert, L. y Beyers, W. (2017). Buffer or amplifier? Longitudinal effects of social support for functional autonomy/dependence on older adults' chronic-pain experiences. *Health Psychology*, 36(12), 1195-1206. DOI: 10.1037/hea0000512
- Melzack, R. y Katz, J. (2001). *The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status*. Nueva York: Guilford Press.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C. y Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 353-361.
- Moragas R. (2008). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida* 2ª Ed. Barcelona: Herder
- Moreira, P. (2012). Evaluación del funcionamiento de los ancianos hospitalizados en el CITED. marzo 2011- 2012. (Tesis de especialización). Facultad de Ciencias Médicas Calixto García Íñiguez. La Habana.
- Moscoso Córdova, G. y Caguana Hernández, P. (2018). Adaptación de la escala de Barthel para valorar la independencia funcional en niños con discapacidad intelectual (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ambato.
- Muñoz, J.G. (2017). Géneros. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(3), 1449-1462
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2017). El envejecimiento de la Población Cubana. Cuba y sus Territorios. Recuperado de <http://www.onei.cu/envejecimiento2017.htm>
- Oliver-Vázquez, M., Suárez-Pérez, E., De Andino, R. M., Vega-Torres, R., Conde, J. G. y Rosario-Rosado, R. (2014). Descripción del estado de salud y la capacidad funcional de la población de 65 años o más residente en la región universitaria de salud de Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(4).
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). Parte I: módulos de valoración clínica. Módulo evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
- Pacolet, J., Bouten, R. y Versieck, K. (2018). *Social protection for dependency in old age: a study of the fifteen EU member states and Norway*. Londres: Routledge.
- Pérez Díaz, R., Iglesias Figueroa, D., Cerquera, A. M., Martín-Carbonell, M. y Riquelme Marín, A. (2017). Caracterización del dolor y las emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 14(1).
- Pérez, R., Martín Carbonell, M. y Riquelme, A. (2013). Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 1(1),1-7. Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph08113.html>
- Pérez-Díaz, R., Cascudo, N. y Martín Carbonell, M. (2010) Grandes Síndromes Geriátricos. En A. Riquelme, J.M. Ortigosa y M. Martín Carbonell (Eds.), *Manual de psicogerontología* (80-101). Madrid: Académica.
- Querejeta González, M. (2012). *Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Imsero. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

- Riquelme, A., Martín Carbonell, M., Ortigosa Quiles, J., Meda Lara, R., Pérez Díaz, R. y López Navas, A. (2016). Implicaciones de la edad y el país de pertenencia en la relación entre apoyo emocional percibido y depresión: un estudio transcultural. *Anales de Psicología*, 32(2), 393-404. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.203611>
- Rosenfel, N. (2015). Dolor en geriatría. En S. Bistren (ed.), *Actualidades en el manejo del dolor y cuidados paliativos* (pp.179-189). México: Editorial Alfil.
- Sahin, U. K., Demircioglu, A. y Kirdi, N. (2018). AB1077 Investigation of frailty, mobility and daily life activity in elderly. *Annals of the rheumatic diseases*, 77(2). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.7029>
- Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science y Medicine*, 32, 705-714.
- Solís, C. L. B., Arrijoa, S. G. y Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-5.
- Struyf, F., Geraets, J., Noten, S., Meeus, M. y Nijs, J. (2016). A Multivariable Prediction Model for the Chronification of Non-traumatic Shoulder Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*, 19(2), 1-10.
- Suárez-Pérez, E., Oliver-Vázquez, M., De Andino, R., Vega, R., Conde, J., García, M. y Vélez, H. (2014). Condiciones de salud y limitaciones funcionales en la población de edad avanzada de la región universitaria de salud de Puerto Rico: aspectos metodológicos y estimación de prevalencias. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(4).
- Tearman, B.H. y Dar, R. (1986). Physician ratings of pain descriptors: potential diagnostic utility. *Pain*, 26, 45-51
- Thakral, M., Shi, L., Foust, J. B., Patel, K. V, Shmerling, R. H., Bean, J. F. y Leveille, S. G. (2016). Pain quality descriptors in community-dwelling older adults with nonmalignant pain. *Pain*, 157(12). Recuperado de http://journals.lww.com/pain/Fulltext/2016/12000/Pain_quality_descriptors_in_community_dwelling.25.aspx
- Turk, D. C., Rudy, T. E. y Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385- 397
- Velásquez, Á. M. Q. (2018). Familia y Vejez. *Análisis*, 3(1), 77-88. Recuperado de <http://revistas.upr.edu/index.php/analisis/article/download/13371/11035>
- Vergara, A. I. y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales. *Psicothema*, 12(2), 557-562. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=625>
- Zurita, C. C., Alcaraz, E. A., Martínez, J. B., Vila, C. N. y Sánchez, V. M. (2016). Índice de Barthel: las personas mayores institucionalizadas en residencia respecto a las personas que viven con su familia. Un análisis cuantitativo. En *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social* (pp. 37). La Rioja: Universidad de La Rioja



