

## Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga<sup>1</sup>

Leidy Johanna Plata Osma<sup>2</sup>, Ara Mercedes Cerquera Córdoba<sup>3</sup>  
Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, Bucaramanga (Colombia)

Recibido: 12/05/2015

Aceptado: 31/01/2016

### Resumen

**Objetivo.** Determinar la relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social. **Método.** Se utilizó un método no experimental, con enfoque cuantitativo, de corte transversal y alcance correlacional, en una muestra de 70 adultos mayores de ambos sexos, partícipes de grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga, a quienes se les aplicó la versión abreviada del cuestionario del dolor de McGill y el cuestionario de apoyo social. **Resultados.** Se encontró que el 59% de los participantes describe su dolor como incómodo y el 57% como interno; en tanto, el 33% percibe apoyo emocional y el 39%, apoyo práctico, ambos de manera moderada. No se encontró correlación entre el apoyo emocional general y el índice de intensidad de dolor. **Conclusión.** Se encuentra que no existe correlación significativa entre las variables, sin embargo, es preciso tener en cuenta que este tipo de estudios ayudará a consolidar la comprensión de la percepción del dolor y las variables que deberían tener en cuenta para su apropiado manejo clínico.

**Palabras clave.** Adulto mayor, dolor, características clínicas, apoyo emocional, apoyo social.

## Musculoskeletal Pain and Social Support in Older Adults of a Sample in Bucaramanga

### Abstract

**Objective.** The aim of this study was to determine the relation between clinical characteristics of musculoskeletal pain and the social support. **Method.** A non experimental method was used, with a quantitative approach, cross-sectional and correlational scope, in a sample with 70 or older adults –women and men- who participate of selfhelp groups in Bucaramanga, sample which was applied with the abbreviated version McGill Pain Questionnaire and the Social Support Questionnaire. **Results.** It was found that 59% of the participants describe the pain as uncomfortable, and the 57% as internal, whereas, 33% perceive emotional support and the 39% a practical support in a moderate manner. No correlation was found between the general emotional support and pain intensity index. **Conclusion.** It is found that there is no significant correlation between variables, however,

<sup>1</sup> Producto del proyecto de investigación “Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural”. Avalado y financiado por la Dirección General de Investigaciones (DGI) de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, con el código 096-0315-3100

<sup>2</sup> Psicóloga

<sup>3</sup> Doctoranda en Ciencias Psicológicas de la Universidad de la Habana, Cuba. Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, kilómetro 7 vía Piedecuesta. Correo de correspondencia: ara.cerquera@upb.edu.co

it is necessary to note that these kind of studies will help strengthen the understanding of the perception of pain and the variables that should be taken into account for its proper clinical management.

**Keywords.** Older adult, pain, clinical characteristics, emotional support, affective support.

## Dor osteomuscular e apoio social numa amostra de idosos de Bucaramanga

### Resumo

**Escopo.** O escopo do presente estudo foi determinar a relação entre as características clínicas da dor osteomuscular e o apoio social. **Metodologia.** Foi usado um método não experimental, com enfoque quantitativo, de corte transversal e alcance correlacional, numa amostra de 70 idosos de ambos sexos, participantes de grupos de autoajuda da cidade de Bucaramanga, aos quais foi aplicada a versão breve do Questionário da Dor de McGill e o Questionário de Apoio Social. **Resultados.** Foi achado que o 59% dos participantes descrevem sua dor como incómodo e o 57% como interno, e o 33% percebem opio emocional e o 39% apoio prático de forma moderada. Não foi achada correlação entre o apoio emocional geral e o índice de intensidade da dor. **Conclusão.** Foi achado que não existe correlação significativa entre as variáveis, no entanto é necessário levar em conta que este tipo de estudos vai ajudar a consolidar a compreensão da percepção da dor e as variáveis que teriam que levar em conta para sua própria direção clínica.

