

Caracterización del dolor y las emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular

Characterization of pain and emotional states in community Cuban older adults with osteoarticular pains

MSc. Raquel Pérez Díaz,^ILic. Dayana Iglesias Figueroa,^{II}Dra. C. Ara Mercedes Cerqueria,^{III}Dra. C. Marta Martín Carbonell,^{IV} Dra. C. Antonio Riquelme Marín,^V

^I Licenciada en Psicología. Profesor e investigador auxiliar. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

^{II} Licenciada en Psicología. Centro de Salud Mental, Boyeros.

^{III} Doctora en ciencias. Universidad Pontificia Bolivariana de Colombia.

^{IV} Licenciada en Psicología. Doctora en ciencias de la salud. Profesor e investigador. Universidad de Santa Marta. Colombia.

^V VI Licenciado en psicología. Doctor en ciencias. Profesor e investigador. Universidad de Murcia, España.

RESUMEN

Introducción: el dolor y su relación con los estados emocionales ha sido reconocido en el mundo científico, aunque hay carencia de estudios cualitativos en los ancianos latinoamericanos desde sus vivencias.

Objetivo: caracterizar el dolor y los estados de ansiedad y depresión en mayores con dolor osteoarticular y, en específico, identificar las características clínicas del dolor osteoarticular, evaluar los estados de ansiedad y depresión y describir desde las vivencias los estados emocionales.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mixto, en 55 ancianos del Policlínico "René Bedia", La Habana, de uno y otro sexo, voluntarios, con dolor osteoarticular crónico y en el mes de investigados, seleccionados de manera intencional, Se les aplicó: Cuestionario Multidimensional para la Evaluación Psicológica del Dolor, versión del Cuestionario de Dolor de McGill, IDARE Estado, IDERE Estado y entrevista semi-estructurada elaborada para estos fines. Se realizó la estadística descriptiva, se crearon categorías de contenidos para el análisis cualitativo.

Resultados: Las características del dolor osteoarticular fueron: frecuencia de casi todos los días y algunas veces al mes, intensidad fuerte, molesto, en zonas extendidas del cuerpo y niveles altos de ansiedad y depresión, con predominio de esta última. En el momento del dolor, los ancianos refirieron sentir: limitaciones por el mismo, síntomas de ansiedad y depresión, tales como: taquicardia, tensión, alteración, sentimientos de tristeza, llanto, cansancio y falta de deseos para hacer las cosas.

Conclusiones: Se pudo caracterizar el dolor y los estados emocionales de los ancianos con dolor osteoarticular desde sus vivencias, lo que posibilitó un mejor abordaje psicoterapéutico de los mismos.

Palabras clave: Estados emocionales, ansiedad, depresión, vivencias, persona mayor, dolor osteoarticular.

ABSTRACT

Introduction: Pain and its relation to anxiety states have been recognized in the scientific world, although qualitative studies in Latin American older adults taking into account their experiences are limited.

Objective: Characterize pain and anxiety and depression states in older adults with Osteoarticular pain, and specifically to identify the clinical characteristics of Osteoarticular pain; assess the anxiety and depression states, and describe emotional states from their experiences.

Method: Mixed cross-sectional descriptive study in 55 older adults from René Bedia polyclinic, in Havana, both sex, volunteers, with chronic Osteoarticular pain during the month of research, who were selected intentionally. They were applied: Multidimensional Questionnaire for the Psychological Assessment of Pain, a version of McGill Questionnaire on pain, IDARE State, IDERE State and a semi-structured interview devised for these purposes. Descriptive statistics was used, and content categories were created for the quantitative analysis.

Results: The characteristics of the Osteoarticular pain were: almost daily frequency, and sometimes a month, severe intensity, uncomfortable, in several parts of the body, and high levels of anxiety and depression, being the latter predominant. When they had pain, older adults felt: limitations due to pain, anxiety and depression symptoms such as tachycardia, tension, mood alteration, feelings of sorrow, crying, tiredness, and lack of desire to do things.

Conclusions: Pain and emotional states in older adults with Osteoarticular pain, taking into account their experiences could be characterized. This contributes to a better psychotherapeutic approach of them.

Keywords: Emotional states, anxiety, depression, experiences, older adults, Osteoarticular pain.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for Study of Pain -IASP*) define el dolor como: "Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma" ¹ destacando el carácter complejo y subjetivo de la experiencia de dolor, así como su vinculación con las emociones negativas.

El dolor persistente, crónico, es uno de los problemas más frecuentes en la tercera edad y de los más temidos por los ancianos. Entre el 50 y 80% de las personas mayores presentan dolor crónico, el 30 y 45% dolor de moderado a severo, siendo la causa más común el dolor osteoarticular. ² El 40% de las personas de 60 años padecen de artralgias (el 50 y 80% de estos tienen osteoartrosis y el 20% son discapacitados por esta causa). ³

Cuba, con una población de 11 238 661, habitantes (hombres 5 600 904 y mujeres 5 637 757), muestra cifras demográficas que la hacen comparables con los países del primer mundo en materia de envejecimiento. De este modo, el índice de envejecimiento actual de los cubanos es de 19,4, con una esperanza de vida al nacer de 78,45 años (80,45 años para ancianos del sexo femenino y 76,50 años en el caso de los masculinos). Junto a esta realidad se añade la presencia de un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, que ocupan el 82,2% del total de estas en los mayores, siendo, dentro de las más mórbidas, la osteoartrosis y la artrosis (acompañadas de dolor), con un 36,3 % (43,1% en las mujeres y 28,7% para los hombres) ⁴ Dentro de las causas de mortalidad en los mayores, con especial incremento a partir de 80 años y más, están los accidentes y dentro de ellos las caídas por trastornos en el aparato osteoarticular, ⁵ lo que demanda la necesidad de desarrollar políticas sociales y de salud encaminadas a favorecer el bienestar de la población y el envejecimiento activo.

