

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR  
OSTEOMUSCULAR Y EL APOYO SOCIAL EN UNA MUESTRA DE ADULTOS  
MAYORES PARTICIPES DE GRUPOS DE AUTOAYUDA DE LA CIUDAD DE  
BUCARAMANGA**



**Leidy Johanna Plata Osma**

**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Seccional Bucaramanga**

**2015**

**Relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en una muestra de adultos mayores partícipes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga**

**Leidy Johanna Plata Osma**

**Modalidad de Proyecto de Grado para Optar al Título de Psicóloga**

**Directora**

**Ara Mercedes Cerquera Córdoba**

**Psicóloga Especialista en Clínica y Técnicas de Investigación Social**

**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Facultad de Psicología**

**Bucaramanga**

**2015**

Que todo lo aprendido me sirva, sirviendo. Que todo lo vivido me aliente e inspire. Que todo lo soñado me lleve a mi Verdad, que me presente y me re-presente en el Mundo de las Formas como testimonio de otro mundo posible. Que mi Alegría me nutra siempre y se contagie; porque es por la alegría que encontramos el "cómo" lograr lo que anhelamos.

Doy gracias a las Divinidades por cada rayo de luz cuando las dificultades y los obstáculos tornaron oscuro mí caminar, por cada dosis de paciencia cuando me era complejo tener todo bajo control o resolver situaciones en el menor tiempo que estas demandaban. Por cada destello de claridad cuando se tornaban borrosas las posibles soluciones, por la oportunidad de ser y estar.

Y finalmente, por las pinceladas de sabiduría que no solo derivaban de quienes con su experiencia compartieron conmigo, sino que al unísono desdoblaron para mí la voluntad, la constancia y la perseverancia que solo emana del infinito acompañamiento divino.

Gracias a mis padres, por su inagotable comprensión expresada en acciones y palabras, por plasmar sus anhelos en esfuerzo y sacrificio.

A los adultos mayores por su disponibilidad, por cada experiencia vivida, por cada aprendizaje, por dejar en mí parte de su esencia, de su experiencia producto de su sabiduría interna.

Gracias a mi asesora de proyecto por compartir su conocimiento sin medida alguna, por la confianza y la motivación para enfrentar nuevos retos.

**Tabla de contenido**

	<b>Pag.</b>
Resumen	9
Abstract	10
Justificación	11
Planteamiento del problema	16
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Introducción	19
Marco teórico	22
Dolor	22
Estudios relacionados con el dolor	26
Apoyo social	31
Estudios relacionados con el apoyo social	34
Relación entre las características clínicas del dolor y el apoyo social	35
Estudios sobre la relación entre las características y el apoyo social	36
Metodología	38
Tipo de estudio	38
Población	38
Muestra	38
Aspectos éticos	39
Instrumentos	39
Procedimiento	43

Resultados	45
Discusión	55
Conclusiones	61
Recomendaciones	63
Referencias	65
Anexos	71

**Lista de tablas**

	<b>Pag.</b>
Tabla 1. Género de la muestra de adultos mayores	<b>46</b>
Tabla 2. Edad de la muestra de adultos mayores	<b>46</b>
Tabla 3. Estado civil de la muestra de adultos mayores	<b>47</b>
Tabla 4. Vínculo laboral de la muestra de adultos mayores	<b>48</b>
Tabla 5. Escolaridad de la muestra de adultos mayores	<b>48</b>
Tabla 6. Ocupación de la muestra de adultos mayores	<b>49</b>
Tabla 7. Frecuencia de las respuestas en los subgrupos del MPQ	<b>50</b>
Tabla 8. Frecuencia de las respuestas del total de apoyo emocional	<b>51</b>
Tabla 9. Frecuencia de las respuestas del total de apoyo práctico	<b>52</b>
Tabla 10. Correlación Tau_b de Kendall entre el índice de intensidad del dolor (PPI) y las fuentes de apoyo social en la dimensión emocional	<b>53</b>

### Lista de Anexos

	<b>Pag.</b>
Anexo 1. Consentimiento informado	<b>72</b>
Anexo 2. Versión abreviada del Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)	<b>73</b>
Anexo 3. Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme	<b>77</b>

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

- TITULO:** Relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en una muestra de adultos mayores partícipes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga.
- AUTORA:** Leidy Johanna Plata Osma
- FACULTAD:** Facultad de Psicología
- DIRECTOR:** Esp. Ara Mercedes Cerquera Córdoba

**RESUMEN**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (Timoneda, 1996, p.49). Dicha conceptualización permitió tener en cuenta otros aspectos como el emocional y subjetivo del dolor más allá del componente físico que de manera evidente se ve comprometido. De esta manera, cobra importancia el entorno inmediato de la persona, como aquel que provee el apoyo emocional y práctico, contenidos en el apoyo social el cual es definido como los recursos sociales que se encuentran en las relaciones interpersonales que pueden influir tanto de manera negativa como positiva en la salud y bienestar de los individuos, resaltando que dicho apoyo es de carácter dinámico y cambiante en el tiempo (Roca, 2013). El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en 70 adultos mayores –mujeres y hombres- partícipes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga, muestra a la que se le administró la versión abreviada del Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ) y el Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme. Se subieron los datos al paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22 en donde se evidenció que el 59% experimenta su dolor como “Incómodo” y el 57% como “Interno”, en tanto, el 33% de los gerontes perciben apoyo emocional y 39% apoyo práctico de manera “moderada”; de la misma forma, se halló una correlación Tau\_b Kendall entre medidas escalares y ordinales positiva de 0,215 a nivel 0,01 entre el apoyo emocional general y el índice de intensidad de dolor (PPI). En conclusión, se pudo encontrar que el apoyo social y los índices del MPQ, solo presentan una correlación entre el apoyo emocional general y la intensidad de dolor

**Palabras claves:** Adulto mayor; Dolor; Características del Dolor; Apoyo Emocional; Apoyo Práctico.

## GENERAL SUMMARY OF THE THESIS

- TITTLE:** Relationship between clinical characteristics of musculoskeletal pain and social support in older adults who participate in selfhelp groups of a sample in Bucaramanga city.
- AUTHOR:** Leidy Johanna Plata Osma
- FACULTY:** Faculty of Psychology
- DIRECTOR:** Eng Ara Mercedes Cerquera Córdoba

## SUMMARY

Pain is defined as "Anupleasant sensory and emotional experience, this experience is associated to a real tissue damage, or a potential one or one described in terms of it" (Timoneda, 1996, p.49). This conceptualization allowed to consider other aspects such as the emotional and subjective pain beyond the physical component that is clearly compromised. In this way, the person's immediate environment gain importance, as the one that provides the emotional and practical support, contained in the social support which is defined as the social resources that one can find in the interpersonal relationships which can influence in as in a negative as much as in a positive way in the health and wellbeing of each individual, high lighting that said support has a dynamical and time changing characteristic (Roca, 2013). The aim of this study was determinate the relation between clinical characteristics of musculoskeletal pain and the social support in 70 older adults –women and men- who participate of self help groups of a sample in Bucaramanga city, sample which was administrated with the abbreviated McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the Riquelme Social Support Questionnaire. The data were uploaded to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) where it was evident that the 59% experiences the pain as "Uncomfortable" and the 57% as "internal", whereas, 33% of the elderly people perceive emotional support and the 39% a practical support in a "moderate" manner; in the same way, a Tau\_b Kendall correlation between scalar and ordinal positive measures of 2,15 to level 0,01 among the general emotional support and pain intensity index (PPI) was found. In conclusion, it was found that social support and indexes of MPQ, are not directly related, which dueto the subjective character of the two variables and the influence of individual, interpersonal and group factors were not taken into account in the present study.

**Key words:** Pain; Characteristics of Pain; Emotional support; Practical support

### Justificación

Con relación a los estudios en torno al adulto mayor, una de las áreas sobre la cual se ha hecho especial énfasis en cuanto a las alteraciones que se presentan en éste, es precisamente aquella que se refiere al componente físico. Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina (2009) afirman que “en los países más desarrollados, las principales afecciones crónicas de los adultos mayores son las enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales y la incontinencia urinaria; asimismo, las afecciones más limitantes son la demencia y las enfermedades cerebrovasculares” (p. 17). Dichas enfermedades tienen algo en común, la presencia de dolor. Como lo explica Maestre (2001) “las enfermedades dolorosas son de mayor interés en los mayores que en los jóvenes, pues aquellos pueden tener condiciones que llevan a dolor de ambos tipos: crónico y agudo” (p. 184). En esta medida, Barrios, Castilla, Montero y Rodríguez (2011) exponen que “la alta prevalencia del dolor y su impacto en los ancianos es un problema de salud pública. Sin embargo, se ha estimado que menos del 1% de los estudios sobre el alivio del dolor se han realizado en ancianos” (p. 115). Por lo tanto, es evidente la carencia de atención en lo que se refiere a la presencia de dolor en los adultos mayores, ya que en el dolor crónico son precisamente las instituciones, los enfermos, sus familiares, y los cuidadores los que se ven involucrados en dicha construcción procesal (Barragán, 2006).

En esta línea, los adultos mayores necesitan de un abordaje que no se limite únicamente al estudio de la dimensión física, al contrario, es preciso que se investiguen sus diversas áreas y la relación de éstas con otras variables. Teniendo en cuenta lo planteado en el párrafo anterior,

existen diferentes actores involucrados en la presencia de dolor en el geronte, así pues, el entorno juega un papel importante, como aquel en donde se gestan un conjunto de relaciones interpersonales que permiten la interacción y comunicación entre pares. En palabras de Santos (2009) las redes sociales y los procesos de integración social, son elementos importantes ya que ejercen influencia positiva en las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida en los adultos mayores, lo cual permite hablar de red social, como un fenómeno que facilita la supervivencia en la medida que, la búsqueda de apoyo en el otro se convierte en un mecanismo para la satisfacción de necesidades básicas.

Por consiguiente, es preciso hablar del apoyo social. Hobfoll y Stokes (1988) (citados por Garcés, 1991) lo definen como “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada” (p. 499). Asimismo, Garcés (1991) indica que el apoyo social implica conexión social e interacción de ayuda o como lo explicaba Caplan (1974) (citado por Rodríguez & Enrique, 2007) existen dos dimensiones del apoyo social, siendo estas la objetiva y subjetiva. La primera más tangible haciendo referencia a los aspectos de instrumentalización (ayuda) y la segunda menos tangible que por su parte hace referencia a los aspectos de expresión (afecto). Con relación a la literatura acerca del apoyo social para los adultos mayores, ha tenido una amplia producción, especialmente autores como Shanas (1979) quien resalta el rol de la familia como una fuente primordial de apoyo social para los mayores; Litwak (1985) (citado por Salinas, Manrique & Téllez, 2008) que explica las características de los grupos sociales que ofrecen apoyo social a los ancianos; y Connidis y Davies (1990) quienes resaltan la importancia de

contar con una red de apoyo social diversa, partiendo del hecho que las diferentes relaciones que establece un adulto mayor proveen asimismo, diversas formas de apoyo.

En el área de psicología, no se ha investigado respecto a la relación del dolor osteomuscular y el apoyo social en adultos mayores. Sin embargo, desde otras profesiones es posible encontrar algunos aportes, este es el caso del área de enfermería con la tesis presentada por Amaya (2013) acerca del *Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno*, fundamenta que la relación entre estas variables se basa en que el apoyo social se convierte en un factor protector de las personas en crisis de estados patológicos, de esta manera, cita algunos investigadores que han intentado indagar acerca de dicha relación, como el caso de Rodríguez, Pastor y López (1993) quienes evaluaron el apoyo social en la experiencia de dolor crónico y demostraron que la familia como apoyo social, se establecía como predictor de la ansiedad, depresión y dolor en las enfermedades crónicas; asimismo, alude a Barez, Blasco, Fernández y Castro (2003) (citados por Amaya, 2013) que insisten en el efecto favorable en la adaptación emocional de pacientes oncológicos, lo cual concuerda con niveles menores de depresión y ansiedad, que influye al tiempo en la experiencia de dolor.