**Palavras chave.** Idoso, dor, características clínicas, apoio emocional, apoio social.

### Introducción

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). El considerar el dolor 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 (Miró, 2003; Turk y Okifuji, 2002).

Por consiguiente, de forma implícita se admite que el padecimiento de dolor cuenta con características tanto de las personas que lo sobrellevan (Ramírez, 2002) como de él mismo, en el marco de alguna enfermedad crónica (Ferrer, González y Manassero, 1993; Martín, 2002; Toomey, Gover y Jones, 1983). De igual modo, se ven implicadas características como el sexo (Keogh, Hatton y Ellery; Gilbert citado en Infante, 2002), el nivel de educación (Bassols, Bosch, Campillo, Cañellas y Baños, 1999; Moreno, Interrial, Garza y Hernández, 2012; Robaina, León y Sevilla, 2000)

y el vínculo laboral, que son relevantes al evaluar la construcción procesal en la que se encuentran involucrados diversos actores, como la familia, los amigos o las personas del entorno de quien padece dolor (Barragán, 2006).

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 en común la presencia de dolor. En el caso de los gerontes, se ha evidenciado una mayor prevalencia de dolor (Franco y Seoane, 2001; Morales y Cote, 2010; Thomas, Peat, Harris, Wilkie y Croft, 2004). Como lo explica Maestre (2001), las enfermedades dolorosas son de mayor interés en las personas de la tercera edad que en los jóvenes, pues los gerontes pueden tener condiciones que los llevan a experimentar dolor crónico y agudo.

En este sentido, Barrios, Castilla, Montero y Rodríguez (2011) exponen que dicha prevalencia, además de generar impacto en las diversas

dimensiones del adulto mayor, se convierte en un problema de salud pública; sin embargo, son pocos los estudios en torno al alivio del dolor en gerontes. Lo anterior evidencia la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud frente a la necesidad de investigar e intervenir sobre esta población (Peña, Macías y Morales, 2011).

Del mismo modo, Ribas (2011) menciona en su estudio que es posible que las personas describan de diversas formas cómo están experimentando su dolor; algunas 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).

Con respecto a investigaciones en las que se ha evaluado con el cuestionario del dolor de McGill (MPQ) en versiones diferentes, se encontró el estudio expuesto por Giuntini, Faleiros, Hortense y Pereira (2001), en el que sometieron a personas mayores a una colpoperineoplastia posterior y, al evaluar su experiencia de dolor, los descriptores de dolor utilizados en mayor medida fueron insoportable, terrible, desesperador, intenso y tremendo. Por otra parte, en estudios con otro tipo de población, se observó que los descriptores que usan con mayor frecuencia son terrible, fuerte, insoportable, intenso y violento (Pereira y Sousa, 2007).

Como se mencionó anteriormente, existen diversos actores involucrados en la presencia de dolor en el geronte (Londoño, Contreras, Delgadillo, Tobón y Vinaccia, 2005). El entorno juega un papel importante, dado que es donde se gesta un conjunto de relaciones interpersonales que el individuo evalúa según el tamaño de su red, como el significado que tiene para él contar con esas personas (Barra, 2004; Escobar, Puga y Martín, 2008). 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 anterior permite hablar de red social como un fenómeno que facilita la supervivencia (Pinazo y Sánchez, 2005), en la medida que la búsqueda de apoyo en el otro se convierte en un mecanismo para la satisfacción de necesidades básicas (Riquelme, Martín, Carrillo y López, 2010).

El apoyo social, entendido como los recursos disponibles con los que cuenta una persona, está conformado por el apoyo instrumental,

el emocional, el de compañía, etc., los cuales permiten dar cuenta de la complejidad de este y la necesidad de aproximarse a él de una manera sistemática (Roca, 2013). Para el presente estudio se tuvo en cuenta el modelo teórico de apoyo social que sustenta que aquellas personas que participan de manera activa en los diversos espacios sociales y de integración familiar, aumentan su bienestar y, por consiguiente, su calidad de vida. Este modelo se fundamenta en que se estudia a partir de aspectos sociales, se busca intervenir en la prevención, se preocupa por trabajar desde la potencialidad del individuo que se encuentra en situación de riesgo, invita al cambio y funciona en torno a ejercer el potencial y el desarrollo tanto individual como grupal e institucional (Arias, 2009).