Se ha destacado el carácter atípico y las particularidades de los estados emocionales de ansiedad y depresión en los ancianos y sus dificultades para el diagnóstico⁶⁻¹² así como la asociación de los mismos con el dolor, en especial el dolor crónico y osteoarticular aunque aún los intervinclulos entre los mismos no son del todo concluyentes.¹³⁻¹⁶ Si bien son los ancianos los que más padecen de dolor crónico osteoarticular, este es visto por los especialistas, como un síntoma propio del envejecimiento en las personas mayores,¹⁵⁻¹⁷ requiriendo una atención más tardía y compleja que incrementa los costos de salud.^{16,18}

Las tendencias actuales de la psicología latinoamericana, en torno a los estudios del dolor, se centran en el predominio de investigaciones con un enfoque cuantitativo, cognitivo-conductual en torno a la intervención y evaluación, predominio de la investigación académica y de los estudios descriptivos, principalmente en las personas mayores.¹⁹ De este modo, se hacen necesarias investigaciones que tengan en consideración las particularidades del dolor en la persona mayor, desde sus vivencias con un enfoque cuanti-cualitativo para adentrarnos en el mundo interior del anciano que sufre de dolor osteoarticular, así como caracterizar sus estados emocionales a fin de poder diseñar estrategias psicológicas que posibiliten su intervención.

El propósito de este trabajo es caracterizar las particularidades clínicas del dolor y los estados de ansiedad y depresión en adultos mayores con dolor osteoarticular. En este sentido se pretende identificar las características clínicas del dolor osteoarticular en la muestra investigada, evaluar estados de ansiedad y depresión en los ancianos con dolor osteoarticular y describir, desde las vivencias, los estados de ansiedad y depresión en las personas mayores con dolor osteoarticular de la muestra.

SUJETOS Y MÉTODO

Se presenta un estudio descriptivo, transversal, cuanti-cualitativo, triangulando desde las técnicas y su análisis.

El universo estuvo constituido por todas las personas mayores pertenecientes al Policlínico "René Bedia", Santiago de las Vegas, Boyeros, La Habana, Cuba, que acudieron a la consulta de ortopedia de dicho centro desde diciembre 2014-marzo 2015 del que se extrajo una muestra de 55 mayores que cumplieron los criterios de inclusión: personas de 60 o más años, de uno y otro sexo, que asistieron a dicha consulta, que refirieron padecer de dolor osteoarticular crónico (recurrente o estable) al menos desde hace 6 meses a un año, así como haber padecido dolor en el mes en que se realizó el estudio, capacidad de responder a los cuestionarios y que desearan participar voluntariamente en la investigación. Se excluyeron: los pacientes con demencia (valores normativos para el test de Minimental) 20 o aquellos con otras enfermedades psiquiátricas graves, tales como: trastornos psicóticos, retraso mental u otras discapacidades mentales que invalidaran la colaboración con las técnicas que fueron aplicadas (diagnosticados por el psicólogo del área de salud).

La muestra quedó constituida de la manera siguiente: 33 mujeres (65.71%) y 22 hombres (34.28%), de 60-69 años (28.57%), 70-79 años (68.57%) y 80 años y más (2.86%). En la tabla a.1 se presentan las variables de estudio.

| Variables | Escala | Descripción |
|---|---|---|
| Estado emocional de ansiedad | -Bajo -Medio -Alto | IDARE –Estado -Bajo (<30) -Medio (30-44) -Alto (³ 45) |
| Estado emocional de depresión | -Bajo -Medio -Alto | IDERE-Estado Bajo (< o = 34) Medio (35 – 42) Alto (³ 43) |
| Vivencias de los estados emocionales y el dolor | 1-Síntomas de ansiedad 2-Síntomas de depresión 3-Limitación por el dolor de las actividades de la vida diaria | Categorías de contenido Expresión subjetiva de los estados emocionales de ansiedad y depresión que refieren los pacientes con dolor osteoarticular |
| Características clínicas del dolor osteoarticular | 1- <i>Frecuencia</i> 2- <i>Intensidad</i> 3- <i>Localización</i> | GEMAT -casi nunca -algunas veces al mes casi todos los días constantemente GEMAT -sin dolor -dolor leve -dolor moderado -dolor fuerte -dolor intenso, -dolor insoportable (MPQ) (cabeza, brazos, piernas, tronco) |

Instrumentos

1-Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT : Es una metodología para optimizar la asistencia psicológica y el trabajo en equipos multidisciplinarios pues, permite, de manera rápida y sencilla, evaluar aspectos psicosociales relevantes para el diagnóstico integral del dolor, así como los cambios que se producen como resultado de los tratamientos, existiendo versiones del mismo. Consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 11 criterios que brindan información sobre los principales problemas y las "áreas conservadas" de los pacientes con dolor crónico.²¹ En la presente investigación fue aplicado de forma individual, heteroaplicado y su calificación se hizo cualitativamente, empleándose algunos de sus ítems.(anexo 1).

