

Raquel Pérez Díaz
Marta de la Caridad Martín Carbonell

Dolor osteomuscular **y factores psicosociales** en adultos mayores caribeños



Dolor osteomuscular
y **factores psicosociales**
en adultos mayores caribeños

Dolor osteomuscular y **factores psicosociales** en adultos mayores caribeños

Raquel Pérez Díaz

Marta de la Caridad Martín Carbonell



Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños / Raquel Pérez Díaz, Marta de la Caridad Martín Carbonell / La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2026.

56 p.: il., tab. — (Ciencias Médicas. Serie Psicología).

-
-

Manejo del Dolor, Intervención Psicosocial, Psicología, Geriátría, Estrategias de Salud, Encuestas y Cuestionarios, Colombia, Cuba

-

WL 103

Cómo citar esta obra

Pérez Díaz R, Martín Carbonell MC. Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2026. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/dolor-osteomuscular-y-factores-psicosociales-en-adultos-mayores-caribeños/>

Edición: Lic. Pablo L. Cabrera Lima

Diseño: Lic. Martha R. Iglesias Sierra

Maquetación: Téc. Amarelis González La O

Sobre la presente edición:

© Raquel Pérez Díaz, Marta de la Caridad Martín Carbonell, 2026

© Editorial Ciencias Médicas, 2026

Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>



ISBN 978-959-316-252-4 (PDF)

ISBN 978-959-316-251-7 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, C. P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

Autoría

Raquel Pérez Díaz

Máster en Longevidad Satisfactoria
y en Medicina Natural y Tradicional.
Licenciado en Psicología.
Profesor e Investigador Auxiliar.
Centro de Investigaciones sobre Longevidad,
Envejecimiento y Salud (CITED).
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
<https://orcid.org/0000-0001-7088-4209>

Marta de la Caridad Martín Carbonell

Doctor en Ciencias de la Salud.
Especialista en Psicología de la Salud.
Licenciado en Psicología. Profesor Auxiliar.
Facultad de Psicología de la Universidad
Cooperativa de Colombia – Seccional Santa Marta.
Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-6337-577X>

Prefacio

Desde hace algunos años, un equipo de investigadores de diversas instituciones prestigiosas están realizando estudios transculturales en nuestros países, con el propósito de unificar criterios y resultados sobre la vivencia del dolor, en especial, del dolor osteomuscular y su interrelación con factores psicosociales en personas mayores de Latinoamérica y el Caribe. Paralelamente, se busca consolidar una red que permita visibilizar estas investigaciones en el ámbito internacional.

Una investigación reciente realizada entre Cuba, Colombia y Puerto Rico, desarrollada por las autoras y otros colegas, se enmarca en esta línea de trabajo y lleva por título: "Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural en Bucaramanga y Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico".

El presente estudio, basado en dos muestras caribeñas de La Habana (Cuba) y Santa Marta (Colombia), profundiza en la interrelación de variables psicosociales a partir de las particularidades de las personas mayores, con el objetivo de lograr una comprensión más amplia de la experiencia del dolor. Esto ha contribuido a diseñar intervenciones culturales más pertinentes orientadas a mejorar el bienestar de las personas mayores en nuestros países.

Los resultados obtenidos destacan las notables similitudes existentes entre los pueblos caribeños, más allá de nuestras diferencias socioculturales, así como la capacidad de resiliencia que desarrollamos frente a las adversidades y los padecimientos físicos.

Si esta obra aporta a la autosuperación en la temática, a la comprensión del dolor desde sus factores psicosociales, a la sensibilización de las personas mayores y a la promoción de nuevos caminos para el conocimiento, nos sentimos plenamente satisfechos de haber participado en su elaboración.

Las autoras

Agradecimientos

Queremos agradecer de manera especial al Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) y a la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional Santa Marta, por el apoyo brindado a las autoras para hacer posible la culminación de este estudio.

Al Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA) de Cuba por su aprobación para la realización de la presente investigación.