En relación con la evaluación del apoyo social, se encontraron diversos estudios empíricos que permiten ver la manera en que los sujetos perciben dicho constructo. La investigación de Robles et al. (2000), quienes trabajaron con 40 adultos mayores (14 hombres y 26 mujeres), con una edad promedio de 75 años y escolaridad baja, la mayoría vivía con sus cónyuges o hijos, reveló que el tamaño de su red social era de 7.5 integrantes en promedio (2 a 16 miembros, la mayoría mujeres). Además, los participantes reportaron que el apoyo que recibían era para la realización de actividades (entre 3 y 41 miembros), predominando el apoyo emocional.

Por otro lado, Gallardo, Barrón, Sánchez y Arias (2014) evaluaron 418 gerontes, teniendo en cuenta las variables estructurales del apoyo: tamaño de la red, frecuencia de contactos y la satisfacción subjetiva con las relaciones. Se halló un ajuste adecuado en el que resalta el apoyo funcional procedente del cónyuge, los 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, Castellano (2014) evaluó el apoyo social y el estado emocional de 117 personas mayores. En su estudio, el 55.1% de las mujeres eran viudas, con un nivel educativo primario y el 72.6% eran autónomos. En lo referente al apoyo social, observó que tanto hombres como mujeres poseían estados anímicos similares, así como puntuaciones similares en el apoyo funcional percibido. También señaló que el 94.9% de la muestra percibía apoyo social, principalmente de sus familiares (87.2%).

Las investigaciones que incluyen el estudio del apoyo social, en el marco del dolor osteomuscular, no han sido claras en cuanto a la posibilidad de que la ausencia de las transacciones interpersonales se encuentre relacionada con la percepción de los niveles de dolor osteomuscular en el adulto mayor. Sin embargo, sí se ha referido el carácter subjetivo de los dos conceptos, como lo afirman Reyes y Rojas (2005): “el apoyo social se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es el apoyo social percibido” (p. 78). En lo que concierne al dolor, Maestre (2001) refiere que la percepción y la experiencia del dolor se ven mediados por numerosos elementos, como sus causas, la cultura de la persona que lo experimenta y las emociones previas; por tanto, su umbral y tolerancia son distintas en todas las personas, aun en la misma persona en circunstancias diferentes.

Adicional a lo anterior, se han creado diversos mitos y estereotipos en relación con el dolor y el ambiente social de los adultos mayores. Entre ellos se tiene el mito de una vejez necesariamente desdichada, acompañada de abandono, dolor y enfermedad, cuando es posible dar cuenta de que este puede ser un periodo de júbilo y bienestar (Carbajo, 2009). En referencia a lo social, Aristizábal, Morales, Salas y Torres (2009) enuncian que debido a la edad, los adultos mayores son considerados poco importantes para la sociedad, lo cual implica que experimenten aislamiento y pérdida del estatus social.

En consecuencia, este trabajo se planteó la hipótesis de que existe relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social. La afirmación de Londoño et al. (2012), respecto a que “el vínculo entre apoyo social y mejorías en la salud física está siendo reconocido ampliamente” (p. 143), afianza el interés por analizar la relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social disponible. Por tanto, el objetivo general del presente estudio es determinar si existe relación entre las características clínicas del dolor osteomuscular y el apoyo social, en una muestra de adultos mayores que frecuentan grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga. Como objetivos específicos se plantean: (a) describir las características clínicas del dolor osteomuscular de esta muestra de participantes, (b) caracterizar la presencia del apoyo social en el marco del dolor osteomuscular y (c) establecer la relación entre las características del dolor osteomuscular y el apoyo social.