2-Versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ): El más conocido de los procedimientos que intenta una estimación cuantitativa del dolor es el Cuestionario de Dolor de McGill (McGillPainQuestionnaire o MPQ) elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill, Montreal en 1971. En castellano existen varias adaptaciones, para el presente estudio se utilizó la realizada por el doctor Ricardo Ruiz y la Lic. Marta Pagerolls en la Clínica del Dolor de Barcelona en el año 1992, que fue validada para población cubana en el 2008.²² Consta de 33 descriptores que valoran la dimensión sensorial del dolor: escala sensorial y la escala afectiva, la estabilidad percibida del dolor, la Escala Análogo Visual para medir la intensidad del dolor y una Escala de Rangos de 5 puntos, también contiene las siluetas para que el enfermo sombre los sitios donde tiene dolor. Para la presente investigación fueron empleados los ítems que miden intensidad y localización del dolor, de forma individual y heteroaplicada (parte del ítem 1 y el ítem 2). Anexo 1

3-IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado): técnica construida por Spielberger, Goursuch y Lushene en 1970 con el propósito de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones de la ansiedad como rasgo y estado. La misma fue validada en la población cubana por Jorge A. Grau y Marta Martín en 1982. Consta de 44 ítems, de preguntas cerradas y clasifica la ansiedad en: alta, media y baja. Se utilizó la escala estado de manera individual y autoaplicada.²¹

4-IDERE (Inventario de Depresión Rasgo-Estado): técnica validada por autores cubanos con el fin de disponer de una escala relativamente breve y confiable para medir dos dimensiones de la depresión: como rasgo y estado. Está constituida por 40 ítems de preguntas cerradas y clasifica la ansiedad en: alta, media y baja. Se utilizó de manera individual y autoaplicada la escala estado. Se ha llevado a cabo la validación del mismo en adultos mayores.²²⁻²⁴

5-Entrevista Semi-estructurada cuyo objetivo estuvo encaminado hacia la obtención de información sobre: datos generales, las vivencias y estados emocionales (ansiedad y depresión) en relación al dolor crónico que presentaron los sujetos. Dicha entrevista semi-estructurada estuvo constituida también por los ítems 4 y 6 del instrumento GEMAT. Anexo 1

Procedimiento

Se solicitó, inicialmente, de manera formal y escrita, el consentimiento a la institución, Policlínico "René Bedia", Santiago de las Vegas, municipio Boyeros Seguido a ello, se acudió a la consulta de ortopedia (la cual tiene lugar los miércoles de cada semana), cumpliéndose los criterios de selección para la toma de la muestra. Una vez que el especialista en ortopedia realizó la evaluación, fueron aplicadas las pruebas a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección intencionales, aclarándoles los objetivos de la investigación, y respetando la integridad en consonancia a los principios éticos y científicos. Las vivencias expresadas por los sujetos acerca de su dolor fueron grabadas en formato mp3, con previo consentimiento de los ancianos. La aplicación fue realizada en la consulta de psicología de la organización, durante los miércoles correspondientes a los meses de diciembre 2014- marzo 2015, alrededor de las 9:00 a.m. generalmente, cumpliendo adecuadas condiciones organizacionales para su desarrollo de forma individual y heteroaplicada.

A todas las personas se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento de manera oral, garantizando el compromiso del equipo investigador de custodiar y respetar la privacidad y confidencialidad de la información aportada, así como dejando claro que les era posible abandonar el estudio en el momento que lo consideraran oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin consecuencias de ningún tipo.

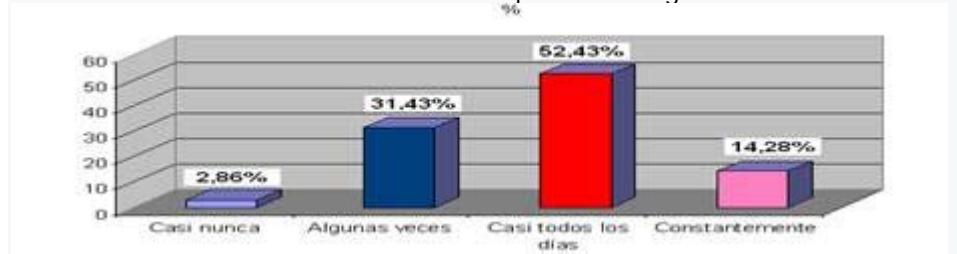
Los datos obtenidos se procesaron de forma cuanti-cualitativa, realizando así una triangulación de los resultados a partir de la confección de una base de datos en Microsoft Excel con análisis de frecuencias absolutas y porcentajes para los objetivos 1 y 2 del estudio. Se crearon además, categorías de contenido a partir del análisis cualitativo de las respuestas emitidas por los adultos mayores de la investigación para dar salida al objetivo 3.

RESULTADOS

En la identificación de las características del dolor osteoarticular en la muestra investigada, se tuvieron en cuenta los criterios de frecuencia, intensidad y localización.

En relación con la frecuencia del dolor, más de la mitad de los adultos mayores refirieron sentir dolor casi todos los días (52,43%), así como algunas veces al mes y constantemente (31,43% y 14,26% respectivamente).

Gráfico 1 Distribución de pacientes según la frecuencia de dolor



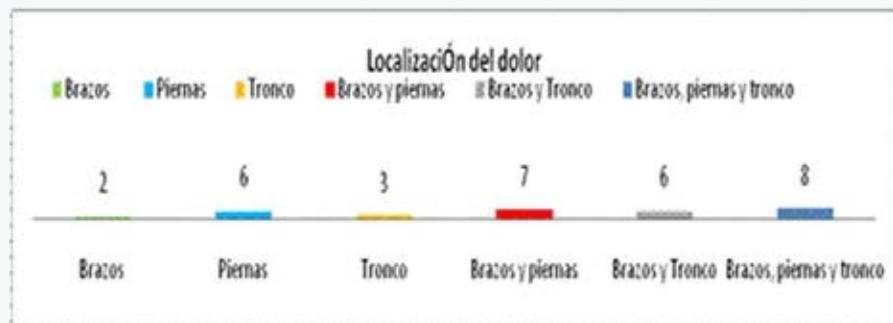
De acuerdo con la intensidad del dolor por categorías predominó el dolor moderado, seguido de fuerte y en menor medida leve (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de pacientes según la intensidad del dolor.