A las personas mayores con dolor osteomuscular, que de forma amable, accedieron a participar en la investigación y aportaron sus experiencias tanto sobre el dolor percibido, como sobre los aspectos psicosociales abordados en el estudio.

Índice de contenidos

Capítulo 1. El dolor osteomuscular en la persona mayor/ 1

Particularidades del estudio y factores psicosociales/ 1

Estudios transculturales/ 7

Capítulo 2. Investigación de dos países: Cuba y Colombia/ 9

Diseño metodológico/ 9

Criterios de inclusión y exclusión de las muestras/ 10

Instrumentos/ 11

Procedimiento/ 12

Estrategias y técnicas para el análisis de los resultados/ 13

Aspectos éticos/ 17

Capítulo 3. Resultados más relevantes del estudio/ 18

Diferencias y semejanzas entre los países. Discusión/ 18

Discusión sobre las características del dolor/ 20

Impacto en la actividad/ 22

Discusión sobre el impacto en la actividad/ 23

Presencia de estados emocionales en diferentes momentos del dolor/ 24

Discusión sobre los predictores de síntomas emocionales en personas mayores cubanos antes del dolor/ 30

Afrontamiento/ 34

Discusión sobre el afrontamiento/ 36

Discusión sobre el apoyo social/ 36

Síntesis de los resultados/ 38

Conclusiones/ 39

Perspectiva general/ 40

Aportes y limitaciones/ 40

Referencias bibliográficas/ 42

Anexos/ 50

Anexo 1. Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT / 50

Anexo 2/ 52

Anexo 3/ 53

Anexo 4/ 54

Glosario de términos/ 55

Capítulo 1

El dolor osteomuscular en la persona mayor

Particularidades del estudio y factores psicosociales

La definición acerca del dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) destaca el carácter complejo y subjetivo de la vivencia de este, al considerar que el dolor es: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial descrita en términos de la misma” por lo que es un tema de interés para la psicología.⁽¹⁾

El dolor crónico persistente, es uno de los problemas más frecuentes en la adultez mayor y de los más temidos por los ancianos. Se estima que entre el 50-y 80 % de las personas mayores padecen dolor crónico, mientras que entre el 30 y 45 % experimentan dolor de intensidad moderada a severa.^(2,3,4,5)

El sistema osteomuscular representa la principal fuente de sintomatología y de limitación funcional en la población adulta mayor. Se estima que aproximadamente el 40 % de las personas mayores de 60 años presentan artralgias, y constituye la osteoartrosis la causa más frecuente. Entre el 50 y 80 % de estos pacientes manifiestan síntomas de artrosis, y alrededor del 20 % desarrolla algún grado de discapacidad asociada a esta patología.⁽²⁻⁵⁾

La presencia de un envejecimiento creciente a nivel mundial es una realidad actual. Los avances en materia de salud, la disminución de la fecundidad y la mortalidad, así como la transición de enfermedades transmisibles, a las crónicas no transmisibles, son realidades para los cubanos.

En el año 2025, Cuba es el país más envejecido de América Latina, con casi una cuarta parte de su población con 60 años o más. Para el año 2050, se proyecta que será uno de los países más envejecidos del mundo.^(6,7,8)

Cuba, con una población de 9 901 988 habitantes, distribuidos en 15 provincias y 168 municipios, muestra cifras demográficas que la hacen comparables con los países

2 Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños

del primer mundo en materia de envejecimiento, el índice de envejecimiento actual de los cubanos es de 25,7 % mostrándose un número elevado de personas que tienen 60 años y más de edad.⁽⁹⁾

En paralelo a esta situación, se ha registrado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales representan el 82 % del total en la población adulta mayor; dentro de estas, las afecciones del aparato osteomuscular, en particular la osteoartritis y la artritis, acompañadas de dolor, destacan por su alta morbilidad, con una prevalencia del 36,3 %, con un 43,1 % en mujeres y 28,7 % en hombres.