## Método

### Diseño

Se empleó un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo, de corte transversal y alcance correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

### Participantes

De un total de 100 sujetos contactados, se seleccionaron 70 (62 mujeres y 8 hombres) a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia y usando el método de recolección voz a voz (Hernández et al., 2006), con los siguientes criterios de inclusión: (a) edad mayor o igual a 60 años, (b) ser autovalentes, (c) tener capacidad y voluntad de responder los cuestionarios, (d) que autoreporten padecer de dolor músculo-esquelético crónico (recurrente o estable), (e) que refieran haber padecido dolor en el mes en que se realiza el estudio, (f) estar vinculados a grupos de autoayuda en la ciudad de Bucaramanga y (g) tener capacidad de firmar el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio aquellos adultos mayores que: (a) presentaran una incapacidad física, que les dificultara responder los cuestionarios, (b) fueran analfabetas y (c) que no desearan participar en la investigación.

La edad promedio de los participantes fue de 70.6 años ( $DE = 6.5$ ). La tabla 1 detalla la distribución por rangos de edad.

Tabla 1  
*Edad de la muestra de adultos mayores*

Rangos de edad	Frecuencia
60-65	15
66-70	19
71-75	21
76-80	9
81-85	4
86-90	2
Total	70

Fuente: elaboración propia

La tabla 2 detalla información sobre las principales características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 2  
*Datos sociodemográficos de la muestra*

Estado civil	Frecuencia
Casado	40
Soltero	9
Viudo	16
Divorciado	3
Unión no formalizada	2
<b>Escolaridad</b>	
Primaria incompleta	32
Primaria completa	15
Secundaria completa	13
Secundaria incompleta	7
Universitario	3
<b>Vínculo laboral</b>	
Tareas del hogar	30
Pensionado	19
Se desconoce	7
Inestable/Parcial	6
Estable	5
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	50
Desempleado	9
Independiente	8
Empleado	3

Fuente: elaboración propia

## Instrumentos

### Versión abreviada del cuestionario del dolor de McGill (MPQ).

Publicada por Melzack (1975), reelaborada por Ruiz, Ferrer y Pagerolls (1990) y validada por jueces. Inicialmente se elaboró un vocabulario de 261 descriptores, y con ayuda de jueces, médicos, estudiantes de fisiología y psicología, se seleccionaron los descriptores, eliminando los rechazados por el 55% de los jueces, hasta lograr un listado definitivo de 52. De ellos, 36 descriptores valoran la dimensión sensorial del dolor y 19 la dimensión afectiva (ver tabla 3). La dimensión de estabilidad percibida del dolor se evaluó por medio de una subescala que contiene cinco descriptores adicionales.

Tabla 3  
*Categorías y número de descriptores por dimensión*

Dimensión sensorial	
Categoría	Número de descriptores
Temporal	3
Térmica	7
Presión constrictiva	4
Presión incisiva	4
Tracción	6
Distribución espacial	6
Viveza	6
Dimensión afectiva	
Miedo	3
Síntomas vegetativos	2
Castigo	3
Tensión	3
Evaluativo	3
Evaluativo-afectivo	5

Fuente: elaboración propia



Cada clase de dolor se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases. El participante debe escoger el descriptor que mejor defina su dolor. Si marca 1, puntúa 1; si no marca ninguno, puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando la puntuación total, el cual está en un rango de 0 a 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo es de 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprende entre 0 y 14. El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5, y el valor de la escala visual analógica se puntúa de 0 a 10.

### **Cuestionario de apoyo social de Riquelme (2012).**

Recoge la autovaloración de la disponibilidad de apoyo social a nivel emocional y tangible, respecto a las fuentes de pareja, familiares, amigos, compañeros y personas de la comunidad. Se valora a partir de una escala tipo Likert, con cinco opciones de respuesta, desde *nada* hasta *totalmente*. Es concebido como un instrumento útil en la investigación epidemiológica, al considerar que posee una adecuada validez de constructo (Hernández et al., 2006).