De esta manera, es preciso que las familias y las redes sociales (situadas en el contexto de comunidad) en áreas de investigación relevantes para el estudio del bienestar del adulto mayor (Guzmán & Huenchuan, 2003). El estudio de la relación de estas variables se inscribe en el marco del proyecto Factores Psicosociales en el Dolor Osteomuscular en Adultos Mayores, un Estudio Transcultural y asimismo, aporta a investigaciones sobre psicología del dolor, psicogerontología, entre otros campos, permitiendo así conocer al individuo psicológico en cada

una de las etapas del ciclo vital, ya que “la tercera edad o antes llamada senectud, es una etapa que pocos se interesan por explorar e intervenir en ella, nosotros consideramos que todos los estudiantes de la Psicología deben conocerla y desde temprana formación intervenir con esta población” (Peña, Macías & Morales, 2011, p. 7).

Por tal razón, se justifica el estudio en los adultos mayores, si se tiene en cuenta que el aumento de las personas que envejecen es evidente y se demuestra con los porcentajes publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, en donde informan que a partir del año 2000 en adelante, la cantidad de los habitantes del planeta mayores de 60 años incrementará, pasando del 11% al 22%. Al igual que en Colombia, en donde se pasó de 4'355.470 personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6.3% (2'612.508), es mayor de 65 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005). En la ciudad de Bucaramanga, según un estudio realizado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2014) encontraron que dicha ciudad en comparación con otras ciudades de Colombia, cuenta con un mayor número de habitantes mayores de 65 años de edad y con mayor velocidad de envejecimiento.

Teniendo en cuenta, que la presente investigación cuenta con población adulta mayor autovalente o funcional, al respecto Hombrados, García y Martimportugués (2004) advierten que “los mayores atraviesan una etapa de la vida en la que comparten intereses comunes y problemáticas similares derivadas de la etapa de la vida por la que están atravesando y necesitan recursos adecuados de afrontamiento” (p.350). Como parte de las tareas llevadas a cabo durante

la cotidianidad del adulto mayor funcional o autovalente, se puede encontrar la asistencia algún tipo de grupo de autoayuda, el cual puede ser definido como “un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo” (Mendoza & Caro, 1999, p. 11).

Herrero (2004) indica que los grupos de autoayuda se caracterizan porque todos sus miembros comparten un problema común, el estatus de los miembros es de igual a igual, los miembros reciben y proporcionan apoyo, sus actividades son guiadas hacia un objetivo definido y su funcionamiento es autónomo. Por lo tanto, el pertenecer a un grupo de autoayuda facilita que el geronte se desenvuelva en comunidad, como se explica en la categorización de la funcionalidad de De la Fuente, Quevedo, Jiménez y Zabala (2010), las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas tareas que permiten que el sujeto sea independiente en su casa; actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que facilitan que el individuo se desenvuelva en la comunidad; y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) las cuales permiten que la persona desarrolle un rol social.

En este sentido, el relacionar variables como las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social, favorece la investigación y por lo tanto, la población con la que se trabajó, siendo este un tema de actualidad como opina Londoño, et al. (2012) “el vínculo entre apoyo social y mejorías en la salud física está siendo reconocido ampliamente” (p. 143).

### Planteamiento del problema

La definición dada por la Asociación Internacional para el estudio del dolor, permitió que este se estudiara más allá del componente físico. El considerarlo como una experiencia sensorial y emocional, le brindó un carácter multidimensional en el que es posible incluir elementos psicológicos, emocionales y sociales al momento de abordarlo. Dicha consideración admite que el padecimiento de dolor cuenta con unas características tanto de las personas que lo sobrellevan, como del mismo dolor en el marco de alguna enfermedad crónica, siendo el caso de la presente investigación, el dolor osteomuscular o musculoesquelético. Sin embargo, a pesar que se ha vinculado de manera directa a los adultos mayores con la alta prevalencia de dolor, son escasas las investigaciones que incluyan al dolor, sus características clínicas y el alivio del mismo, evidenciando así una carencia de conocimiento y práctica, que se constituye en una problemática que concierne a cada uno de los profesionales de la salud.

Por otra parte, el apoyo social como los recursos disponibles con los que cuenta una persona, los cuales puede encontrar en la relación que establece a nivel personal e interpersonal. El apoyo social está conformado por una tipología dentro de la cual se encuentra el apoyo instrumental, emocional, de compañía, etc., que permiten dar cuenta de la complejidad de éste y la necesidad de aproximarse a él de una manera sistemática. Asimismo, dentro de esta construcción procesal que es la experiencia de dolor, se pueden identificar factores psicosociales que podrían estar mediando o influenciando la presencia o no del dolor, variables de tipo

personal, interpersonal, grupal, entre otras, que permiten insistir en que el apoyo social y dichos factores podrían o de hecho tienen diversas formas de intervenir sobre la salud.

No obstante, específicamente acerca de la relación de las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en adultos mayores, no se han encontrado investigaciones que posibiliten identificar de qué manera la ausencia de apoyo social disminuye los niveles de dolor osteomuscular en el adulto mayor o al contrario, el exceso de este tipo de transacciones en el ámbito social se convierten en un predisponente de la presencia de dolor en dicha población. Además, se han creado diversos mitos y estereotipos en cuanto al dolor y el ambiente social de los adultos mayores, en donde se puede hallar el mito de una vejez necesariamente desdichada, que se acompaña de abandono, dolor, enfermedad, cuando es posible dar cuenta que este puede ser un período de júbilo y bienestar; con referencia a lo social, el mito de aislamiento en donde se suele considerar al adulto mayor como alguien distanciado de su familia y de la sociedad como tal.

A partir de lo anterior, nace la pregunta del presente proyecto de investigación ¿Existe relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en una muestra de adultos mayores partícipes de grupos de autoayuda de Bucaramanga?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar si existe relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en una muestra de adultos mayores partícipes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga.

### **Objetivos Específicos**

Describir las características clínicas del dolor osteomuscular.

Caracterizar la presencia del apoyo social en el marco del dolor osteomuscular.

Establecer la relación entre las características del dolor osteomuscular y el apoyo social.

## Introducción

Se han realizado diversos estudios entorno a los adultos mayores, enfocándose de manera reiterada en la dimensión física y los declives propios de esta etapa de la vida del ser humano. Las enfermedades de tipo musculoesquelético u osteomuscular, han sido objeto de investigación, ya que son caracterizadas por su alta prevalencia, resaltando la manera en que estas tienden a agravarse y a limitar funcionalmente a las personas que las padecen, trayendo consigo gran impacto a nivel social, familiar, laboral, etc., a causa del dolor que producen (Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Haciendo énfasis en el dolor que deriva de dichas enfermedades, es preciso tener en cuenta la definición de dolor más aceptada por los profesionales preocupados por el estudio de esta variable, la cual es dada por la Asociación Mundial para el Estudio de Dolor (IASP) en el año 1979, que lo conceptualizan como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (Timoneda, 1996, p. 49).

Dicha definición se convirtió en el punto de referencia para tener en consideración las características tanto de las personas que estaban padeciendo el dolor, como del dolor mismo. Por lo tanto, en cuanto a las características personales se encuentran la edad, el sexo y las dimensiones de personalidad representadas en estrategias de afrontamiento como el neuroticismo, la extraversión y el optimismo disposicional (Ramírez, 2002). Con respecto a las características clínicas del dolor se evidencian la justificación lesional, cronicidad, frecuencia, generalización del dolor o extensión (Martín, 2002). De esta manera, se busca dar un abordaje integral que vaya más allá del aspecto corporal, un abordaje en donde se tome en cuenta

variables que podrían intervenir en la experiencia de dolor de la persona. Por ejemplo, en el caso de la Artritis Reumatoide, además de los cambios físicos que se producen es posible encontrar comprometidas las dimensiones psicológica y social, ya que debe haber una adaptación que va a depender de diversos factores y la interacción entre ellos, factores como los datos sociodemográficos, género, nivel educativo y social; y asimismo, van a mediar unos factores con relación a lo psicológico como las creencias religiosas, los autoesquemas, el apoyo social percibido, entre otros (Gaviria, et al., 2006).

De esta manera, atendiendo a lo que se pretende con la presente investigación, se alude como principal factor al apoyo social como el intercambio que se da en la interacción entre pares, el cual implica ayuda, afecto y afirmación (Salinas, Manrique & Téllez, 2008). Roca (2013) plantea una tipología de apoyo social, en la que se pueden señalar, el apoyo instrumental, emocional, de estima, informativo, de compañía y apoyo motivacional. Dicha categorización y la evaluación de la misma, ha permitido encontrar la importancia del apoyo social en las personas que requieren de algún tipo de ayuda o en la resolución de alguna dificultad. Asimismo, se ha evidenciado la manera en que el apoyo social influye en la salud y bienestar de las personas, ya sea en función de la mejoría de la autoestima o la manera en que puede ser cambiada la perspectiva del individuo que tiene impedimentos en su salud o bienestar. Sin embargo, a pesar que se da la relación que se nombró anteriormente, no se han encontrado investigaciones que relacionen directamente las características del dolor osteomuscular y el apoyo social, como manera de estudiar de qué manera el apoyo social se convierte en un predisponente de dicho dolor o de qué manera puede llegar paliar los efectos del mismo.

Por lo tanto, a manera de identificar esta relación, durante el desarrollo de la presente investigación el lector se va a encontrar en un primer momento, con el marco teórico en donde se ubicará en los antecedentes del problema, las características del mismo y los estudios que se han realizado en torno a los conceptos relevantes de la investigación siendo estos las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social; en segunda instancia con el diseño metodológico de la investigación, definiéndose el tipo de estudio, la técnica de muestreo y el método de recopilación de la información. Seguido, se podrán divisar los resultados encontrados a partir de la evaluación hecha por medio de los instrumentos y asimismo, el análisis estadístico. Posteriormente, se presenta el resultado de la correlación de las variables junto con la discusión teniendo como base el contraste entre el marco teórico y los resultados; por último, las conclusiones y recomendaciones a partir de los resultados, así como las referencias consultadas y algunos anexos que se consideraron de vital importancia.

## Marco teórico

### Dolor

Ningún ser humano está exento de experimentar dolor. En el caso de los adultos mayores “se considera que entre el 50-80% de personas mayores de 65 años presentan problemas de dolor crónico” (Franco & Seoane, 2001, p. 29). Ante esto, el subcomité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en el año 1979 definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (Timoneda, 1996, p. 49). Según Miró (2003) en lo anterior, se pueden divisar algunos avances en la conceptualización del dolor, como considerar el dolor como subjetivo, presentarlo como una experiencia compleja más allá del componente sensorial y atribuirle importancia a la conducta del sujeto. Además, se acepta que la experiencia de dolor es multidimensional en la medida que, hay intervención del sistema nervioso central en la inhibición o excitación de la percepción del dolor, pero también están mediando procesos psicológicos y emocionales (Turk & Okifiju, 2002).

De esta manera, el concepto de dolor en la historia fue tenido en cuenta como aquel que imponía a la persona, a su familia y a la sociedad al estrés emocional, físico, económico y sociológico, y en donde cuya dolencia no actuaba como una señal de enfermedad sino se le confería la característica de una afección autónoma que debía considerarse en sí misma como una enfermedad, asimismo, autores como Patrick D. Wall y Ronald Melzack en 1965,

propusieron la Teoría del Control de la Puerta, la cual se convirtió en un aporte significativo en la medida que, los sistemas fisiológicos de regulación y las vías de transmisión que se sugerían, daban una explicación a los procesos psicológicos, conductuales, cognitivos y emocionales, que se presentaban en las clínicas de dolor de esa época (Moscoso, 2013). Como primer paso según Bonica y Albe-Fessard (1976) (citados por Natas, 1996) diferenciaron el dolor agudo (como signo de la enfermedad) que permitía de alguna manera que la persona fuera medianamente funcional, del dolor crónico (como enfermedad en sí misma) el cual sólo podía ser interpretado como una disfunción que provocaba sufrimiento tanto a la persona que lo padecía como a su entorno.