Las áreas más señaladas por los ancianos para describir la localización *del dolor* fueron brazos, piernas y tronco; brazos y piernas; brazos y tronco; así como piernas como única opción, ya que la mayoría de la muestra seleccionó varias zonas con dolor, mostrándose una tendencia a la generalización de este.(gráfico 3)

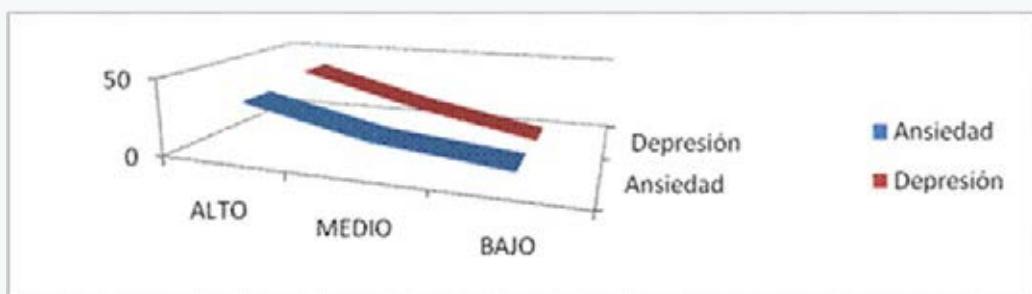
Gráfico 3. Distribución de los pacientes según la localización del dolor.



En general, las características clínicas del dolor osteoarticular que presentó la muestra fueron: dolor que se presenta casi todos los días y algunas veces al mes; de intensidad fuerte y molesto; localizado en zonas extendidas en el cuerpo.

Con el fin de evaluar los estados de ansiedad y depresión en las personas mayores con dolor osteoarticular se presentan los resultados, obtenidos en el, IDARE-E e IDERE-E encontrándose niveles de ansiedad y depresión estados altos seguidos de medios (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de pacientes según estados emocionales de ansiedad y depresión



Se establecieron categorías de contenido para describir desde las vivencias en adultos mayores con dolor, los estados de ansiedad y depresión de los mismos.

Los síntomas de ansiedad que establecieron relación con el dolor fueron fundamentalmente: la taquicardia y sentirse tenso y alterado, en el momento en que la persona tenía el dolor y en menor medida después del dolor (compartido con otro grupo de ancianos que los presentan antes de que aparezcan los dolores) para los síntomas: pienso que algo malo me va a suceder, sentir miedo por cualquier cosa, tener salto en el estómago y sentirse tenso y alterado.

Los síntomas depresivos que se relacionaron más con el dolor fueron: tristeza, cansancio y llanto. En los ancianos sentirse triste y llorar son síntomas que indistintamente aparecen, tanto en el momento de presentar el dolor como antes de tener los dolores.

Se establecieron categorías de contenido para las respuestas cualitativas expresadas por los sujetos de la muestra.

Categorías definidas:

1-Conductas y síntomas predominantemente ansiosos y depresivos

-Síntomas de ansiedad: síntomas predominantemente ansiosos.

Síntomas depresivos: síntomas predominantemente depresivos.

2-Valoraciones o creencias acerca de la enfermedad y el dolor: opiniones deformadas o falsos pensamientos que afectan el bienestar emocional de los ancianos.

-Creencias catastróficas acerca del dolor: tendencia a ver la realidad sin solución, ni salida.

-Creencia: el dolor es parte del envejecimiento: comentarios que hace al anciano acerca de que el dolor es una característica normal de esta etapa del desarrollo, considerándolo una carga que tiene que sufrir.

- Limitación por el dolor: relativo a las limitaciones en las actividades de la vida diaria que producen emociones negativas de ansiedad y depresión en los sujetos que padecen dolor osteoarticular. Se entiende por actividades de la vida diaria como: " la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana".²⁷
- Limitación en las actividades básicas de la vida diaria: "Conjunto de actividades primarias de la persona encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Incluyen aspectos tales como el comer, arreglarse, vestirse, bañarse, etc. (en cuanto al autocuidado), así como el traslado de un sitio a otro, la deambulación, salir de casa (movilidad)".²⁷
- Limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria: "Son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello, pueden utilizarse para la detección precoz del deterioro cognitivo: cocinar, limpiar, usar los transportes públicos, manejar dinero, entre otras".²⁷

Algunos de estos ejemplos pueden encontrarse en el anexo 2.

DISCUSIÓN

La alta frecuencia e intensidad del dolor ha sido reportada por instituciones de reconocido renombre en el ámbito científico, como propia de los pacientes con dolor osteoarticular, entre estas se encuentran la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP)¹ y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).²⁸ y otros investigadores^{2-5,13,14,28,29,31}

Es bueno señalar que la muestra estuvo constituida fundamentalmente por personas que padecían de osteoartrosis o artrosis (97,14%) y solo una persona reportó padecer osteoporosis, siendo estas patologías consideradas como las de mayor relación al dolor.