Para su análisis individual, se deben sumar los enunciados de los valores (valoración de la disponibilidad o satisfacción con el apoyo social disponible), los cuales se ubican en los siguientes rangos: nada (0 - 6), poco (7 - 12), moderado (13 - 18), mucho (19 - 24) o totalmente (25 - 30). Estudios previos han demostrado una elevada correlación con las puntuaciones para esas mismas dimensiones del cuestionario Norbeck Social Support Questionnaire (Norbeck, Lindsey y Carrieri, 1983).

### **Procedimiento**

En agosto de 2014, se llevó a cabo la búsqueda de los participantes a través de un muestreo por conveniencia, en varios grupos de autoayuda de la ciudad de Bucaramanga que se destacan por la ejecución de actividades recreativas. A todos los participantes se les explicó tanto el objetivo de la investigación como su derecho a dejar de responder en cualquier momento, o a exigir retroalimentación de los resultados obtenidos. Con la firma del

consentimiento informado, 70 adultos mayores aceptaron participar en la investigación.

Durante septiembre y octubre del mismo año, se entrenó a los investigadores en el manejo y aplicación de las baterías de pruebas; además, se aplicaron los instrumentos condensados en la cartilla de evaluación. Los cuestionarios se diligenciaron según la disposición del geronte, por lo tanto algunas aplicaciones se ejecutaron en el lugar de encuentro de los grupos y otras en su domicilio.

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 se indicaba que la información obtenida era de uso exclusivamente académico y sus nombres mantenidos en el anonimato. Lo anterior bajo la Ley 1090 de 2006 numeral 9 del artículo 2, que hace referencia a la investigación con humanos y el respeto a la dignidad y el bienestar de las personas que participan con conocimiento en una investigación. Del mismo modo, se tuvo en cuenta el artículo 50 que dicta que los profesionales de la psicología, al llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes. Cabe resaltar que el presente estudio se realizó en el marco del proyecto "Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural", el cual fue aprobado por el Comité General de Investigaciones de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, el 12 de junio de 2015.

### **Análisis de datos**

Se efectuó 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 cuestionario de apoyo social de Riquelme. Para ello, se empleó el programa SPSS versión 22, con estadística correlacional.

### **Resultados**

El análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas por los participantes en el MPQ se detalla en la tabla 4.

Tabla 4  
Frecuencia de las respuestas en los subgrupos del MPQ

Dimensión sensorial del dolor: subgrupos	f	%
Temporal/descriptor: pulsación	16	23
Térmica/descriptor: caliente	20	29
Presión constrictiva/descriptor: espasmo	16	23
Incisiva/descriptor: punzante	12	17
Tracción/descriptor: desgarró	18	26
Tensión/descriptor: incómodo	41	59
Miedo/descriptor: horrible	12	17
Síntomas vegetativos/descriptor: sofocante	6	9
Castigo/descriptor: mortificante	6	9
Evaluativa/descriptor: agotador	18	26
Distribución espacial/descriptor: interno	40	57
Evaluativa afectiva/descriptor: angustia	13	19

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la tabla 4, podría decirse que la tendencia de los adultos mayores evaluados fue percibir que su dolor era tensionante (59%), con localización interna (57%), al tiempo que provocaba una sensación térmica calurosa (29%), desgarrante (26%) y agotadora (26%). También se registró que el 9% de los participantes atribuyó al síntoma doloroso, el carácter de sofocante y mortificante, lo que quizás podría asociarse con el padecimiento de un dolor crónico y no agudo.

En cuanto al cuestionario de apoyo social, la tabla 5 detalla los resultados descriptivos.