En esta medida, el dolor crónico expuesto como aquel que se presenta en una extensión de tiempo de 3 a 6 meses o mayor al período en que se da la curación de la lesión, es un dolor que repercute de manera considerable la calidad de vida de quien los padece, que en consecuencia debe disminuir o limitar las actividades e interacciones sociales (Alonso, Tirado, Van-der & Rodríguez, 2014). La diferenciación del dolor agudo del crónico marcó una pauta que dio paso a la creación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, fundada en 1973 que “dependía tanto de esta distinción entre lo transitorio y lo crónico, que cabe decir que cuando el dolor alcanzó plena visibilidad en el ámbito de la investigación clínica, ya no lo hizo como un único objeto, sino como varios” (Moscoso, 2013, p. 171). A partir de 1986, la IASP estableció una clasificación de los “síndromes de dolor crónico” entre los que se encontraban la fibrosis o también llamada ‘síndrome de la boca ardiente’, el cual al igual que la tendinitis cursaban con síntomas como la migraña y el dolor de espalda permanente (Moscoso, 2013).

Es así como, Jewson (1979) recalca la importancia del discurso del paciente para referir dolor, donde afirma que se había dejado de prestar atención a lo que el paciente podía llegar a decir acerca de la enfermedad que padecía o por el contrario, esa capacidad que el individuo tenía de manifestar la presencia de la enfermedad, se explicaba en el marco de la enfermedad mental. El sufrimiento en esa época no era considerado o no se podía explicar a partir del componente psicológico, en donde se tuviera en cuenta lo que la persona sentía y verbalizaba a partir de su experiencia de dolor. Las creencias acerca de la enfermedad, la carencia de control sobre el dolor y la percepción de la falta de apoyo social, afectaban la adherencia al tratamiento de los pacientes que padecían dolor crónico, por lo tanto, en pro de que hubiese efectividad en el tratamiento, se debía contar con la participación activa del paciente, la familia y aquellas personas que pudiesen conformar una red de apoyo (Londoño, Contreras, Delgadillo, Tobón & Vinaccia, 2005).

Desde esta perspectiva, hoy por hoy el discurso de la persona que padece dolor, da la posibilidad de identificar la experiencia del mismo, así como sus características. Infante (2002) expone que tras observaciones en el ámbito clínico y a partir de los resultados encontrados en investigaciones con personas que padecen de dolor, ha sido posible delimitar ciertas características generales del dolor en los pacientes que lo padecen, como lo son el sexo y la edad, en donde cita a Keogh, Hatton y Ellery (2000) y Gilbert (2001) (citados por Infante, 2002) quienes refieren que en cuanto al sexo, son las mujeres quienes refieren altos niveles de dolor, más zonas de dolor y mayor incapacidad en comparación a los hombres. En cuanto a la edad, según Ramírez, Esteve, López y Anarte (2001) el dolor crónico tiende a aumentar con la edad y

es más prevalente en la mediana edad, de la misma manera, también se ha encontrado que al aumentar los años disminuye el dolor, por lo tanto, dichos autores plantean que se debe tener en cuenta los factores que influyen en la percepción del dolor, como la intensidad del estímulo doloroso.

De la misma manera, el tipo de ocupación es también una de las características de las personas con dolor crónico. Robaina, León y Sevilla (2000) encuentran que los trabajos que impliquen esfuerzo físico como levantamiento de cargas pesadas o trabajos repetitivos cursan con la aparición de trastornos dolorosos, como dolores lumbares y musculares; asimismo, el nivel de educación se caracteriza por ser de baja cualificación profesional, encontrándose mayor frecuencia de niveles medios de educación. En el nivel económico como característica se ha observado que las personas que padecen dolor con menos ingresos sufren de dolores articulares, mientras que aquellos que reciben mayor remuneración, presentan dolores musculares (Sternbach, 1986) (citado por Infante, 2002).

Por otra parte, existen otras características clínicas del dolor que se tienen en cuenta, siendo estas, la extensión, la cronicidad y la persistencia. La primera como la cantidad de lugares en los que se experimenta dolor e implica un declive en las habilidades funcionales, implica mayor uso de analgésicos, así como servicios médicos y mayores niveles de depresión (Toomey, Gover & Jones, 1983). La segunda, es decir, la duración del dolor puede llegar a perjudicar varias dimensiones de la persona que lo padece, modificando la experiencia y contribuyendo al

mantenimiento (Ferrer, González & Manassero, 1993). Por último, la persistencia del dolor puede clasificarse en continuo, intermitente, temporal o episódico en donde Kreitler, Gohar, Ezer y Niv (1999) mencionan que el dolor más frecuente es el intermitente, indicando que no se han encontrado diferencias en cuanto a la persistencia del dolor continuo e intermitente con respecto a la localización del dolor, al funcionamiento social y físico.

### **Estudios relacionados con el dolor**

A partir de la historia del dolor, que incluye aspectos como la diferenciación de éste, el carácter subjetivo que se ve reflejado en la importancia que cobra la expresión de lo que experimenta la persona desde lo psicológico y emocional, así como las características de las personas que padecen dolor y las características del mismo, es preciso que se citen algunas investigaciones que sirvan de antecedentes para abordar dichos aspectos. Por lo tanto, se encuentra el artículo *Características clínicas del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano*, los autores Noceda, Moret y Lauzirika (2006) en donde según los datos que estos autores tomaron de historias clínicas, así como de entrevistas personales con n=320 pacientes del centro Puerto de Sagunto (urbano) y centro Alto Palancia (rural), evaluaron la intensidad de dolor del paciente por medio de una Escala Visual Análoga (EVA), en donde encontraron que las mujeres constituyen el 76,6% de la población, en tanto los hombres el 23,4%, en cuanto a los grupos de edad destacan el 57,5% de personas de más de 65 años. Con respecto a los datos sociodemográficos; en el estado civil se reportó un 70% de personas casadas, superior a los demás categorías. El 59,4% de la población tiene estudios de primaria, mientras el 28,1% no dispone de estudios o no finalizó la enseñanza

general. En la actividad laboral el 65% son jubilados y el 19,1% se encuentran activos laboralmente. Asimismo, tienen en cuenta la actividad física realizada por la muestra, en donde consideraron media en el 54,7%, mínima con el 33,4% y alta con el 11,9%. En cuanto a la evolución temporal, se destacan aquellas personas que padecen de dolor crónico de más de 24 meses de duración (78,1%) y en la intensidad de dolor que manifestaban los participantes mediante la aplicación de la EVA era de 6,6 (DE=2,3) en donde no existen diferencias significativas entre las poblaciones estudiadas.

En esta misma línea, según Morales y Cote (2010) en el estudio *Características clínicas del dolor osteomuscular en adultos mayores de la Fundación Santa Sofía en Bogotá D.C.*, siendo este un estudio de tipo descriptivo y de carácter exploratorio, a partir de la revisión de los registros clínicos de n=1125 pacientes que reportaban un diagnóstico de dolor de cualquier etiología, se encontró que el 64% de la población estaba dentro del rango de edad de 64-75 años, siendo mayor la cantidad de mujeres (79%) que de hombres (21%), en cuanto a la localización de origen osteoarticular o muscular representó un 66,6% de todos los diagnósticos. Se realizó una clasificación de los pacientes, teniendo en cuenta cinco características clínicas del dolor osteomuscular: el patrón temporal, agudo (51,3%) y crónico (48,7%); intensidad del dolor, leve (35%), moderado (55%) y severo (10%); mecanismo etiológico, somático (73,6%), visceral (13,8%), neuropático (12,6%), psicógeno (--); irradiación, Sí (18%) y No (82%); y limitación funcional, Sí (70%), No (30%). Con relación a estos resultados concluyeron que la prevalencia del dolor es superior en los gerontes que se encuentran dentro de los 60 años que en otros grupos de edad, evidenciándose así que aproximadamente el 60% de mayores residentes en comunidad y el 80% de aquellos que se encuentran institucionalizados, presentan algún tipo de dolor. En este sentido, los gerontes experimentan en mayor medida cuadros de dolor agudo; la limitación

funcional se hizo evidente en una considerable cantidad de pacientes afectados, en donde cabe resaltar que dentro de las historias clínicas que se revisaron para el estudio, no se encontraba de manera específica las características del fenómeno, ni el impacto a nivel psicológico o social del mismo.

De esta manera, se introduce la medición del dolor crónico con componente físico y psicológico, en el marco de diferentes investigaciones que pretenden mostrar la manera en que sería posible evaluar el padecimiento del dolor crónico. En el estudio *Evaluación psicológica del dolor* de Olivares y Cruzado (2008) realizan una evaluación psicológica del dolor, en donde se aborda el caso de una manera global teniendo en cuenta desde el inicio del dolor, el sentido que se le da a la presencia de dolor, hasta la manera en que el individuo se desenvuelve en el entorno, para al final desarrollar un plan de tratamiento. En este mismo artículo, se exponen las diferentes herramientas de las cuales se puede hacer uso en el momento de evaluar al paciente, entre estas se encuentran: la entrevista, las escalas visuales analógicas y categoriales, el auto-registro, la observación, la evaluación psicofisiológica del dolor y los cuestionarios, en donde recalcan aquellos que son usados con mayor frecuencia como lo son el Cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ Melzack, 1975, versión española de Lázaro & cols, 1994), la Versión abreviada del MPQ (Short-Form SF-MPQ, Melzack, 1987), el Inventario Multidimensional del Dolor (West-Haven Yale, Multidimensional Pain Inventory, MPI, Kerns & cols., 1985, versión española Andréu & cols., 2006) y el Inventario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory, BPI, Cleeland & Ryan, 1994, versión española de Badia & cols., 2003, citados por Olivares & Cruzado, 2008).

Como se indicó anteriormente, el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) es uno de los instrumentos que se usa con mayor frecuencia para la evaluación de esta variable. Algunas de las investigaciones en que se ha utilizado dicho instrumento, es con fines de evaluar el dolor percibido, es este el caso del estudio realizado por Gaviria et al. (2006), en donde describieron las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y el dolor percibido de 43 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, intentando encontrar relación entre dichas variables; los resultados a través de la aplicación del MPQ en comparación con la Escala Visual Análoga (VAS) de la cual también hicieron uso, evidenciaron que el nivel del MPQ es inferior al de la escala ya que todos los pacientes puntuaron en todas las dimensiones un dolor leve ubicándose en el rango de 1 y 39; la puntuación mayor se dio en el índice sensorial del dolor (18,48), seguida del emocional (7,93) y el valorativo (2,24); y en cuanto al índice global de dolor fue (36,05) ubicándose en la escala de leve.

En el artículo teórico *Evaluación psicológica del dolor crónico* realizado por Castel, García y Tornero (2006) los autores sugieren una evaluación multicontextual (múltiples niveles y unidades de análisis) por lo tanto, definen qué es una evaluación psicológica, cuándo debe realizarse, por qué es necesaria, los objetivos, cómo se debe proceder, qué aspectos se engloban y cuáles instrumentos se deben usar; asimismo, tienen en cuenta aspectos como la historia psicosocial y familiar para demostrar que la cultura, las normas, las reglas y el ambiente social como tal, influyen en la experiencia de dolor; por tal razón, la comunicación con la familia facilita que la persona que padece dolor crónico se vea beneficiada en la medida que el soporte que le brinda su familia puede convertirse en una manera eficaz de paliar los efectos de la

enfermedad y asimismo, la identificación de la personas con figuras significativas, llegan a influir en el mantenimiento de algunas conductas de dolor.