Hernán A.
Vera Rodríguez

Doctor en Administración Pública por Nova Southeastern University, Florida, Estados Unidos. Maestro en Artes en Adm. Pública por la Universidad de Puerto Rico. Catedrático y Decano del Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Posee una carrera docente de más de treinta años y ha sido administrador universitario por cerca de 20 años. Seleccionado Investigador Distinguido en dos ocasiones por la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Sus investigaciones han sido publicadas en revistas profesionales de Puerto Rico, los Estados Unidos, España, Costa Rica y Colombia. Ha escrito de forma individual o con colaboradores seis libros sobre temas como la pobreza, los adultos mayores, los jóvenes, los sistemas de salud y el sistema de función pública en Puerto Rico. Es miembro de varias organizaciones honoríficas internacionales como la Pi Gamma Mu (Sociedad Internacional de Honor en las Ciencias Sociales) y la Sociedad de Honor Phi Kappa Phi. Pertenece a importantes organizaciones profesionales como la Asociación del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) y la American Society for Public Administration (ASPA).



Iliá Cristina
Rosario Nieves

Posee un grado de Bachillerato en Artes con concentración en Psicología General de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Cayey. A su vez posee, un doctorado (PhD) en Psicología Académica - Investigativa de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Entre sus áreas de interés se encuentran: imagen corporal, calidad de vida laboral y liderazgo optimista. Desde el 2005, se desempeña como profesora de estadísticas e investigación en el Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR), Recinto de Ponce. En la actualidad, dirige la Escuela Graduada de Psicología de la PUCPR, que incluye los Programas Graduados de Psicología Clínica e Industrial Organizacional. Fue especialista en investigación del Proyecto de Prevención de Suicidio en el campus (SAMH-SA). Presidió el Comité de Búsqueda de Presidente del Senado Universitario de la PUCPR en el año 2016. Fue Presidenta de la Asociación de Psicología de Puerto Rico (APPR) en el 2010-2011. Además, es Senadora Académica y Presidenta de la Junta de Revisión Institucional (JRI) de la PUCPR. Es el Enlace del Centro de Apoyo Estadístico (CAE) y presidenta del Comité Institucional de la Investigación a la Publicación (CIIP) ambos de la PUCPR. Ha sido reconocida en tres ocasiones por la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico como Investigadora del Año. Ha presentado ponencias en países como Estados Unidos, España, México, Guatemala, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Bahamas, Francia, Argentina e India. Sus investigaciones han sido publicadas en revistas de Puerto Rico, Colombia, Perú, España y Francia. Es miembro del Comité de Reválida de la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico. Es autora del libro: *Mujer: cinco roles en la sociedad actual puertorriqueña*. Libro presentado en el XXXVI Congreso Interamericano de Psicología celebrado en Mérida, Yucatán, México en julio de 2017. Tel. 787-841-2000 ext. 2409. Correo electrónico irosario@pucpr.edu.



Jennifer
Castellanos Barreto

Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga-Colombia. Actualmente estudiante del Doctorado en Filosofía con Especialidad en Psicología Industrial-Organizacional en la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR). Es asistente de investigación en el Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la PUCPR. Actual presidenta de la Asociación de Estudiantes Graduados en Psicología Industrial-Organizacional de la PUCPR. Ha realizado publicaciones en revistas de divulgación científica en el área de la psicología y ha participado como ponente y coautora en congresos nacionales e internacionales. Ha apoyado más de ocho investigaciones en diferentes áreas de la psicología y proyectos transculturales. Durante el 2016 fue asistente de investigación del proyecto Txt2 Heart-Colombia (Cód: 100-0116-3100) proyecto financiado por Colciencias, la Fundación Cardiovascular de Colombia y la UPB). Fue asistente Editorial durante dos años de la Revista Científica Informes Psicológicos de la UPB.