Tabla 5  
Frecuencia de las respuestas del total de apoyo emocional

Apoyo emocional	f	%
Nada	2	3
Un poco	3	4
Moderadamente	23	33
Mucho	22	31
Totalmente	20	29
Total	70	100

Fuente: elaboración propia

El cuestionario de apoyo social permitió encontrar que el 33% de los participantes percibe apoyo moderado en la dimensión emocional por parte de sus parejas, familiares, amigos, compañeros o personas de la comunidad, entre tanto, el 3% no percibe apoyo.

En la tabla 6 se evidencia que el 39% de la muestra percibe de forma moderada el apoyo práctico que le brindan las diversas fuentes sociales (pareja, familiares, amigos, compañeros y personas de la comunidad), mientras que el 3% percibe carencia de apoyo práctico por parte de las mismas fuentes.

Tabla 6  
Frecuencia de las respuestas del total de apoyo práctico

Apoyo práctico	f	%
Nada	2	3
Un poco	14	20
Moderadamente	27	39
Mucho	19	27
Totalmente	8	11
Total	70	100

Fuente: elaboración propia

Para encontrar la asociación entre los resultados del MPQ y del cuestionario de apoyo social, se hizo un análisis de correlación Tau-b de Kendall, procedimiento no paramétrico que acepta distribuciones de población no normales y puede

analizar datos nominales u ordinales, lo cual se ajusta a los datos de la presente investigación. Lo anterior tuvo en cuenta los índices del MPQ y las respuestas de cada fuente de apoyo social. Los resultados se exponen en la tabla 7.

Tabla 7

*Correlación Índice de intensidad del dolor (PPI) y fuentes de apoyo social*

Fuentes de apoyo en dimensión emocional	<i>r</i> entre el PPI y las fuentes de apoyo	<i>p</i>
Pareja	0.10	0.379
Familiares	0.08	0.467
Amigos	0.03	0.759
Compañeros	-0.05	0.648
Vecinos	0.01	0.896
En general	0.22	0.056

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 7, no se encontró una relación significativa entre el PPI y las fuentes de apoyo social.

### Discusión

Los resultados de este estudio evidencian que no hay una relación significativa 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.

En cuanto a la caracterización de la muestra, el nivel de educación bajo (el 44% no terminó la básica primaria) se considera una característica de los participantes que reportaron dolor (Bassols et al., 1999). Autores como Robaina et al. (2000) y Moreno et al. (2012) plantean que las percepciones del dolor muscular suelen presentarse en personas con un nivel de educación básica; lo anterior, teniendo en cuenta que la carencia de orientación del manejo y evaluación del dolor, tanto de los pacientes como de los familiares o cuidadores, se relaciona con su nivel educativo.

Con respecto al vínculo laboral, Lobera y García (2014) afirman que las personas que con frecuencia manifiestan dolor osteomuscular, por lo general realizan actividades domésticas, y que esta relación tendría que ver con que estas son

repetitivas y efectuadas por mujeres que asumen o se les atribuye el rol de cuidado y producción doméstica. Lo anterior se corrobora con los datos del presente estudio, en el que 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. En este sentido, parece ser que la ocupación o los trabajos que impliquen esfuerzo físico, como lo afirman Robaina y Sevilla (2003), son repetitivos y cursan con la aparición de dolores musculares y en el área lumbar.

Con respecto a la descripción que hacen los mayores de su dolor, se ha indicado que algunos se basan en las características propias del dolor, otros según sus estímulos, intensidad o usando palabras para explicarlo (Ribas, 2011). En el presente trabajo se encontró que los adultos mayores escogieron los descriptores que mostraban cómo sentían su dolor, siendo el dolor interno (57%) y el dolor incómodo (41%) los más comunes.

Al respecto, estudios en los que se ha hecho uso del MPQ evidencian que, al evaluar la experiencia de dolor de personas mayores, los descriptores que más usan son insoportable, terrible, desesperador, intenso y tremendo (Giuntini et al., 2001). En tanto, en investigaciones con otro tipo de población a la empleada en la presente investigación, como en adolescentes, se divisó que los descriptores que usan con mayor frecuencia son terrible, fuerte,



insoportable, intenso y violento (Pereira y Sousa, 2007).