Según el estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas (SABE)³¹, la artrosis y los padecimientos ligados a esta enfermedad también se encuentran entre las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en personas de edad avanzada en nuestra región, más propenso en las mujeres, donde el síntoma de mayor impacto era el dolor, el cual, de acuerdo con la frecuencia, limitaba la vida funcional de estos mayores. Se ha señalado que, en el dolor crónico y, en particular, en el dolor osteoarticular los ancianos reportan una alta incidencia de molestias, siendo esto característico de sus manifestaciones clínicas, tales como: la rigidez, tensión muscular, calambres, inflamaciones, entre otras, que influyen en las particularidades de la percepción del dolor como muy molesto o fuerte, resultados que concuerdan con los de la presente investigación.^{15,28,29}

En relación con la localización del dolor se ha encontrado la presencia de varias áreas asociadas con el mismo resultado que concuerda con los investigadores.

Martín¹⁴ en su tesis doctoral, acerca de la evaluación psicológica del dolor crónico, menciona que las zonas de más alta prevalencia seleccionadas por los sujetos de la muestra fueron las típicas del dolor reumático. Si bien varias zonas fueron seleccionadas por un mismo sujeto para identificar el dolor, se muestra con ello una generalización de este, lo cual concuerda con los investigadores^{18,27-31}

En la tesis de Hernández Pupo acerca de la adaptación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta para el tratamiento de ancianos cubanos, se reportó una alta prevalencia del dolor osteoarticular, el cual se expandió a varias zonas del cuerpo tal como se ha encontrado en el presente trabajo, lo cual muestra la llamada generalización del dolor, característica importante del síntoma en las etapas avanzadas de la vida.³⁰

En el estudio que se presenta la mayoría de los ancianos con dolor osteoarticular reportó niveles altos de ansiedad y depresión estado. Este resultado es compatible con lo encontrado por otros investigadores acerca de los estudios del dolor y, en especial, el dolor osteoarticular.^{8-16,18,19,30}

El Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) sobre la depresión en el anciano señala que existe una frecuente comorbilidad entre el dolor y la depresión en el adulto mayor, debido a la presencia de una disfunción compartida entre las vías nerviosas de transmisión del dolor y las zonas emocionales en ambos procesos.³²

Sin embargo, los intervínculos entre dolor y depresión no están claros. Dada la insuficiencia de estudios longitudinales, hay debate con respecto a la relación temporal entre el debut de la depresión y el dolor, además de las relaciones causa-efecto.¹⁸ Se han propuesto tres hipótesis: a) la depresión es primaria con respecto al dolor (causa), b) la depresión es secundaria al dolor (consecuencia) y c) ambas aparecen simultáneamente. La primera hipótesis se sustenta en estudios de laboratorio que demuestran que los pacientes que tienen niveles altos de depresión incrementan la focalización de su atención en las sensaciones corporales y reportan mayores índices de dolor y malestar que aquellos no deprimidos. También se ha hallado que la inducción de estados de ánimo depresivos disminuye la tolerancia al dolor experimentalmente. La segunda hipótesis considera que la depresión es una reacción psicológica al dolor crónico, siendo explicada desde el modelo cognitivo-conductual, al considerarse que las distorsiones cognitivas son las que modulan la relación dolor-depresión. La tercera hipótesis se basa en el planteamiento de que ambos fenómenos son independientes, pero que en ellos intervienen una serie de procesos psicológicos y biológicos que son activados en respuesta a algunos estresores precipitantes tales como: la falta de habilidad para modular o expresar emociones intensas o inaceptables, en los pacientes con dolor crónico que manifiestan una fuerte convicción de enfermedad (a pesar de haber recibido explicaciones razonables acerca de la naturaleza de su trastorno y del tratamiento a seguir), así como desde el punto de vista biológico por determinados neurotransmisores y disfunciones en el sistema opioide. ¹⁴

En cuanto a la ansiedad, existe controversia respecto a si aumenta o no el dolor. Una teoría defiende que a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido. Otros autores plantean que la ansiedad reduce el dolor y activa al organismo, en contraposición con el dolor, que lo desactiva. ¹⁴

Los vínculos entre estrés, los estados emocionales negativos y el dolor son altamente complejos, por lo que se está muy lejos de comprenderlos a plenitud, ya que en ellos intervienen múltiples variables que apenas comienzan a investigarse. Lo que es posible afirmar es que el tratamiento de muchos de los tipos de dolor crónico pasa por la identificación y corrección de los estados emocionales negativos a los que están asociados.

En relación a las vivencias reportadas, por los sujetos del estudio, es importante señalar que los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas, particularmente las osteoarticulares, pueden presentar de manera frecuente vivencias de emociones negativas, en las que sobresalen la depresión y la ansiedad en relación al dolor, como también el estrés y la ira. ¹⁸

Entre los síntomas de ansiedad reportados en adultos mayores están: síntomas la alteración, la irritabilidad, manifestaciones parasimpáticas como el salto de estómago, las sudoraciones, las taquicardias, tensión, alteración, entre otras, que se han encontrado en el trabajo presente.