En esta medida, cabe mencionar que se da la presencia de factores psicosociales que intervienen en el dolor y podrían contribuir al mantenimiento de conductas de dolor, como se mencionó anteriormente. A pesar de ser amplia la gama de variables tanto psicológicas como sociales que se relacionan con la experiencia de dolor, Barba (2003) toma en consideración cuatro niveles propuestos por Skevington (1995) que corresponden a, variables individuales, variables interpersonales, variables grupales e intergrupales y variables contextuales; dentro de las primeras se incluye la manera de pensar, sentir y actuar del individuo con respecto al dolor, encontrando así la percepción de la sensación corporal (depende del umbral de dolor de cada individuo), percepción de la severidad del dolor (intensidad del dolor), variables cognitivas (memoria, atención, creencias) y emocionales (labilidad emocional, estado de ánimo), como también la motivación y expectativas con respecto a la evolución y tratamiento del dolor; en cuanto a las variables interpersonales, se exponen la atribución, en donde juega un papel importante el contexto social en el cual la persona puede elaborar sus ‘porqués’ de lo que le acontece; asimismo, exponen el control del dolor percibido, la autoeficacia y el apoyo social en cualquiera de sus formas.

Siguiendo de manera consecuente las variables que indica Skevington (1995) (citado por Barra, 2003) en las que corresponden a las intergrupales, están las representaciones sociales, la

presión y comparación social, como la identificación de la persona con los grupos, los cuales posiblemente modifican la respuesta del individuo ante el dolor; por su parte, las variables de 'orden superior' o contextuales, que toma en cuenta la cultura de la persona que padece dolor, así como las políticas sanitarias, factores económicos, las ideologías, que al parecer no guardan relación directa con los mecanismos psicofisiológicos del dolor, pero obtiene relevancia una vez se ubica al dolor como una experiencia que afecta y se ve afectada por diversas áreas de la vida del sujeto que lo padece. De esta misma manera, Peñaranda (2003) hizo un estudio sobre tres variables psicosociales en el dolor crónico bucofacial, siendo estas el afrontamiento, el locus de control y el apoyo social, dentro de los resultados se destacó el apoyo social en la medida que se manifestó como un factor protector, es decir, a medida que los pacientes percibían más apoyo, desarrollaban menos conductas de afrontamiento adictivas frente al dolor.

### **Apoyo social**

A partir de esto, es preciso que se conceptualice el apoyo social. En esta línea, Escobar, Puga y Martín (2008) y Barra (2004) indican que el apoyo social se puede conceptualizar a partir de la mirada cuantitativa-estructural o desde el punto de vista cualitativo-funcional; la primera tiene en cuenta, el número de personas correspondiente a la red social del sujeto que sería el apoyo recibido y la segunda, las relaciones significativas que tiene la persona y cómo evalúa de manera subjetiva ese apoyo que recibe, siendo así este el apoyo percibido. En el artículo *Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica*, Vega y González (2009) citan varios autores que intentan definirlo, entre los cuales se encuentran Caplan (1974) quien explica el apoyo social como los vínculos perdurables que permiten que la persona unifique su

dimensión psicológica y física; también se refieren a Beigel, Naparstek y Khan (1980) quienes hacen énfasis en la importancia que cobran las relaciones sociales como aquellas que brindan el apoyo para que las personas afronten de manera adecuada las situaciones difíciles; en tanto Lin (1986) define el apoyo social en pilares; el primero, en donde se debe tener en cuenta el carácter objetivo y subjetivo del concepto, como manera de diferenciar el apoyo que obtiene el individuo con el que percibe o experimenta; el segundo, hace hincapié en el contexto en el que se puede desarrollar el apoyo social, sea a nivel comunitario, a nivel de redes sociales o a las relaciones más íntimas. Asimismo, Riquelme, Martín, Carrillo y López (2010) mencionan el apoyo social como la forma de ayuda que una persona puede recibir proveniente de sus redes sociales.

Las anteriores definiciones refieren diferentes aspectos que competen al apoyo social, sin embargo, es posible encontrar perspectivas que terminan convirtiéndose en complemento o en objeto de confusiones con respecto al concepto. Por lo tanto, Roca (2013) intenta dar un concepto de apoyo social operativo, definiéndolo como los recursos sociales disponibles, siendo estos los medios externos con los que cuenta la persona, de los cuales puede o no hacer uso, incluyendo las actividades que realizan las personas de su alrededor por su bienestar; dichos recursos son concebidos en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales, ya que el apoyo social se encuentra inmerso en el contexto cultural y por tanto, entenderlo en este marco, implica conocer las normas, la organización social, los valores que regulan el comportamiento de las personas, como manera de garantizar la interacción entre pares; asimismo, es de carácter dinámico e interactivo en la medida que, el apoyo social puede no ser encontrado por las personas o resolverse algún tipo de situación gracias a éste, es cambiante y se da en las

relaciones; de tal modo, el apoyo social se extiende a lo largo del tiempo, dando la posibilidad de clasificarlo en apoyo a largo (relaciones permanentes) y corto plazo (momentos de crisis), trayendo consigo consecuencias negativas o positivas en la salud y bienestar de los individuos que se ven inmersos en el proceso.

A partir de estas definiciones, se establece una clasificación o tipología de apoyo social, según Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) entre los que se encuentran el apoyo *material* como recursos monetarios y no monetarios (ropa, comida, pago de servicios, etc.), *instrumental* que hace referencia a la ayuda en las tareas propias del hogar, al cuidado que les brinden; *emocional* expresado en la preocupación, empatía, en lo que la persona siente por su familia y *cognitivo* a la retribución de significados con respecto a ciertas situaciones, que se da en el intercambio de consejos con las personas de su entorno.

Asimismo, Fernández y Manrique (2010) recalcan que es preciso tener en cuenta el apoyo recibido (necesitado u objetivo) que se refiere al intercambio tangible que se da en la interacción entre las personas que conforman la relación y el percibido (subjetivo) que se encuentra relacionado con lo cognitivo, es decir, con las evaluaciones que hace la persona de la ayuda que recibe; enfatizando en la importancia en que al momento en que surja una situación problemática, el individuo prevea el apoyo independientemente de si va a usar o no los recursos que tiene a su disposición para resolverla.

### Estudios relacionados con el apoyo social

Con relación a la evaluación del apoyo social, se encontraron diversos estudios empíricos que permiten ver la manera en que los sujetos perciben dicho constructo. Es este el caso de la investigación *Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México* de Robles, Rizo, Camarena, Gómez y Siordia (2000) quienes trabajaron con 40 adultos mayores, 14 hombres y 26 mujeres con una edad promedio de 75 años; dentro de los datos sociodemográficos se destacan que la mayoría vivía con sus cónyuges o hijos y eran de escolaridad baja. El tamaño de la red social fue de 7,5 integrantes en promedio (2 a 16 miembros) en donde en su mayoría eran las mujeres quienes la componían y la cantidad de apoyo recibido fue en cuanto a las actividades (13,5, es decir, de 3 a 41), predominando el apoyo emocional.

Por otro lado, en el artículo *Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile* de Gallardo, Barrón, Sánchez y Arias (2014) evaluaron 418 gerontes, con respecto a las variables estructurales del apoyo, es decir, en cuanto al tamaño de la red y frecuencia de contactos, así como la satisfacción subjetiva con las relaciones se halló un ajuste adecuado con referencia a los datos del modelo de medición basado en las fuentes de apoyo social, en donde se resalta el apoyo funcional procedente del cónyuge, hijos y el resto de familiares. Asimismo, a partir de un análisis descriptivo, encontraron que las mujeres muestran mayor frecuencia de contactos y los hombres perciben mayor apoyo y reciprocidad, respecto de su pareja.

Por su parte, en el estudio realizado por Castellano (2014) en donde pretendían evaluar el apoyo social y el estado emocional de 117 personas mayores, en donde el 55,1% de las mujeres eran viudas ( $p < .001$ ), el nivel educativo era bajo, ya que la mayoría habían cursado los estudios primarios y el 72,6% eran autónomos. En los resultados se observa que tanto hombres como mujeres poseían estados anímicos similares, así como puntuaciones similares en el apoyo funcional percibido, encontrando también que el 94,9% de la muestra percibía recibir apoyo social principalmente de sus familiares (87,2%).

### **Relación entre las características clínicas del dolor y el apoyo social**

Teniendo en cuenta, los conceptos de dolor y apoyo social, así como los respectivos estudios acerca de la manera en que han sido evaluados, es preciso hacer hincapié en la manera en que se relacionan estas dos variables. Acerca de la relación del dolor y el apoyo social, Gottlieb (1981) enfatiza en que una de las razones que impulsan a que los estudios acerca de la salud y el ambiente social, es la perspectiva ecológica-comunitaria dentro de la psicología cuyo objetivo es aislar y manipular factores ambientales con el fin de favorecer una mayor prevalencia de la salud en la población. Sobre esta relación Roca (2013) indica que efectivamente el apoyo social puede mediar de diferentes formas sobre la salud humana y el bienestar; además, señala algunas formas en las que se muestra la relación, entre las que se encuentran, la esperanza y fe que se generan en las personas que reciben ayuda de otros, la presencia física de 'otro' que se convierte en estímulo para el individuo, la distracción de los pensamientos negativos o situación problema traducida en comprensión, la cual le da importancia a la persona en la medida que le eleva la autoestima y otra de las formas en que el apoyo social media en la salud es la posibilidad

de brindarle al individuo opciones para solucionar el problema por medio de preguntas. De esta forma, así como lo afirma Pinazo y Sánchez (2005) “el apoyo social se relaciona con distintas enfermedades bien a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos” (p. 237).

### **Estudios sobre la relación entre las características clínicas del dolor y el apoyo social**

En el marco de la relación entre las variables características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social, se han encontrado investigaciones que si bien no abordan exactamente estas dos variables, si aportan sobre algunas de sus ramas. Es el caso de la investigación *El apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno* de Amaya (2013) y *Relación entre las características clínicas del dolor crónico y los niveles de depresión* de Llorca, Muriel y Díez (2007); en el primero se evaluaron a 340 personas con dolor crónico no maligno, se encontró que el 40% de la muestra considera que la familia es su principal apoyo, frente a la variable afrontamiento y el uso que las personas hacen de estas se evidenció que en las dimensión religión es la más usada con un 70%; por otra parte, resultó que en cuanto a la variable de dolor crónico la localización el 30,89% se localiza en la cabeza o cara y según la intensidad del dolor el 41,76% manifiesta dolor severo; la correlación de las variables de apoyo y afrontamiento fue débil (menor a 0,3) positiva, estadísticamente significativa (correlación diferente de cero con valores  $P < 0.05$ ).

En el segundo estudio, el dolor se evaluó a partir de la Escala Visual Analógica Visual (EVA) de Huskisson, la cual en su aplicación se encontró que no existían diferencias significativas entre los grupos de intensidad de dolor (FI mínima (2, 106) = .60;  $p = .55$ ), (FI actual (2, 106) = .03;  $p = .97$ ), (FI máxima (2, 106) = .10;  $p = .89$ ). Posteriormente, realizaron un nuevo análisis de varianza en el que tuvieron en cuenta la igualdad de varianza de Levene ( $F(2, 103) = 1,31$ ;  $p = .28$ ), y resultó que tampoco existían diferencias cuando el factor era el tiempo ( $F_{\text{tiempo}}(2, 105) = .84$ ;  $p = .44$ ). En cuando a la evaluación de los niveles de depresión, estos fueron estimados por medio del Inventario de Beck, en donde se ofreció una media de 19,31 y una desviación típica de 9,87; el 21,7 % de los participantes presentaba sintomatología depresiva, el 26,4% niveles leves, 23,6% evidenciaron nivel moderado y el 28,3% grave.