Teniendo en cuenta lo expuesto en los párrafos anteriores, es válido considerar que la experiencia de dolor es individual, por tanto, cada sujeto experimentará y describirá su dolor de formas diferentes, por su carácter subjetivo y multidimensional, en el que, de manera implícita, 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 (Torregrosa y Bugedo, 1994).

En cuanto al apoyo social, entendido como variable que define las diversas fuentes de las que el sujeto recibe dicho apoyo, como cónyuges, parientes consanguíneos, amigos, entre otros (Connidis y Davies, 1990; Robles et al., 2000), este trabajo demostró que el 33% de los mayores evaluados percibe el apoyo emocional de forma moderada, y en la misma medida el apoyo práctico es percibido por el 39% de los participantes.

El percibirse apoyados de manera moderada, tanto en lo emocional como en lo práctico, sugiere que los adultos mayores le atribuyen un especial significado no solamente al hecho de contar con pares dispuestos a contribuir con ayuda que implique el traslado de un lugar a otro, o la ayuda monetaria, sino también a ser acreedores de un tipo de apoyo afectivo que responda a sus demandas de amor, compañía y escucha atenta (Fernández y Manrique, 2010). Lo anterior sienta la base para trabajar en el fortalecimiento y mantenimiento de las redes de apoyo en los gerontes, sabiendo que existe evidencia empírica que recalca la significación que tienen las redes de apoyo para su calidad de vida, tanto en el aspecto material o instrumental como afectivo y emocional (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

En términos generales, es preciso mencionar que no se hallaron correlaciones significativas que permitieran establecer una relación directa entre las dos variables consideradas en este estudio. Sin embargo, otras investigaciones, como la de Moix (2005), sí reportan una relación entre dolor y apoyo social, y sugieren que las personas que cuentan con un mayor apoyo social tienen más posibilidades de expresar su percepción de dolor, lo que facilita que puedan tener más información y ayuda para hacerle frente a las dificultades que se les presenten. Ante la presencia de esta relación (en las otras investigaciones), resulta interesante estudiar los factores psicosociales que podrían estar

influyendo la presencia de dolor en los adultos mayores, para corroborar el carácter subjetivo de las dos variables que se estudiaron. Por supuesto que futuras investigaciones requieren tener presente tanto los estudios que encuentran una relación entre dolor y apoyo social como aquellos, como el presente, en los que no se observa una relación significativa. Este tipo de estudios ayudará a consolidar la comprensión de la percepción del dolor y las variables que se deberían tener en cuenta para su apropiado manejo clínico. Del mismo modo, se sugiere el empleo de técnicas de muestreo probabilístico en la población para tener datos más sólidos que permitan confirmar si el manejo del dolor debe considerar el apoyo social de quienes lo padecen, de esta manera se pueden generalizar los datos a la población de adultos mayores.

## Referencias

- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158.
- Aristizábal, N., Morales, A., Salas, B. y Torres, A. (2009). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 35-44. Recuperado de [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen9\\_numero1/articulo\\_3.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_3.pdf)
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. doi: 10.4067/S0718-48082012000200002
- Barragán, A. (2006). El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Revista Medigraphic*, 8(2), 109-117.
- Barrios, Z., Castilla, J., Montero, K. y Rodríguez, R. (2011). Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico, en el asilo San Pedro Claver basado en la teoría de Virginia Herdenson, Cartagena 2010. *Ciencia y Salud*, 3(1), 113-122.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Cañellas, M. y Baños, J. (1999). An Epidemiological Comparison of Pain Complaints in the General Population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83(1), 9-16. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00069-X
- Carbajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Ensayos*, (24), 87-96.