Molina, Figueroa y Uribe en el 2013, ¹³ reportaron que muchas personas mayores habían considerado que el dolor es una condición inherente al envejecimiento, más que la consecuencia de enfermedades, oscilando los valores de prevalencia entre 22-88% de su padecimiento, y un gran número de ancianos no recibían el tratamiento adecuado a pesar de sentir dolor entre moderado y severo, siendo el síntoma subvalorado tanto por familiares del paciente, como por el personal médico que asistió a los mismos, tal como se encontró en el trabajo que se presenta. En un estudio cualitativo en adultos mayores con fibromialgia, a través de grupos focales, en relación con la percepción sobre su enfermedad y el sistema de salud con el objetivo de conocer la experiencia y vivencia de personas con fibromialgia y sus expectativas sobre el sistema sanitario y sus profesionales, se encontró que: "los sujetos refirieron una vivencia difícil en relación con la fibromialgia, con una sintomatología que puede ser incapacitante para las actividades cotidianas. Los análisis de categorías de contenido mostraron que, hasta que reciben el diagnóstico perciben incomprendimiento y soledad. Desarrollan distintas estrategias de afrontamiento, como buscar información o asociarse. Esperan del sistema sanitario atención y diagnósticos ágiles, acceso a consultas, pruebas que necesiten y terapias beneficiosas o impulso a la investigación. Quieren profesionales con formación para abordar la fibromialgia, una actitud proactiva, interés, empatía e información. La metodología cualitativa fue idónea para profundizar en la experiencia de los pacientes". ³³

Un estudio meta analítico realizado en Cochrane en el año 2013, con el objetivo de conocer la utilidad de los servicios de salud, realizaron la revisión de 20 estudios, solo de corte cualitativo, estos denotaron que en la atención primaria lo verdaderamente importante además de la atención médica de la salud era la comunicación con el paciente para realizar intervenciones encaminadas a modificar las actitudes salutogénicas, reconociendo la importancia del componente subjetivo de las enfermedades, donde síntomas como el dolor se presenciaban.34

Martín en el año 2014 realizó una revisión sistemática acerca de la investigación en Psicología del Dolor en América Latina con el objetivo de identificar los trabajos enfocados al estudio de los factores psicosociales en el dolor en poblaciones latinoamericanas, caracterizar las principales líneas de investigación y sus resultados, así como identificar los equipos que están trabajando en estas temáticas, encontrando que: "de los estudios sobre dolor y de las bibliografías disponibles, hay un gran porcentaje sobre el tema, pero generalmente con un enfoque cuantitativo, lo cual también sucede para los estudios del dolor en relación con los estados emocionales desde las vivencias; estudios triangulados desde un enfoque cuanti-cualitativo no hay suficientes, sobre todo desde las vivencias de los adultos mayores, en especial con dolor osteoarticular, y solo un 20% de los estudios realizados son de corte cualitativo, siendo un 80% cuantitativos." ¹⁹ De modo general se encontró que: las características clínicas del dolor osteoarticular que presentó la muestra fueron: dolor que se presenta casi todos los días y algunas veces al mes; de intensidad fuerte y molesto; localizado en zonas extendidas en el cuerpo. La muestra presentó niveles altos de ansiedad y depresión con predominio de esta última. En el momento del dolor los ancianos refirieron sentir limitaciones por el dolor en las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y síntomas de ansiedad tales como: taquicardia, tensión, alteración y sentimientos de miedo y temor a la discapacidad, angustia ante la posibilidad de verse desvalidos y dificultades para mantenerse concentrados y felices, afectando su bienestar, matizado por las vivencias de la propia percepción de la enfermedad.

La investigación conduce a una reflexión obligada acerca de lo ya expuesto por otros estudiosos del tema del dolor: en primer lugar destaca la complejidad vivencial del anciano, la necesidad de ir a la búsqueda de explicaciones científicas acerca de los intervínculos del dolor con los estados emocionales de ansiedad y depresión, así como la relevancia que tiene la realización de estudios transculturales que posibiliten la elaboración acertada de programas para la intervención desde y para las personas mayores a fin de mejorar el bienestar y la vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- IASP: Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979; 6: 249-52.
- 2-Molina J, Figueroa J, Uribe A F. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica* 2012; 12 (1): 55-62
- 3-Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulo 13.Dolor. 2013. [citado septiembre de 2016]. URL disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
- 4-Oficina Nacional de Estadística. Proyecciones Cuba 2015-2050. La Habana, 2015.[citado septiembre de 2016]. URL disponible en: <http://www.one.cu/proyecciones%20de%20la%20poblacion%202015%202050.htm>
- 5-Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana. 2015
- 6-Blazer D, Williams C. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly sample. *American Journal of Psychiatry* 2008; 137: 439-44.
- 7-Pérez Díaz R. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. *Geroinfo*. 2006; Abril-Julio; 1(2). [citado septiembre 2016]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/trastornos_afectivos_final.pdf
- 8-Pérez DR, Martín CM, Riquelme MA. Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. 2013; Abril; 1(1). [citado 15 sept 2016]; URL disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph08113.html>
- 9-Riquelme M, Martín M, Ortigosa J, Lechuga M. **Depresión y envejecimiento:** algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2008; 18(1): 76-80. [Citado 15 Jul 2016]; URL disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=1996&clave_busqueda=18