Marlene
Cabán Huertas

Posee un Bachillerato (pre-grado) en Artes con concentración en Psicología Forense (*Magna Cum Laude*) de Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ponce. Es candidata a doctora en Filosofía con especialidad en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (PUCPR). Realizó su internado doctoral en la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia. En este espacio tuvo la oportunidad de colaborar en varios proyectos de investigación relacionados a temáticas cómo; el bullying, depresión, ansiedad y sucesos vitales en jóvenes universitarios; y la comunicación sexual entre padres e hijos. Cuenta con publicaciones científicas relacionadas a la terapia asistida por animales, la comunicación sobre sexualidad y la juventud puertorriqueña. Ha presentado en diferentes congresos a nivel nacional e internacional, incluyendo la Conferencia de la Federación Internacional de Universidades Católicas sobre jóvenes e inequidades, llevada a cabo en Milán, Italia. Ha colaborado en varias investigaciones internacionales con otros países como España y Colombia. Actualmente se desempeña como asistente de servicios comunitarios en la Escuela para Cuidadores de Adultos Mayores de la PUCPR, proyecto que busca atender las necesidades de esta población, a través de la educación e investigación.



Raquel
Pérez Díaz

Licenciada en Psicología. Psicólogo de la Salud. Profesor e investigador Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (CITED), La Habana Cuba. Especialista en Gerontología y Geriátrica. Experiencia profesional de 30 años. Ha impartido la docencia y la investigación como profesor principal en la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana y en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, así como en otros países destacándose: Dinamarca, Suecia, Colombia, México y España, contribuyendo al desarrollo de la Psicología de la persona mayor. Cuenta con variadas publicaciones en temas de geriatría y gerontología en revistas y libros científicos, siendo revisor de la revista Anales de Psicología, de la Universidad de Murcia. Ha realizado un amplio trabajo metodológico en maestrías, diplomados, asignaturas de las carreras de Psicología y de Medicina, así como en la asesoría y tutoría de trabajos de licenciaturas y maestrías, con amplia participación en eventos científicos y en tribunales investigativos y docentes como presidenta de los mismos. Ha recibido premios y reconocimientos por innovaciones de Ciencia y Técnica, como mejor investigador por años consecutivos y por su trabajo metodológico y como catedrática, en especial por el aporte al desarrollo docente-educativo de estudiantes latinoamericanos de la Carrera de Medicina. Ha fungido como miembro integrante del Grupo de Trabajo Internacional con existencia permanente GT-5 Tema: Psicología del Envejecimiento en América Latina con sede en Brasilia, siendo representante por Cuba. Se le otorgó el mérito de miembro titular de la Sociedad de Psicología de la Salud en Cuba.



Ara Mercedes
Cerquera Córdoba

Psicóloga de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, con especialidad en Psicología Clínica de la Universidad de los Andes de Bogotá y Teoría, métodos y técnicas de Investigación social de la Universidad Industrial de Santander. Doctor en Ciencias Psicológicas de la Universidad de la Habana, Cuba. Investigador ASOCIADO de Colciencias, en donde se destacan investigaciones en la línea de Psicología Clínica y de la Salud, Psicogerontología, especialmente en temas relacionados con envejecimiento saludable, dolor en personas mayores y cuidadores de pacientes con Alzheimer, temática que se ha destacado en los últimos años. Líder de proyectos nacionales, internacionales y actualmente lidera el proyecto de cofinanciación COLCIENCIAS, Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad Manuela Beltrán en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Ha presentado disertaciones en congresos nacionales e internacionales y ha publicado artículos en revistas de alto impacto, así como libros y capítulos de libros. Catedrática universitaria por más de 20 años en las áreas de clínica, salud, envejecimiento, tanto en pregrado como postgrado, reconocida en varias ocasiones como mejor docente de la Facultad de Psicología y docente con mayor producción intelectual de la Universidad. Actualmente se desempeña como decana de la Escuela de Ciencias Sociales de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga.