Dentro de las causas de mortalidad en las personas mayores (con especial incremento a partir de 80 años y más) están los accidentes, que originan el 44,2 % de las defunciones, con predominio del sexo femenino, y dentro de ellos las caídas por trastornos en el aparato osteomuscular, lo que demanda la necesidad de desarrollar políticas sociales y de salud, encaminadas a favorecer el bienestar de la población y el envejecimiento activo.⁽¹⁰⁾

Aunque el envejecimiento puede ser satisfactorio y estudios en población cubana muestran adultos mayores activos y funcionales, este aumento en la esperanza de vida puede ir acompañado de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las osteomusculares. Estas afecciones pueden afectar la actividad funcional del adulto mayor, al generar cambios que reducen la reserva funcional, limitan la capacidad de respuesta frente a un incremento de la demanda o al estrés, y deterioran los procesos reguladores que permiten la coordinación funcional entre distintos órganos y sistemas. El síntoma más frecuente asociado a estas alteraciones es el dolor.^(9,11)

Es relevante estudiar el dolor en las personas adultas mayores, ya que son quienes lo padecen con mayor frecuencia y sobre quienes recaen numerosos prejuicios, al considerarse de forma errónea, que el dolor es una consecuencia natural del envejecimiento. Esta percepción, compartida incluso por parte del personal de salud que los asiste, puede dificultar una atención oportuna y la implementación de estrategias de prevención de sus complicaciones. Además, es importante destacar, que los problemas relacionados con la polimedicación, las dificultades en el uso y la combinación de analgésicos, y los efectos secundarios que estos pueden provocar complican el estudio de las particularidades del dolor en la adultez mayor.^(9-12,13)

Diversos estudios han mostrado que el dolor osteomuscular afecta la calidad de vida de pacientes y familiares, a la vez que incrementa los costos de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones.^(13,14)

En relación con la investigación del dolor, existe una tendencia de la Psicología en América Latina y el Caribe hacia una mirada cuantitativa, a la evaluación y a la intervención cognitivo-conductual y a estudios descriptivos, sin embargo, es limitada, hay un predominio de publicaciones en idioma inglés y en especial, norteamericana, y existen dificultades a la hora de estandarizar lo investigado en el contexto latinoamericano.^(14,15,16)

Entre los principales aportes de la Psicología a la comprensión del dolor se encuentran el modelo psicoanalítico, el cual puede ser considerado el primero en la importancia que tienen los factores psicológicos en la génesis del dolor, al considerar que determinados problemas de dolor pueden tener su origen en conflictos inconscientes. Desde esta visión, el dolor puede ser la manifestación de un síntoma conversivo, resultante de un compromiso entre la realización imaginaria de deseos prohibidos y su penalización inconsciente.⁽¹⁷⁾

Algunos estudios experimentales muestran evidencias que apoyan de forma parcial los planteamientos psicodinámicos. Más reciente, los modelos psicodinámicos han introducido constructos cognitivos como, las creencias irracionales, pensamiento catastrofista (tendencia a anticipar consecuencias negativas exageradas), la evaluación de las situaciones y las habilidades de afrontamiento.^(16,17)

Durante la década de 1990 se desarrolló una aproximación que enfatiza las estrategias defensivas, entendidas como mecanismos adaptativos frente a los rigores y demandas del entorno, que pueden manifestarse a través de la somatización, como forma de defensa psicológica. En este sentido, un dolor de carácter y origen emocional (posiblemente experimentado en la infancia temprana como resultado de una vivencia inaceptable para la persona) podría ser desplazado hacia una zona específica del cuerpo, expresándose como un dolor somático, de forma social más aceptable y tolerado.^(17,18)

Existe consenso entre los psiquiatras y otros profesionales de la salud sobre los efectos negativos a largo plazo de eventos psicosociales adversos, en especial, la victimización (principalmente en abusos sexuales) durante la infancia. Aunque la presencia de abusos sexuales infantiles no se acostumbra reportar, se ha encontrado una prevalencia cuatro veces superior de esta problemática en personas con fibromialgia.⁽¹⁹⁾