- 10-Pérez Díaz R, Matos P R, Méndez AT. Ansiedad y depresión en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve: un acercamiento desde sus vivencias. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 2013; diciembre 10(3). [citado 15 Jul 2016]. URL disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2002313.html>
- 11-Pérez Díaz R. Capítulo 16. La ansiedad y sus trastornos en el adulto mayor. En: Riquelme A, Ortigosa JM, Carbonell MM coords. Manual de Psicogerontología. Madrid: Académicas; 2010; p.355-73.
- 12-Pérez Díaz R. Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico. GEROINFO 2009; 4(1).[Citado 15 Jul 2016]. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
- 13-Martín CM, Grau JA, García JC. Aspectos psicológicos en el dolor. En: García M y Díaz J eds. Psicología y práctica profesional de la enfermería. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011; p. 353-88.
- 14-Martín CM. La evaluación psicológica del dolor crónico: estrategias para nuestro medio. [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular; 2002.
- 15-Molina J, Uribe A F y Figueroa J. Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. Pensamiento Psicológico 2013; 11(1): 43-53.
- 16-Uribe AF, Buela-Casal G. Depresión, deterioro cognitivo y calidad de vida, adultos mayores. [Tesis doctoral en Psicología Clínica y de la Salud]. Universidad de Granada; 2009.
- 17-López A, Velasco Furlong L. Dolor y envejecimiento. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 70. Lecciones de Gerontología, XII. Madrid, 2007.
- 18-Pérez Díaz R, Cascudo Barral N, Martín Carbonel M. Cap.12. Grandes Síndromes Geriátricos. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles JM, Martín Carbonell M comp. Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010; p.249-77.
- 19- Martín CM. La investigación en Psicología del Dolor en América Latina. Una revisión sistemática cualitativa. En: Psicosalud 2014. Palacio de Convenciones de la Habana. noviembre; 2014.
- 20-Ginarte YA, Pérez Díaz R, Acosta E H, González GS, Aballe Y. Valores normativos para el Test Mini Mental (Mini Mental State Examination) en adultos mayores cubanos. **Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana.** 2011;8(2). [citado en septiembre de 2016]; URL disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph08211.html>.
- 21- Martín CM, Lechuga M. Cuestionario Multidimensional para la Evaluación Psicológica del Dolor GEMAT-04: una metodología para promover la asistencia, la investigación y la capacitación multidisciplinaria. Ciudad de La Habana; septiembre; 2006.
- 22- Martín M, Zaz B, Grau J y otros. Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPO) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2008; 15 (8): 503-8.
- 23- González M, Martín MC, Grau JA, Lorenzo A. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En: González M. Instrumentos de Evaluación Psicológica. Ciencias Médicas, La Habana; 2008; p: 87-102.
- 24- Martín CM, Grau JA, Grau R. El Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Desarrollo de una versión cubana. Rev. Terapias Psicológicas 2003; 3: 23-31
- 25-Martín CM, Riquelme MA, Meda MR, Grau AJ, Enríquez SJA, Pérez Díaz R. Análisis factorial confirmatorio de la estructura del IDERE en muestras de varios países Iberoamericanos. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012;9(1). [citado en septiembre de 2016]; URL disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph01112.html>
- 26- Martín CM, Riquelme MA, Ortigosa QJM, Meda RM, Córdoba AM, Enríquez S JA, Pérez Díaz R. Utilidad del Inventory de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de 4 países iberoamericanos. Rev Anales de Psicología. 2012; 28(3): 763-71[citado septiembre de 2016]. URL disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/>
- 27-Moreira P. Evaluación del funcionamiento de los ancianos hospitalizados en el CITED. marzo 2011- 2012.[Tesis para optar por el título de especialista en Gerontología y Geriatría]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García Íñiguez"; 2012.
- 28-Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.

- Sección 2. Criterios diagnósticos y códigos. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013; p.103-29.
- 29-Harrison TR. Principios de Medicina Interna 18a edición. Vol.2. Parte 15. Sección 3. Trastornos de las articulaciones y tejidos adyacentes. MacGraw-Hill. Educación, 2012: 2818-60
- 30- Pupo AH. Adaptación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor. [Tesis de Licenciatura. Universidad de la Habana]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera"; 2013.
- 31-Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas. SABE: Resumen ejecutivo. La Habana; 2000-2003. [citado el 15 Julio de 2016]. URL disponible en: www.one.cu/publicaciones/investigaciones/htm
- 32- Sociedad Española de Psicogerontología. Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(1):20-31. [citado el 31 Septiembre de 2016]. URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274819>
- 33- Escudero-Carretero MJ, García-Toyo N, Prieto-Rodríguez MA, Pérez-Corral O, March-Cerdá JC, López-Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Reumatol Clin. 2010;6(1):16-22. [citado 15 Julio de 2016]. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/>
- 34-Grilli R, Craig R, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilization. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 2, Art. No. CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.pub3

Anexos

Anexo 1 Entrevista semi estructurada

Nombre del paciente_____ Fecha del test: _____

Edad_____ Sexo_____

Con qué frecuencia tiene este dolor:

Casi nunca.

Algunas veces en el mes

Casi todos los días.

Constantemente, no se me quita nunca

A continuación le presentamos un grupo de actividades de su vida cotidiana. Diga la frecuencia con que usted tiene limitaciones para realizar cada una de ellas a causa de este dolor. (se indagó en las respuestas dadas por el sujeto al respecto)

| ACTIVIDADES | Nunca o casi nunca | A veces | Frecuentemente | Siempre | No Procede |
|---|--------------------|---------|----------------|---------|------------|
| Quehaceres del hogar, reparaciones caseras. | | | | | |
| Atención a la familia | | | | | |
| Utilización de los medios de transporte habituales. | | | | | |
| Sueño | | | | | |
| Relaciones Sexuales | | | | | |
| Actividad Laboral | | | | | |
| Realizar las compras de productos de uso cotidiano | | | | | |
| Diversión, deportes | | | | | |
| Vida Social. | | | | | |
| Aseo Personal | | | | | |