- 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. doi: 10.1093/geronj/45.4.S141
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A. y Molina, J. (2009). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- Escobar, M. A., Puga, D. y 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(6), 637-651. doi: 10.1590/S1135-57272008000600005
- Fernández, A. y Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global*, (19), 1-9.
- Ferrer, P., González, B. y Manassero, M. (1993). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con dolor crónico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28(29), 91-101.
- Franco, M. y 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. y 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.
- Giuntini, P., Faleiros, F., Hortense, P. y Pereira, L. (2001, octubre). *Medición del dolor en la colpoperinoplastia posterior y Burch*. En Santana (Presidencia), 5° Simposio Brasileiro y Encuentro Internacional sobre el Dolor, llevado a cabo en SBED, Sao Paulo.
- Guzmán, J. y Huenchuan, S. (Julio, 2003). Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. En Montes de Oca, V. (Presidencia). *Viejos y viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social*. Ponencia llevada a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Recolección de los datos cuantitativos. En *Metodología de la investigación* (pp. 1-599). México: McGraw-Hill.
- Infante, P. (2002). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Lobera, J. y García. (2014). Identidad, significado y medición de las amas de casa. *Cuadernos de Psicología*, 16(1), 213-226. doi: 10.5565/rev/qqpsicologia.1193
- Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S. y 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-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 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 no publicada). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-259. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5
- Miró, J. (2003). El dolor: aspectos conceptuales. En Miró, J. (Ed.), *Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica* (pp. 11-187). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moix, J. (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36(1), 37-60.
- Morales, J. y Cote, E. (2010). Características clínicas del dolor en adultos mayores de la Fundación Santa Sofía en Bogotá D.C. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 13(2), 7-14.
- Moreno, M., Interrial, M., Garza, M. y Hernández, E. (2012). Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte*, 3(1), 355-362. doi: 10.15649/cuidarte.v3i1.32

- Norbeck, J., Lindsey, A. & Carrieri, V. (1983). Further Development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative Data and Validity Testing. *Nursing Research*, 32(1), 4-9.
- Peña, J., Macías, F. y Morales, F. (2011). Tercera edad y sus cambios. En Peña, J., Macías, F. y Morales, F. (Ed.), *Manual de práctica básica del adulto mayor* (pp. 1-70). México: Manual Moderno.
- Pereira, L. y Sousa, F. (2007). Evaluación psicofísica de los descriptores de dolor en el post-operatorio. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(3), 1-6. doi: 10.1590/S0104-11692007000300017
- Pinazo, S. y Sánchez, M. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas. El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores*. Madrid: 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.
- Reyes, C. y 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 no publicada). Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Madrid.
- Riquelme, A., Martín, M., Carrillo, M. y López, A. (2010). Apoyo social en ancianos. En A. Riquelme., J. Ortigosa y M. Martín (Eds.), *Manual de Psicogerontología* (pp.145-164). Murcia: Ediciones Académicas.
- 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.
- Robaina, C., León, I. y Sevilla, D. (2000). Epidemiología de los trastornos osteomioarticulares en el ambiente laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 531-539.
- Robaina, C. y 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. y Siordia, M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cuadernos de Salud Pública*, 16(2), 557-560. doi: 10.1590/S0102-311X200000026
- 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: Félix Varela.
- Ruiz, R., Ferrer, I. & Pagerolls, M. (1990). The Spanish Pain Questionnaire. *Pain*, 41(1), S304.
- Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Revista Trabajo Social*, 2(11), 159-174.
- Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R. & Croft, P. (2004). The Prevalence of Pain and Pain Interference in a General Population of Older Adults: Cross-Sectional Findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 110(1-2), 361-368. doi: 10.1016/j.pain.2004.04.017
- 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(3), 289-300. doi: 10.1016/0304-3959(83)90101-X
- Torregrosa, S. y Buguedo, G. (1994). Medición del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23(3), 155-158.
- Turk, D. y Okifuji, A. (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.678

---

**Para citar este artículo / to cite this article / para citar este artigo:** Plata-Osma, L. J. y Cerquera-Córdoba, A. M. (2016). Dolor osteomuscular y apoyo social en una muestra de gerontes de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 125-135. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI14-2.doas