En el artículo *Evaluación psicológica en el dolor crónico* de Castel, et al. (2006) los autores indican que el apoyo social se convierte en un factor protector ante el estrés en general y asimismo, es paliatorio frente a los efectos de la enfermedad crónica, al ser la familia uno de los principales agentes del apoyo social en aquellas personas que experimentan dolor. Por su parte, Wilson (2002) indica que la presencia de dolor crónico hace que se evidencie un desequilibrio en relación con los familiares de quien lo padece, ya que la carencia de atención, los cuidados pertinentes y mantener un comportamiento positivo frente a la situación, generarían una disminución del dolor, evitando la discapacidad.

## Metodología

### Tipo de estudio

Tipo de estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, de corte transversal y alcance correlacional.

### Población

La población evaluada en el presente proyecto de investigación fueron adultos mayores autovalentes, que pertenecen a grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga.

### Muestra

Para el presente proyecto de investigación se trabajó con una muestra de 70 sujetos. Dicha muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia y usando el método de recolección voz a voz. De esta manera, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

#### *Criterios de inclusión de los adultos mayores*

- Edad mayor o igual a 60 años.
- Autovalentes.
- Capacidad y voluntad de responder los cuestionarios.
- Que autoreporten padecer de dolor músculo-esquelético crónico (recurrente o estable).
- Que refieran haber padecido dolor en el mes en que se realiza el estudio.
- Que estén vinculados a grupos de autoayuda en la ciudad de Bucaramanga.
- Que puedan firmar el consentimiento informado.

### *Criterios de exclusión de los participantes*

- Incapacidad física, que le dificulte responder los cuestionarios.
- Que sean analfabetas.
- Que no deseen participar en la investigación.

### **Aspectos éticos**

En la investigación se aseguró la confidencialidad de la participación de todas las personas, a través de un compromiso escrito o consentimiento informado, en el que la información obtenida fue exclusivamente de uso 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 de la dignidad y el bienestar de las personas que participan con conocimiento de la investigación. Asimismo, 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.

### **Instrumentos**

#### *Versión abreviada del Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)*

Este cuestionario fue publicado por Melzack (1975) y en esa época fue el primero que se diseñó para el estudio del dolor. En un principio el cuestionario estuvo compuesto por 44

adjetivos, teniendo como punto de referencia los trabajos de Titchener (1920) y Dallenbach (1939) quienes habían elaborado dichos adjetivos los cuales estaban clasificados en grupos que describían el curso temporal de la experiencia, su distribución espacial, las cualidades de presión, el estilo afectivo o hacían referencia a atributos cualitativos.

Para la presente investigación se hizo uso de la versión elaborada por Ruiz y Pagerolls (1992), en donde siguieron los siguientes pasos para validar la versión, elaboraron un vocabulario de 261 descriptores, seleccionaron los descriptores con ayuda de jueces a médicos, estudiantes de fisiología y psicología, en donde eliminaron los descriptores rechazados por el 55% de los jueces; posteriormente, los descriptores fueron sometidos a un nuevo criterio y se incluyeron como jueces a un grupo de pacientes, de este último análisis quedaron 52 descriptores que componen la prueba, 33 descriptores valoran la dimensión sensorial, dividido 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 está compuesta por 19 descriptores, miedo (3) síntomas vegetativos (2), castigo (3), tensión (3), evaluativo (3) y evaluativo-afectivo (5). La estabilidad percibida del dolor se evalúa por medio de otra subescala que contiene 5 descriptores.

El sujeto va a encontrar por cada categoría unos descriptores, como se expuso en el anterior párrafo. El primer descriptor que aparece en la categoría indica una intensidad de dolor más baja y el último la intensidad más elevada, a cada descriptor se le asigna un valor numérico; por ejemplo, en la categoría 4 contiene las palabras, punzante, agudo, pinchazo, penetrante; a

punzante se le da el valor de 1, agudo el valor 2, pinchazo 3 y penetrante 4. Cabe resaltar que el MPQ puede ser administrado tanto oralmente como por escrito. El participante, debe escoger solo una palabra de cada subgrupo, es decir, el descriptor que mejor defina su dolor y no es obligación hacerlo con todos los subgrupos. A partir de esa información, se recogen los siguientes índices, índice de valoración del dolor, basado en el valor ordinal de los adjetivos elegidos; el número de adjetivos elegidos (de cada dimensión) y la intensidad del dolor presente que se obtiene de la puntuación de la escala. Por otra parte, cuenta con una Escala Análogo Visual y una Escala de Rangos de 5 puntos, así como la silueta para que el participante sombree los sitios donde tiene dolor (Martín, Zaz, Grau, Montorio & Cesar, 2008) (ver anexo 2).

#### *Cuestionario de Apoyo Social*

El cuestionario de apoyo social tiene como autor a Riquelme (1994). Dicho cuestionario recoge la autovaloración de la disponibilidad de apoyo social a nivel de apoyo emocional y tangible respecto a las siguientes fuentes, pareja, familiares, amigos, compañeros y personas de la comunidad; la percepción de la disposición de apoyo, según las distintas fuentes se valora a partir de una escala tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, desde nada hasta totalmente. Este instrumento no ha sido baremado para su aplicación de cara a realizar valoraciones individuales (salvo uso clínico), sino que es concebido como un instrumento útil en la investigación epidemiológica, al comparar los resultados obtenidos con otras variables, lo que da cuenta de su tipo de validez de constructo en donde la validación se da en la medida que el instrumento está vinculado o es consistente con la teoría, en la cual se necesita de investigaciones

que hayan demostrado que los conceptos se relacionan (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Por lo tanto, para el análisis individual, se hace una suma aditiva en donde se toman en cuenta los enunciados de los valores (valoración de la disponibilidad o satisfacción con el apoyo social disponible) los cuales se ubican en unos rangos; Nada (0-6), Poco (7-12), Moderada (13-18), Mucho (19-24) o Totalmente (25-30). No obstante, en el año 2012, se realizó un estudio preliminar (no publicado) con alumnos de tercero y cuarto de psicología de la universidad de Murcia, en el que realizó una aproximación a sus cualidades psicométricas, en donde se encontró que las distintas dimensiones de apoyo emocional valoradas mediante este instrumento, han mostrado una elevada correlación con las puntuaciones para esas mismas dimensiones del cuestionario NSSQ (Norbeck, Lindsey & Carrieri, 1983). Concretamente, se ha obtenido una correlación de .55 ( $p < .000$ ) en apoyo emocional de la pareja, de .28 ( $p = .032$ ) en apoyo emocional de la familia, y de .39 ( $p < .000$ ) en apoyo emocional de los amigos. En este mismo trabajo, la satisfacción con el apoyo emocional disponible mostró una correlación de .38 ( $p < .000$ ) con la dimensión de apoyo emocional del cuestionario MOS (Sherbourne & Stewart, 1991). Por lo que se refiere al apoyo tangible de la pareja, se obtuvo una correlación de 0,22, con un nivel de significación  $< .05$ . Con relación a apoyo tangible de la familia, la correlación fue de .27;  $P < .004$ . Por lo que se refiere al apoyo tangible de los amigos, la correlación fue de .36;  $p < .000$  y estos valores fueron  $r_{xy} = .20$ ;  $p < .042$  para el caso de los compañeros. Asimismo, el conjunto de los ítems, ha mostrado un valor test-retest de .87 (Riquelme, 2012) (ver anexo 3).

## Procedimiento

### *Primera etapa*

En el mes de agosto de 2014, se hizo la búsqueda de los participantes en diferentes grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga. El contacto se realizó por conveniencia, por lo tanto, se seleccionó un grupo entero o personas que pertenecía a dichos grupos y se encontraban disponibles para la participación del estudio. Los grupos cuentan con una persona que los dirige o líder, de esta manera se habló con cada líder para que brindara el espacio en pro de exponer lo que se buscaba con el estudio y los criterios con los que debían contar para incluirse en la participación de la investigación. Se les pidió a los adultos mayores seleccionados que firmaran un consentimiento escrito (Anexo 1); antes de la firma del consentimiento, se les explicó a los gerontes el objetivo de la investigación, los cuestionarios que iban a responder, lo que implicaba hacerse participe de la muestra, específicamente en cuanto al tiempo que implicaba responder las preguntas y los derechos que tenían de dejar de responder o a exigir retroalimentación de los resultados obtenidos. Procedimiento que se realizó, como manera de darles la certeza que su autonomía y protección de la información iban a ser resguardados.

### *Segunda etapa*

Una vez se llevó a cabo el proceso de selección de la muestra y teniendo el contacto y consentimiento informado de cada uno de los participantes, como segundo paso a seguir se aplicaron los instrumentos de evaluación. En los meses de septiembre y octubre del 2014 se hizo dicha aplicación; de manera práctica, los instrumentos fueron condensados en lo que se llamó

“*Cartilla de Evaluación*”, la cual el participante debía responder de manera escrita, por sí mismo o con ayuda de la evaluadora. El diligenciamiento de los cuestionarios se realizó según la disposición del mayor, por lo tanto, algunas aplicaciones se ejecutaron en el lugar de encuentro de los grupos y otras en el domicilio del participante.

### *Tercera etapa*

Por último, se realizó un análisis de datos de estadística correlacional que permitió dar respuesta a los objetivos de la investigación. En primera instancia, se hizo una base de datos en el software para análisis estadístico SPSS versión 22, en donde se identificaron las características sociodemográficas de los adultos evaluados. Posteriormente, se desarrolló un análisis descriptivo del MPQ, así como una correlación entre medidas escalares y ordinales de Tau\_b Kendall con los resultados del MPQ y el apoyo social de Riquelme.

## Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la versión abreviada del Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ) y el Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme, así como las correlaciones obtenidas de estas dos variables.

De esta manera, se encuentran los datos sociodemográficos que fueron sometidos a un análisis descriptivo en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 22 por el cual se obtuvo la frecuencia de las variables, género, estado civil, vínculo laboral, escolaridad y la ocupación. De la misma forma se halló la frecuencia y la media de los adjetivos contenidos en los subgrupos, adjetivos que los participantes de la investigación indicaron en el MPQ. A partir del mismo análisis descriptivo, se trataron los resultados del apoyo social en donde se evidencia la frecuencia de las respuestas de los sujetos con respecto al apoyo social que reciben de las diferentes fuentes, tanto en la dimensión emocional como práctico. Por último, se expone la correlación de Tau\_b de Kendall para medidas ordinales y escalares que surgió de los datos obtenidos del MPQ y del Cuestionario de Apoyo social de Riquelme, específicamente aquella que resultó ser significativa al nivel 0,01.

Tabla 1. Género de la muestra de adultos mayores

<b>Género</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	62	<b><u>89</u></b>
<b>Masculino</b>	8	11
<b>Total</b>	70	100

En cuanto a la distribución por género, como se puede observar en la tabla 1, es mayor la cantidad de mujeres que participaron en la presente investigación representando el 89% de la muestra y los hombres evaluados el 11%.

Tabla 2. Edad de la muestra de adultos mayores

<b>Edad</b>		
<b>Rangos de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>60-65</b>	15	21
<b>66-70</b>	19	27
<b>71-75</b>	21	<b><u>30</u></b>
<b>76-80</b>	9	13
<b>81-85</b>	4	6
<b>86-90</b>	2	3
<b>Total</b>	70	100

\*Media de 70,6

\*Desviación estándar de 6, 5

Al observar la tabla 2, es posible divisar que el 30% de la muestra de adultos mayores evaluados tienen edades que oscilan en el rango de 71-75 años, con una media de 70,6 y una desviación estándar de 6, 5.

Tabla 3. Estado civil de muestra de adultos mayores

<b>Estado civil</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Casado</b>	40	<u>57</u>
<b>Soltero</b>	9	13
<b>Viudo</b>	16	23
<b>Divorciado</b>	3	4
<b>Unión no formalizada</b>	2	3
<b>Total</b>	70	100

En cuanto al estado civil de los adultos mayores evaluados se encontró que el 57% de los participantes es casado, seguido de los que quedaron viudos que son el 23%. Como se observa en la tabla 3, de la muestra son menos frecuentes los adultos mayores solteros (13%), divorciados (4%) y en unión formalizada (3%).