Yeferson Jahir
Matajira Camacho

Psicólogo, especialista en psicología clínica de la universidad Pontificia Bolivariana. Actualmente se desempeña como investigador Colciencias y docente catedra. Así mismo, desempeña el rol como psicólogo clínico de manera independiente. Autor de artículos de investigación relacionados a las líneas de envejecimiento, cuidado y estilos de afrontamiento. Actualmente es estudiante de maestría en psicología en la universidad Pontificia Bolivariana. Dentro de su proceso académico, se destacó como mejor estudiante, alcanzando becas meritorias en pregrado y posgrado para la continuación de su proceso formativo.



Arbey Jair
Peña Peña

Psicólogo egresado de la universidad Pontificia Bolivariana. En su proceso académico, se destacó por su participación en equipos de investigación propios de las líneas de investigación sobre el cuidado, el envejecimiento saludable y el conflicto armado. Coautor de artículos de investigación. Actualmente se desempeña como Joven investigador Colciencias y trabaja en la organización Transforma, Dedicada al proceso de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas



Martha de la Caridad
Martin Carbonell

Psicóloga. Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Médica de la Habana / Profesora e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta / Más de 30 años vinculada a la atención y la investigación en Psicología del Dolor y la Psicogerontología, así como a la docencia universitaria de pre y post- grado. Más de 30 publicaciones en revistas científicas de impacto. Autora de varios capítulos de libro y de libros, así como más de 40 ponencias en eventos científicos internacionales.



Paula Fernanda
Perez Rivero

Psicóloga especialista en clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Miembro del grupo de Psicología Clínica y de la Salud y del grupo de Neurociencias y Comportamiento de la misma universidad. Investigadora en las líneas de Salud Mental, Psicología de la Salud y Desarrollo en Evaluación Neuropsicológica. Experiencia en atención de pacientes con enfermedades crónicas y en el diseño de estrategias de intervención de prevención y promoción en instituciones de salud. Fue joven investigadora para el proyecto de diseño y creación de mensajes de texto dirigidos a la mejora de la adherencia a los medicamentos en pacientes con enfermedad cardiovascular. Actualmente, trabaja como psicóloga clínica en el proyecto de cardiopatías congénitas complejas, que se lleva a cabo en la Universidad Pontificia Bolivariana en colaboración con la Fundación Cardiovascular de Colombia.



Ana Fernanda
Uribe Rodríguez

Vicerrectora académica en la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Máster en Educación y Prevención del Sida, Master en Prevención de Riesgos Laborales, Especialista en Gestión en Salud y Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Profesional con liderazgo estratégico y gestión de procesos de alto impacto en organizaciones educativas y del sector empresarial. Conocimiento y experiencia en educación superior y alta productividad académica, investigativa y de extensión con responsabilidad ética y social. Facilitadora de procesos en aprendizaje y desarrollo organizacional, mediación de conflictos, clima y cambio organizacional para el desarrollo de equipos de alto desempeño. Actualmente es investigadora y docente titular de la Facultad de Psicología.



SU OPINIÓN



Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto. La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos. Para darnos su opinión, comuníquese a través de la línea (57)(4) 354 4565 o vía correo electrónico a editorial@upb.edu.co. Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.

En un primer momento el lector se encontrará con algunas definiciones sobre la vejez, datos demográficos generales de Colombia-Bucaramanga, Cuba-Habana y Puerto Rico con el ánimo de exponer las condiciones del adulto mayor en cada región. Luego se declara la pertinencia de los estudios del envejecimiento, para lograr comprender los cambios durante este proceso del ciclo de vida, y se describen además las representaciones sociales que la sociedad tiene sobre los adultos mayores, como una temática importante en el momento de abordar estudios con esta población. Posteriormente se profundiza en las investigaciones elaboradas por otros autores y por el equipo investigador, también sobre las fortalezas y debilidades al realizar estudios con población mayor, para finalmente, exponer definiciones sobre dolor, aspecto central del texto, hallazgos en relación con el género, la percepción del mismo, las estrategias de afrontamiento, y estereotipos frente al dolor presentados en mayores, para concluir que la investigación sobre la experiencia de dolor de los gerontes debe contemplar y analizar los contextos y las circunstancias en las que se produce, así como las actitudes, que permiten hacer frente a los paradigmas e imaginarios negativos sobre la vejez.

ISBN: 978-958-764-710-4



9 789587 104709



ISBN: 978-958-764-710-5
<https://repository.upb.edu.co/>