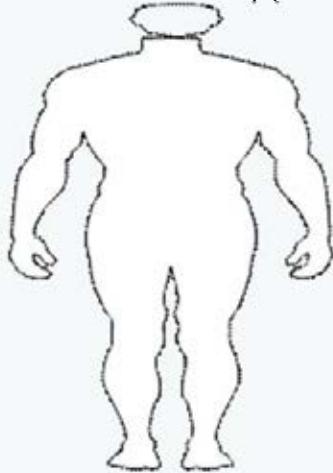
7)- Diga las respuestas que mejor describan su situación. (Se indagó en las respuestas dadas por el sujeto)

| | Desde mucho antes de que aparecieran los dolores | Después que aparecieron los dolores | En el momento que tengo dolor | No, nunca |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| 1) Estoy intranquilo. | | | | |
| 2) Siento miedo por cualquier cosa. | | | | |
| 3) Pienso que algo malo va a suceder. | | | | |
| 4) Tengo taquicardia. | | | | |
| 5) Tengo salto en el estómago. | | | | |
| 6) Tengo sudoraciones. | | | | |
| 7) Siento temblores. | | | | |
| 8) Me siento tenso y alterado. | | | | |
| 9) Me siento triste. | | | | |
| 10) Lloro. | | | | |
| 11) He pensado que mejor es morir. | | | | |
| 12) A veces pienso que soy útil. | | | | |
| 13) Me fatigo. | | | | |
| 14) Me siento cansado (a). | | | | |
| 15) Me faltan ganas de hacer las cosas. | | | | |

Versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill(MPQ) (Melzack, Torgerson, 1971; Martín et al, 2008). Se indagó acerca d las respuestas del sujeto.

NOMBRE:_____ **FECHA:**_____ **Edad**_____ **Sexo**_____

1-MARQUE UNA CRUZ (X) LA ZONA DESU DOLOR EN ESTE MOMENTO:



Marque con una X la categoría que mejor describa su dolor o sin dolor ___ 1 dolor leve ___ 2 dolor molesto ___ 3 dolor fuerte ___ 4 dolor intenso ___ dolor insoportable ___

Anexo 2

1-Conductas y síntomas predominantemente ansiosos y depresivos

-Síntomas de ansiedad: síntomas predominantemente ansiosos.

* "...Bueno, alteración, muchas veces y mal genio, sobre todo en el momento que tengo esos dolores, porque cuando se hace insoportable no aguento más y me pasa eso. Como eso es casi siempre, he aprendido a ser fuerte porque no permito que me limite, lucho contra el dolor".

* "Mucha angustia es lo que me provoca el dolor, me agrava la alteración porque yo he sido algo alterada de siempre, pero el dolor me desespera y me pongo muy intranquila. Yo siempre estoy desesperada, cuando me da ese dolor no se me quita con nada y eso me pone insoportable, mi familia no sabe qué hacer conmigo con este dolor, nada me alivia, tengo miedo e inseguridad".

Síntomas depresivos: síntomas predominantemente depresivos.

* "Muchas veces el dolor me pone llorosa y me siento muy mal, eso me pasaba antes pero con los dolores se ha puesto peor, me siento tan torpe e inútil que no quisiera vivir".

* "Muchas emociones me causa el dolor, pero sobre todo angustia y tristeza, porque verme así como lo soy ahora me da hasta ganas de llorar".

2-Valoraciones o creencias acerca de la enfermedad y el dolor:

-Creencias catastróficas acerca del dolor

* "La vida es injusta, ya no hay solución y todo se va a desvanecer, el dolor que siento no me deja hacer nada, ni en la casa, ni salir a la calle puedo ya, mis hijos no me dejan, si salgo y me caigo es más trabajo después para ellos. Me siento nervioso, intranquilo, con temores. Lo único que pienso es en que no quiero darles trabajo, pero sé que no es posible"

* "Yo sé que este dolor no se me va a quitar nunca, es una pena que tengo que cargar y será mi final y tengo que soportarlo de por vida. A veces miro y me veo dependiendo de los demás totalmente, eso me da mucha angustia, me preocupo mucho, y me parece que seré un estorbo para los demás, tengo miedo."

-Creencia: el dolor es parte del envejecimiento

- * "A mí los dolores me matan, pero que le voy a hacer es la edad que tengo. Yo trato, trato de no parecer mal por la familia que siempre está pendiente de todo lo mío y no quiero darles disgustos ni preocupaciones porque ellos son lo más importantes para mí. "
- * "Que le puedo decir, los viejos somos achacosos, nos duele el cuerpo y hay que resignarse con eso, es el almanaque como se dice, pero no es sencillo, uno sufre pero no quiere que la familia lo sepa o los demás, porque molesta, usted sabe que los viejos que se quejan molestan. "

3-Limitación por el dolor:

-Limitación en las actividades básicas de la vida diaria:

- * "Me siento incapaz, el dolor es tan duro para mí, me altera y me parece que nada vale la pena, me limita demasiado porque para nada rindo, no cocino, ni lavo nada, lo que desearía cuando tengo dolor".
- * "Un anciano como yo, es como una persona inútil en todo, hasta para servirme la comida, bañarme, peinarme, me siento muy nervioso y alterado, soy torpe, ya nada me sale bien, no puedo dejar de pensar en lo que viene".

-Limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria:

- * "Me da sentimiento porque ya no puedo ni salir, yo siempre trabajé en la calle y fui activa, pero ya no sirvo para nada, el dolor me limita tanto...r".
- * "Yo tengo bastantes limitaciones, ya casi no puedo hacer nada, ni salir por ahí sola, ni hacer cosas por la familia como cuando no tenía dolor, ni siquiera visitar a mis amistades, el dolor me cambió la vida"

Recibido: 2 de noviembre de 2016.

Aceptado: 25 de marzo de 2017

Raquel Pérez Díaz. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Correo electrónico: raque@infomed.sld.cu