Tabla 4. Vínculo laboral de la muestra de adultos mayores

<b>Vínculo laboral</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Estable</b>	5	8
<b>Inestable/Parcial</b>	6	9
<b>Pensionado</b>	19	27
<b>Rentista</b>	1	1
<b>Actividad laboral lucrativa</b>	1	1
<b>Tareas del hogar</b>	30	<b><u>43</u></b>
<b>Otro</b>	1	1
<b>Se desconoce</b>	7	10
<b>Total</b>	70	100

Respecto al vínculo laboral se encontró que en el 43% de la muestra de participantes es más frecuente que los adultos mayores se dediquen a las tareas del hogar, seguido por el 27% que refieren ser pensionados.

Tabla 5. Escolaridad de la muestra de adultos mayores

<b>Escolaridad</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Primaria incompleta</b>	32	<b><u>45</u></b>
<b>Primaria completa</b>	15	22
<b>Secundaria incompleta</b>	7	10
<b>Secundaria completa</b>	13	19
<b>Universitario</b>	3	4
<b>Total</b>	70	100

En cuanto a la escolaridad, el 45% de adultos mayores no terminó la primaria, seguido del 22% que no terminaron la enseñanza media y el 19% de gerontes con un que terminaron el bachillerato o secundaria.

Tabla 6. Ocupación de la muestra de adultos mayores

<b>Ocupación</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Ama de casa</b>	50	<b><u>71</u></b>
<b>Empleado</b>	3	4
<b>Desempleado</b>	9	13
<b>Independiente</b>	8	12
<b>Total</b>	70	100

Como se puede observar en la tabla 6, el 71% de mayores se dedican a ser amas de casa, seguido del 13% que no tienen ocupación alguna.

Ahora bien, en cuanto al MPQ se tomaron las respuestas de los adultos mayores quienes marcaban en los subgrupos de las dimensiones sensorial y afectivo, aquellos adjetivos que mejor describían su dolor. A partir de esos datos, se realizó un análisis descriptivo a través del SPSS, versión 22, en donde se mostró la frecuencia de la respuesta según cada subgrupo, encontrando los resultados expuestos en la tabla 7.

Tabla 7. Frecuencia de las respuestas en los subgrupos del MPQ

<b>Descriptor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Pulsación</i>	16	23
<i>Caliente</i>	20	29
<i>Espasmo</i>	16	23
<i>Punzante</i>	12	17
<i>Desgarro</i>	18	26
<i>Interno</i>	40	<b><u>57</u></b>
<i>Horrible</i>	12	17
<i>Sofocante</i>	6	9
<i>Mortificante</i>	6	9
<i>Agotador</i>	18	26
<i>Incómodo</i>	41	<b><u>59</u></b>
<i>Angustia</i>	13	19

En la tabla 7, se pueden observar aquellos adjetivos que los adultos mayores puntuaron en mayor medida, dentro de los cuales se destacan el “Incómodo” y el “Interno”, es decir, el 59% de los gerontes, experimentan su dolor como un dolor “Incómodo” y el 57% de los mayores que participaron en la presente investigación declaran que su dolor es “Interno”.

Por otra parte, como se explicó en la metodología el Cuestionario de Apoyo Social, se divide en apoyo emocional y apoyo práctico respecto de las fuentes pareja, familiares, amigos, compañeros, vecinos, otros y en general, en donde los gerontes contestaban Nada (valor 0), Un poco (2), Moderadamente (3), Mucho (4), Totalmente (5). Por lo tanto, se hizo una suma aditiva, en donde se sumaron las respuestas de los sujetos según las diferentes fuentes de apoyo, cuyas respuestas se ubicaron en un rango de 0-28; obteniendo un total para el apoyo emocional y otro total para el práctico. Por medio de un análisis descriptivo se halló la frecuencia de respuestas de los gerontes, así como la media de las mismas. De esta manera, se divisaron los resultados referidos en la tabla 8.

Tabla 8. Frecuencia de las respuestas del total de apoyo emocional

<b>Total Apoyo Emocional</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	2	3
<b>Un Poco</b>	3	4
<b>Moderadamente</b>	23	<b><u>33</u></b>
<b>Mucho</b>	22	31
<b>Totalmente</b>	20	29

<b>Total</b>	70	100
--------------	----	-----

Al divisar la tabla 8, se puede destacar que el 33% de los sujetos que participaron del estudio perciben que son apoyados “moderadamente” por las diferentes fuentes en la dimensión emocional y el 3% de gerontes, perciben que no son “nada” apoyados a nivel emocional por las diferentes fuentes.

Tabla 9. Frecuencia de las respuestas del total de apoyo práctico

<b>Total Apoyo Práctico</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nada</b>	2	3
<b>Un Poco</b>	14	20
<b>Moderadamente</b>	27	<b><u>39</u></b>
<b>Mucho</b>	19	27
<b>Totalmente</b>	8	11
<b>Total</b>	70	100

En la tabla 9, se evidencia que el 39% de la muestra, perciben que las diversas fuentes les brindan apoyo práctico de forma moderada y el 3% percibe carencia de apoyo práctico por parte de las diferentes fuentes.

Para encontrar la asociación entre los resultados del MPQ y del Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme, se hizo una correlación de coeficiente de Pearson para medidas escalares. Se tomaron los índices del MPQ y el total de apoyo emocional y práctico del Apoyo Social, datos que se trataron con el SPSS, versión 22, en donde se encontró que no existe una correlación significativa entre estas variables. De esta misma manera, se hizo un análisis de correlación Tau\_b de Kendall entre medidas escalares y ordinales, que tuvo en cuenta los índices del MPQ y las respuestas de los gerontes de cada fuente de apoyo social y resultó lo expuesto en la tabla 10.

Tabla 10. Correlación Tau\_b de Kendall entre el índice de intensidad del dolor (PPI) y las fuentes de apoyo social

<b>Fuentes de apoyo en dimensión emocional</b>	<b>Coefficiente de correlación entre el índice de Intensidad del dolor (PPI) y las fuentes de apoyo</b>	<b>Significación</b>	<b>N</b>
Pareja	,096	,379	70
Familiares	,081	,467	70
Amigos	,034	,759	70
Compañeros	-,051	,648	70
Vecinos	,014	,896	70
En general	<b><u>,215</u></b>	<b><u>,056</u></b>	70

\*Significativo a nivel 0,01

Teniendo en cuenta el análisis expuesto anteriormente, se puede observar en la tabla 10, que existe una correlación positiva entre el índice de intensidad de dolor (PPI) y el apoyo emocional en general, con un coeficiente de correlación de ,215 con un nivel de significancia de

,056<0,01; esto podría evidenciar que en la medida en que los gerontes de la muestra perciban que cuentan con un mayor apoyo emocional en general, es posible que aumente su capacidad para describir la intensidad del dolor que experimentan.

## Discusión

El presente estudio pretendía determinar si existe relación, entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social en una muestra de adultos mayores participes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga. Durante el desarrollo de la investigación, se fue logrando dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos planteados inicialmente.

El dolor es definido por la IASP en 1979 como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma” (Timoneda, 1996, p.49). Dicha conceptualización, permite ver más allá de lo biológico en la medida que, da importancia al carácter subjetivo y las implicaciones emocionales que devienen de la experiencia del dolor. Es posible dar cuenta, que en la etapa de vida de la adultez mayor hay predominancia de dicha presencia de dolor. Como se observa en la caracterización de la muestra de la presente investigación, el 89% fueron mujeres y el 11% hombres, en donde se puede entrever que en la muestra de adultos mayores que respondieron a los instrumentos, fueron en su mayoría las mujeres y por lo tanto, son ellas quienes expresaron en el estudio que experimentaban dolor en mayor medida, corroborando lo que indican Keogh, Hatton y Ellery (2000) y Gilbert (2001) (Citados por Infante, 2002) que en cuanto al sexo, son las mujeres quienes refieren altos niveles de dolor, más zonas de dolor, en comparación a los hombres.

El nivel de educación es también una de las características de aquellos participantes que reportaron dolor, en donde el 44% no terminó la básica primaria, es decir, que la baja escolaridad en el marco del dolor se debe a la desinformación de las personas frente a su manejo; lo anterior se constata con lo que afirman Robaina, et al. (2000) que encuentran que en cuanto al dolor muscular, el nivel de educación se caracteriza por ser de baja cualificación profesional, al igual que Moreno, et al. (2012) que al hablar de escolaridad, resaltan la carencia de orientación del manejo y evaluación del dolor tanto de los pacientes como de los familiares o cuidadores.

Asimismo, el 43% de mayores reportó tener como vínculo laboral las tareas de hogar y el 72% de participantes que su ocupación era ser amas de casa. Esto se corrobora con Lobera y García (2014) quienes exponen que las actividades domésticas son actividades repetitivas, realizadas por mujeres que asumen o se les atribuye el rol, por su desempeño en el cuidado y producción doméstica. Es así como la ocupación o los trabajos que impliquen esfuerzo físico como lo afirman Robaina y Sevilla (2003) son trabajos repetitivos que cursan con la aparición de trastornos dolorosos, como dolores lumbares y musculares.

Silver (2011) (citado por Ribas, 2011) indican que es posible encontrar que las personas describan de diversas formas cómo están experimentando su dolor, algunas de estas lo hacen según sus características (punzante, urente, sordo), conforme sus estímulos (calor, escozor, punzada), dependiendo de su intensidad (leve, moderada o grave) o usando palabras para explicarlo (deprimente, molesto o intolerable). Lo anterior, corrobora lo evaluado a través del MPQ, en donde la muestra de adultos mayores escogían los descriptores que mostraban cómo

sentían su dolor, entre los cuales se destacó el 57% que experimentaban su dolor como “Interno” y el 41% como un dolor “Incómodo”.

De esta misma manera, con respecto a otros estudios en los que se ha hecho uso del MPQ en versiones diferentes, se encontró el expuesto por Giuntini, Faleiros, Hortense y Pereira (2001) en el que sometieron a personas mayores a un colpoperineoplastía posterior y Burch, y evaluando su experiencia de dolor encontraron que los descriptores de dolor que fueron utilizados en mayor medida fueron, “Insoportable”, “Terrible”, “Desesperador”, “Intenso” y “Tremendo”. En tanto, en investigaciones con otro tipo de población a la empleada en la presente investigación, se divisó que los descriptores que usan con mayor frecuencia a muestra de adultos mayores son “Terrible”, “Fuerte”, “Insoportable”, “Intenso” y “violento” (Pereira & Sousa, 2007).

Con base en lo dicho anteriormente, la diferencia de las versiones usadas por dichos estudios así como la población, son factores que pueden determinar la razón para que las respuestas varíen en cada uno de los estudios, sin embargo, es también válido tener en cuenta que la experiencia de dolor es individual y por tanto, cada sujeto experimentará y describirá su dolor de diversas formas, como lo ratifica Torregrosa y Buggedo (1994) al decir que existe gran dificultad al medir el dolor, por su carácter subjetivo y multidimensional, en donde hacen hincapié en que se trata de objetivar un fenómeno de esencia subjetiva que está ligado a la variabilidad individual, en el cual es precisamente el sujeto quien evalúa su dolor. Del mismo modo, lo reafirma Covarrubias (2008) al señalar que el dolor es producto de experiencias

sensoriales, emocionales y cognitivas, que le confieren su carácter subjetivo, sin dejar de lado que cada ser humano tiene vivencias únicas y singulares.

Por otra parte, el apoyo social como la otra variable que se tuvo en cuenta para el presente proyecto de investigación, se ha caracterizado por ser estudiado en el marco de las diferentes fuentes de las que el sujeto o en este caso el adulto mayor recibe dicho apoyo, es decir, la necesidad de recibir apoyo social se estudia a partir de las redes sociales que están compuestas principalmente por los cónyuges, los parientes consanguíneos, entre otros; es así como estas redes proveen apoyo instrumental, emocional, de compañía, etc., en forma cotidiana (Cicirelli, 1990, citado por Robles, et al. 2000). Como se pudo observar en los resultados del proyecto, respecto a dichas fuentes, en este caso la fuente “en general” del Cuestionario de apoyo social se mostró que con referencia a la dimensión emocional el 33% de los mayores percibe que son apoyados de forma “moderada”, al igual que el 39% de geronte que perciben en la misma medida el apoyo práctico obtenido.

Asimismo, los resultados enunciados en el párrafo anterior, se relacionan con que en la medida que pasa el tiempo y aumenta la edad, las personas le atribuyen un especial significado al hecho de contar con pares que se encuentren dispuestos no solamente a contribuir con ayuda que implique el traslado de un lugar a otro o la ayuda monetaria, sino también es indispensable para ellos, hacerse acreedores de un apoyo afectivo que responda a sus demandas de amor, compañía, escucha atenta, como lo corroboran Guzmán, et al. (2003) al manifestar que existe evidencia empírica que recalca la significación que tiene para las personas mayores las redes de apoyo para su calidad de vida y no solamente la manera en que hacen que mejore sus condiciones por la

provisión de apoyo material o instrumental; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional.

Se llevó a cabo una correlación entre los resultados obtenidos del MPQ y el Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme, la cual resultó positiva entre el apoyo emocional en general y el índice de intensidad del dolor con un coeficiente de ,215 y nivel de significancia de ,056<0,01. Esto podría evidenciar que en la medida en que los gerontes de la muestra perciben que cuentan con un mayor apoyo emocional en general, es posible que aumente su capacidad para describir la intensidad del dolor que experimentan.

Lo expuesto anteriormente, es constatado por Castellano (2014) quien insiste en que “la red social aporta a la persona calidad de vida tanto en aportaciones materiales como en apoyo afectivo, siendo este último de gran importancia, sobre todo para la persona mayor” (p.366). De esta manera, se encuentra “una relación directa entre el estilo de represión emocional y su influencia sobre la experiencia de dolor” (Rodríguez, Esteve & López, 2000, p. 340).

Finalmente, no se hallaron otras correlaciones significativas que permitieran establecer una relación directa entre estas dos variables. Lo anterior, se atribuyó a la influencia del carácter subjetivo del dolor y del apoyo social. Como lo reafirman Reyes y Rojas (2005) “el apoyo social se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es el apoyo social percibido” (p. 78) y en cuanto al dolor, Maestre (2001) refiere que la percepción y experiencia del dolor se ven

mediados por numerosos elementos entre los cuales se encuentran sus causas, la cultura del individuo que lo experimenta y las emociones previas; por tanto, su umbral y tolerancia son diversos en todas las personas, aún en el mismo individuo en circunstancias diferentes.

Por tal razón, son diversos los factores que intervienen tanto en la experiencia de dolor como en la percepción de apoyo social, haciendo que una variable sea independiente de la otra. Como lo asiente Barba (2003) quien toma en consideración cuatro niveles propuestos por Skevington (1995) que corresponden a, variables individuales, variables interpersonales, variables grupales e intergrupales y variables contextuales; dentro de las primeras se incluye la manera de pensar, sentir y actuar del individuo con respecto al dolor, encontrando así la percepción de la sensación corporal (depende del umbral de dolor de cada individuo), percepción de la severidad del dolor (intensidad del dolor), variables cognitivas (memoria, atención, creencias) y emocionales (labilidad emocional, estado de ánimo), como también la motivación y expectativas con respecto a la evolución y tratamiento del dolor; en cuanto a las variables interpersonales, se exponen la atribución, en donde juega un papel importante el contexto social en el cual la persona puede elaborar sus ‘porqués’ de lo que le acontece; asimismo, exponen el control del dolor percibido, la autoeficacia y el apoyo social en cualquiera de sus formas.

## Conclusiones

Como datos sociodemográficos se encontró que la mayor cantidad de participantes evaluados fueron mujeres, lo que se corrobora con otros estudios que evaluaron el dolor, y fueron también las mujeres quienes tuvieron mayor presencia por encima de los hombres. Por otro lado, el nivel de educación fue bajo, ya que la mayoría de los gerontes no terminó la básica primaria. Como dato relevante de la investigación, en cuanto a este apartado se divisa que la mayoría de la muestra de adultos mayores se dedica a las tareas del hogar, lo que corresponde a un trabajo repetitivo que produce trastornos lumbares.

La evaluación de las características clínicas del dolor se hizo a través de la aplicación del MPQ. A partir de dicha evaluación se evidenció que en cuanto al dolor, la mayoría de la muestra de gerontes lo describe como “Interno” e “Incómodo” a diferencia de las respuestas de Adultos Mayores en otros estudios, en donde las respuestas con mayor frecuencia fueron “Terrible”, “Fuerte”, “Insoportable”, “Intenso” y “Violento”.

Con respecto al apoyo social, en los adultos mayores del estudio se destaca el apoyo recibido en general en las dimensiones emocional y práctica, el cual es percibido por los mayores de forma moderada, indicando así lo que refiere la teoría en cuanto a que dicho ámbito afectivo es de vital importancia para los gerontes, en la medida que más allá de las posibilidades que tienen las diferentes fuentes (pareja, familiares, compañeros, vecinos) de mejorar las condiciones

del mayor en cuanto al apoyo práctico, el impacto del apoyo recae en la compañía, escucha atenta, amor, etc.

La correlación entre estas dos variables, fue significativa entre el apoyo emocional general y la intensidad de dolor (PPI) que se obtenía del MPQ. Lo anterior, se atribuyó al hecho de que si los mayores de la muestra cuentan con la posibilidad de tener acceso a personas dispuestas a escuchar, es posible que aumente la manera en que estos manifiestan el nivel de dolor experimentado, como lo indica la teoría al asociar la expresión emocional a una estrategia de afrontamiento del dolor, que permite establecer una relación directa entre lo que se expresa y el aumento o disminución del dolor.

Como última conclusión, se puede resaltar que las dimensiones del apoyo social y los índices del MPQ, no se relacionan directamente, debido a que tanto el apoyo social como el dolor, son constructos de carácter subjetivo que se ven mediados o influenciados por diversos factores que intervienen tanto en la experiencia de dolor como la percepción de apoyo social, factores como las variables individuales, variables interpersonales, variables grupales e intergrupales y variables contextuales que también tendrían que ser evaluados para encontrar dicha relación.

### Recomendaciones

Como se había nombrado anteriormente, el vacío teórico en cuanto al dolor en relación con el apoyo social es evidente, por lo tanto, se hace necesario que se amplíe el conocimiento con respecto a estas variables y así, se generen investigaciones que las sustenten.

En el presente proyecto de grado se trabajó con adultos mayores autovalentes. Se sugiere que en estudios posteriores, se evalúen gerentes institucionalizados como manera de comparar los resultados y encontrar en qué se asemejan o se diferencian.

Se recomienda estudiar los factores psicosociales que podrían estar influenciando la presencia de dolor en los adultos mayores, para de esta manera corroborar lo que se discutió en la presente investigación con respecto al carácter subjetivo de las dos variables que se estudiaron y dichos factores.

Asimismo, se sugiere que para futuros estudios con referencia a la relación de estas dos variables se construya un marco muestral probabilístico con el objetivo, que los sujetos o en este caso los adultos mayores que pertenecen a grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga, tengan la misma probabilidad de pertenecer a la investigación y que los resultados sean generalizados.

En la línea de lo expuesto en el párrafo anterior, se sugiere que como apoyo al semillero de investigación de la línea de Calidad de Vida en el Adulto Mayor y al proyecto Factores Psicosociales en el Dolor Osteomuscular en Adultos Mayores, un Estudio Transcultural, tomen en cuenta la presente investigación e incluyan la evaluación de dichos factores haciendo uso del Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT.

## Referencias

- Alonso, M., Tirado, S., Van-der, C & Rodríguez, J. (2014). Evaluación de un programa de intervención grupal en dolor crónico y fibromialgia. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1), 42-75.
- Amaya, M. (2013). *Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá-Colombia.
- Barba, A. (2003). Variables psicosociales implicadas en el dolor osteoarticular: cómo pueden modular el efecto analgésico. En C. Muriel (Director). *El manejo de opioides en el dolor osteoarticular*. Ponencia llevada a cabo en la Reunión de Expertos de la Cátedra del Dolor “Fundación Grunenthal”, Salamanca.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barragán, A. (2006). El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares pacientes. *Revista Medigraphic*, 8(2), 109-117.
- Barrios, Z., Castilla, J., Montero, K., & Rodríguez, R. (2011). Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico, en el asilo San Pedro Claver basado en la teoría de Virginia Herdenson. Cartagena 2010. *Ciencia y Salud*, 3(1), 113-122.
- Castel, B., García, F., & Tornero, J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Revista Reumatología Clínica*, 2, 44-49.
- 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. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 14(3), 365-377.
- Connidis, I. & Davies, L. (1990). Confidants and companions in later life: the place of family and friends. *Journal of Gerontology*, 45(4), 141-149.
- Covarrubias, A. (2008). Papel del anestesiólogo en el manejo del dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 31(Suppl. 1), S235-S237.
- De la Fuente, T., Quevedo, E., Jiménez, A. & Zabala, M. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familia*, 12(1), 1-4.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Censo general 2005, población adulta mayor*. Recuperado de [https://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf)

- Departamento Nacional de Planeación. (2014). *DPN definió seis categorías de ciudades colombianas de acuerdo a las edad de sus habitante*. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/Paginas/DNP-defini%C3%B3-seis-categor%C3%ADas-de-ciudades-colombianas-de-acuerdo-a-la-edad-de-sus-habitantes.aspx>
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A. & Molina, J. (2009). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- Escobar, M. A., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 637-651.
- Fernández, A. & Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global*, 19, 1-9.
- Ferrer, P., González, B. & Manassero, M. (1993). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28(29), 91- 101.
- Franco, M., & Seoane, A. (2001). Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 29-38.
- Gallardo, L., Barrón, A., Sánchez, E., & Arias, A. (2014). Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 187-197.
- Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Quinceno, J., Martínez, K., Yépes, M., Echavarría, C.,... Pinera, R. (2006). Rasgos de la personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Terapia psicológica*, 24(1), 23-29.
- Giuntini, P., Faleiros, F., Hortense, P. & Pereira, L. (Octubre, 2001). Medición del dolor en la colpoperinoplastia posterior y Burch. Santana (Presidencia), 5° *Simposio Brasileiro y encuentro internacional sobre el dolor*. Simposio llevado a cabo en SBED, Sao Paulo.
- Gottlieb, B. (1981). Social networks and social support. *Studies in Community Mental Health*, 4, 304-310.
- Guzmán, J. & Huenchuan, S. (Julio, 2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. En Montes de Oca (Presidencia). *Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. Ponencia llevada a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.

- Guzmán, J., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (Diciembre, 2002). *Redes de apoyo social a personas mayores: Marco conceptual*. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores CEPAL, Santiago de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). Metodología de la investigación. *Recolección de los datos cuantitativos*. (pp. 1-599). México: McGraw- Hill.
- Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L., & Montenegro, M. (Ed.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 195-229). Barcelona: Editorial UOC.
- Hombrados, M., García, M. & Martimortugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*, 35(3), 347-370.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variable psicológicas en Pacientes con dolor crónico* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Jewson, N. (1979). The disappearance of the sick man from the medical cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10, 225-244.
- Kreitler, S., Gohar, H., Ezer, T. & Niv, D. (1999). Pain characteristics and their psychosocial and clinical correlates. *The Pain Clinic*, 11(4), 313-327.
- Llorca, G., Muriel, C., González, M. & Díez, M. (2007). Relación entre las características clínicas del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 26-35.
- Lobera, J. & García. (2014). Identidad, significado y medición de las amas de casa. *Cuadernos de psicología*, 16(1), 213-226.
- Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S. & Vinaccia, S. (2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 25-31.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N. Jaramillo, M.,... Aguirre, C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS apoyo social. *Revista Redalyc*. 5(1), 142-150.
- Maestre, C. (2001). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, (6), 40-52.

- Martín, M. (2002). *Elaboración y validación de Cuestionario Multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT. Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico* (Tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana.
- Martín, M., Zaz, J., Grau, I., Montorio, D., & Cesar, 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. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 503-508.
- Mendoza, L. & Caro, E. (1999). ¿Qué son los grupos de autoayuda? En Mendoza, L. & Caro, E. (Ed.), *Manual de grupos de autoayuda* (pp. 7-27). México.
- Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas de Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_en\\_enfermedades\\_reumaticas\\_Accesible.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_enfermedades_reumaticas_Accesible.pdf)
- Miró, J. (2003). El dolor: aspectos conceptuales. En Miró, J. (Ed.), *dolor crónico, Procedimientos de evaluación e intervención psicológica* (pp. 11-187). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Morales, J. & Cote, E. (2010). Características clínicas del dolor en adultos mayores de la Fundación Santa Sofía en Bogotá D.C. *Revista Universidad de Ciencias Aplicada y Ambientales Actualidad & Divulgación Científica*, 13(2), 7-14.
- Moreno, M., Interrial, M., Garza, M. & Hernández, E. (2012). Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 355-362.
- Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*, 47, 170-176.
- Natas, S. (1996). *The Relief of Pain. The Birth and Development of the Journal "Pain" from 1975 to 1985 and It's Place within the Changing Concept of Pain, History of Medicine*. (Disertación doctoral). University College, Reino Unido.
- Noceda, J., Moret, C. & Lauzirika, I. (2006). Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Resultados de un centro rural y otro urbano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(5), 287-293.
- Olivares, M. & Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 321-341.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *La salud mental y los adultos mayores* (N°381). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

- Peña, J., Macías, F. & Morales, F. (2011). Tercera edad y sus cambios. En Peña, J., Macías, F. & Morales, F. (Ed.), *Manual de práctica básica del adulto mayor* (pp. 1-70). México: Manual Moderno.
- Peñaranda, P. (2003). Tres variables psicosociales en el dolor crónico bucofacial. *Acta Odontológica Venezolana*, 41(3), 35-47.
- Pereira, L., & Sousa, F. (2007). Evaluación psicofísica de los descriptores de dolor en el post-operatorio. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(3), 1-6.
- Pinazo, S., Sánchez, M. (2005). Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. *El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores*. España: Pearson Educación.
- Ramírez, C. (2002). Las características personales en la experiencia de dolor y en el proceso de afrontamiento. *Escritos de Psicología*, 6, 40-52.
- Ramírez, C., Esteve, R., López, A. & Anarte, M. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionada con las variables sexo y edad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 562-568.
- Reyes, C., & Rojas, P. (2005). Las estrategias de afrontamiento frente a la percepción de apoyo social: Estudio Descriptivo-Comparativo con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la Región Metropolitana, considerando la variable género *Summa Psicológica*, 1(1), 77-82.
- Ribas, A. (2011). *Ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico* (Tesis de maestría). Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Madrid.
- Riquelme, A. (2012). *Utilidad y características psicométricas de un modelo de autoinforme para la evaluación del apoyo social percibido*. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia, España.
- Riquelme, A. (2012). *Utilidad y características psicométricas de un modelo de autoinforme para la evaluación del apoyo social percibido*. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia, España.
- Riquelme, A., Martín, M., Carrillo, M. & López, A. (2010). Apoyo social en ancianos. En A. Riquelme., J. Ortigosa. & M. Martín. (Ed.), *Manual de Psicogerontología* (pp-145-164). Murcia: Ediciones Académicas.
- Robaina, C., León, I. & Sevilla, D. (2000). Epidemiología de los trastornos osteomioarticulares en el ambiente laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 531-539.

- Robaina, C., & Sevilla, D. (2003). Epidemiología de las enfermedades relacionadas con la ocupación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(4). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_4\\_03/mgi10403.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_4_03/mgi10403.htm).
- Robles, L., Rizo, G., Camarena, L., Cervantes, L., Gómez, M., & Siordia, M. (2000). Redes y apoyo social en acianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cuadernos de Salud Pública*, 16(2), 557-560.
- Roca, M. (2013). Factores psicológicos y sociales presentes en la salud humana. En Roca, M. (Ed.), *Psicología clínica de la salud. Una mirada desde la salud humana* (pp. 175-182). La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez, S. & Enrique, H. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate*, 7, 155-168.
- Rodríguez, M., Esteve, R., & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Rodríguez, J., Pastor, M. & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedades. *Revista Psicothema*, (5), 349-372.
- Salinas, R., Manrique, B., & Téllez, M. (Septiembre, 2008). En Salinas, R (Coordinador), *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades*. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población ALAP, Córdoba-Argentina.
- Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Revista Trabajo Social*, (2), 159-174.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *Gerontologist*, 19(2), 169-174.
- Timoneda, F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Revista Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, 49-55.
- Toomey, T., Gover, V. & Jones, B. (1983). Spatial distribution of pain: a descriptive characteristics of chronic pain. *Pain*, 17, 289-300.
- Torregosa, S., & Buguedo, G. (1994). Medición del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 15, 155-158.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.

Vega, O. & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de enfermedad crónica. *Revista Enfermería Global*, (13), 1-11. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision2.pdf>

Wilson, K. (2002). Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En Prithvi, R. (Ed.), *Tratamiento práctico del dolor* (pp. 332-346). Madrid: Harcourt.

**Anexos**

## Anexo 1. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

Acepto por medio de la presente la participación en la aplicación de instrumentos del proyecto de investigación relacionado con el dolor osteomuscular y apoyo social en ancianos, desarrollado por la psicóloga en formación Leidy Johanna Plata Osma, bajo la supervisión de la psicóloga y docente Ara Mercedes Cerquera de la Universidad Pontificia Bolivariana. Acepto que la información que se recoja podrá ser usada con fines académicos, guardando reserva absoluta de los datos confidenciales de identificación.

Reconozco que tengo derecho a solicitar información sobre los resultados de los procedimientos aplicados. Tengo claro que me puedo retirar en el momento que lo desee (para el caso que puedo dejar de contestar). Después de haber leído toda la información contenida en este documento y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que he acepto participar en esta investigación.

---

Firma del participante

---

Firma de la psicóloga en formación

---

Firma supervisora

Anexo 2. Versión abreviada del Cuestionario del Dolor de McGill (MPQ)

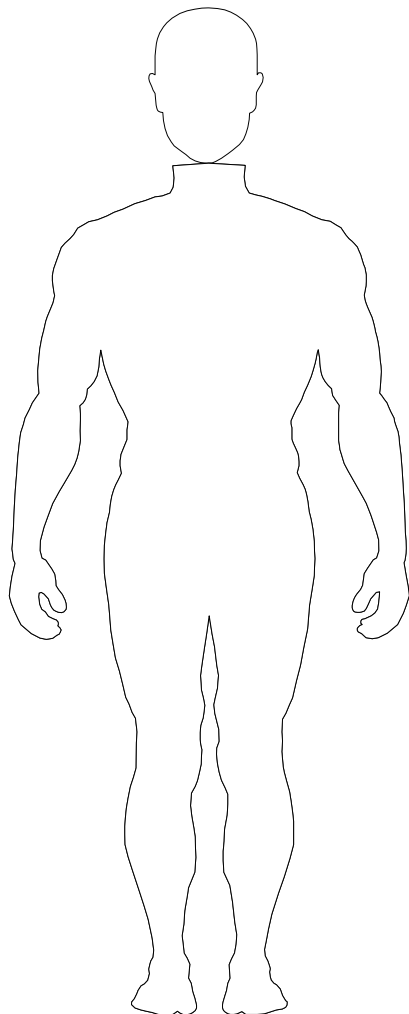
**CUESTIONARIO DE DOLOR**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **HC:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN LA LÍNEA CONTIGUA A LA PALABRA DE CADA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU DOLOR. SI EN ALGUNA CASILLA NO ENCUENTRA UNA PALABRA QUE SIRVA PARA DESCRIBIR SU DOLOR, DEJELA EN BLANCO.**

<p>1. COMO PULSACIONES _____ COMO UNA SACUDADIDA _____ COMO UN LATIGAZO _____</p>	<p>8. TEMIBLE _____ ESPANTOSO _____ HORRIBLE _____</p>
<p>2. CALIENTE _____ ARDIENTE _____ FRIO _____</p>	<p>9. QUE MAREA _____ SOFOCANTE _____</p>
<p>3. COMO UN PELLIZCO _____ OPRESIVO _____ RETORTIJON _____ ESPASMO _____ ENTUMECIMIENTO _____ AGARROTAMIENTO _____ CALAMBRE _____</p>	<p>10. MORTIFICANTE _____ QUE ATORMENTA _____ VIOLENTO _____</p>
<p>4. PUNZANTE _____ AGUDO _____</p>	<p>11. INCAPACITANTE _____ AGOTADOR _____</p>

PINCHAZO_____ PENETRANTE_____	EXTENUANTE_____
5. TIRANTE_____ COMO UN DESGARRO_____ PESADO_____ TENSO_____	12. QUE IRRITA_____ INCOMODO_____ QUE CONSUME_____
6. INTERNO_____ SUPERFICIAL_____ PROFUNDO_____ DIFUSO_____ FIJO_____ QUE SE IRRADIA_____	13. DEPRIMIENTE_____ DESESPE4RANTE_____ QUE ANGUSTIA_____ AGOBIANTE_____ QUE OBSESIONA_____



MARQUE CON UNA CRUZ (X) LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE SU DOLOR

0 SIN DOLOR \_\_\_\_\_

1 LEVE \_\_\_\_\_

2 MOLESTO \_\_\_\_\_

3 FUERTE \_\_\_\_\_

4 INTENSO \_\_\_\_\_

5 INSOPORTABLE \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA CRUZ (X) SOBRE LA RAYA INDICANDO CUANTO DOLOR TIENE ACTUALMENTE

SIN DOLOR \_\_\_\_\_ DOLOR INSOPORTABLE

Anexo 3. Cuestionario de Apoyo Social de Riquelme

**CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL**

Diga en qué medida estas personas le hacen sentirse querido, amado, valorado, respetado, etc.

0 Nada/ 1 Un poco/ 2 Moderadamente/ 3 Mucho/ 4 totalmente

Personas	Nivel de apoyo	No procede
Pareja	0 1 2 3 4	
Familiares	0 1 2 3 4	
Amigos	0 1 2 3 4	
Compañeros	0 1 2 3 4	
Vecinos	0 1 2 3 4	
Otras, ¿cuáles?	0 1 2 3 4	
En general, cómo se siente de satisfecho con el apoyo emocional que tiene	0 1 2 3 4	

Diga en qué medida cree que podría obtener ayuda práctica de estas personas (económica o de otro tipo) en caso de que lo necesitara:

0 Nada/ 1 Un poco/ 2 Moderadamente/ 3 Mucho/ 4 totalmente

Personas	Nivel de apoyo	No procede
Pareja	0 1 2 3 4	
Familiares	0 1 2 3 4	
Amigos	0 1 2 3 4	
Compañeros	0 1 2 3 4	
Vecinos	0 1 2 3 4	
Otras, ¿cuáles?	0 1 2 3 4	
En general, cómo se siente de satisfecho con el apoyo	0 1 2 3 4	

práctico que tiene		
--------------------	--	--