Dentro de los modelos psicoanalistas está la teoría de la personalidad propensa al dolor la cual explica como existen características de la personalidad en las que pueden aparecer cuadros de dolor en ausencia de nocicepción. Estas personas se caracterizarían por una historia de sufrimiento, fracaso, intolerancia al éxito, agresividad y desarrollo de dolor ante situaciones de amenaza o pérdida. Sin embargo, esta teoría no ha sido apoyada por la investigación.⁽²⁰⁾

Otros estudios se han llevado a cabo en relación con la alexitimia, que se refiere a la dificultad para expresar los sentimientos mediante el lenguaje. Se ha reportado alguna relación entre la alexitimia y el dolor somático de causas psicológicas en pacientes adultos, pero todavía es un tema en estudio.⁽²¹⁾

En general, las investigaciones sobre personalidad y dolor adolecen de un fallo metodológico, pues suponen que hay un papel etiológico en rasgos de personalidad que se han investigado en personas que hace mucho tiempo presentan problemas de dolor, por lo que es difícil saber si la mayor prevalencia de ciertas características en la población enferma (en el caso de que se confirmara) son causa o consecuencia.

Otro tanto ocurre con el estudio del dolor desde la perspectiva del enfoque familiar sistémico. Se supone que los síntomas tienen un rol específico dentro del sistema familiar y sugiere que los síntomas del enfermo pueden cubrir necesidades emocionales de otros miembros de la familia. Esto llevaría al refuerzo del síntoma y al subsiguiente rol homeostático de la enfermedad. También se ha destacado, el papel que tienen las conductas de cónyuges y familiares en el desarrollo y evolución de ciertos tipos de dolor.^(17,20)

En general, las conductas solícitas de los allegados al paciente tienden a reforzar las quejas y las conductas de dolor; mientras que el rechazo de los familiares y la falta de apoyo se asocian a mayores niveles de depresión y dolor.^(21,22,23)

El estrés que genera una enfermedad suele ser un disparador de procesos de apoyo. Se ha encontrado que el afrontamiento activo genera más apoyo social. Las personas que son consideradas no culpables de sus problemas reciben más apoyo. La resistencia, el locus interno de control, la autoestima y el sentido de coherencia facilitan el acceso a las redes de apoyo y su uso más eficaz, así como las relaciones interpersonales saludables y fuertes.⁽²⁴⁾

4 Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños

El estrés del proveedor de apoyo, puede ser un obstáculo para que sea eficaz y también se ha observado, que las reacciones de ira ante la enfermedad tienden a alejar el apoyo más que las depresivas. Por otra parte, las personas depresivas reciben menos apoyo, o están más insatisfechos con éste que las personas que no se deprimen.^(24,25,26)

El afrontamiento del dolor crónico está relacionado con el estudio del afrontamiento de la enfermedad y con la identificación de los tipos de estrategias más adaptativas y eficaces. En términos generales, se considera que las estrategias de afrontamiento activo, centradas en la resolución del problema, resultan más efectivas para lograr un adecuado ajuste a las enfermedades crónicas y al dolor.⁽²⁶⁾

La negación, como estrategia de afrontamiento, es favorable para el bienestar emocional en los momentos iniciales de la aparición de problemas, que pueden tener consecuencias muy peligrosas para la persona, pero desfavorable a largo plazo, pues inhibe el desarrollo de conductas de cuidado personal. El catastrofismo, como tendencia a focalizar la atención sobre el problema y exagerar sus consecuencias, está asociado a mayores niveles de dolor y depresión.⁽²⁷⁾

No obstante, los factores personales solos, no determinan la eficacia del afrontamiento. Las características propias de la enfermedad y del dolor también desempeñan un papel relevante. Muchos pacientes, con afecciones que generan dolor crónico, deben enfrentarse, además, al estigma asociado a patologías como el cáncer, las enfermedades reumáticas y neurológicas.

Es importante tener en cuenta que el carácter estigmatizador de las enfermedades no proviene únicamente de sus atributos y características, sino también de las creencias que la población mantiene sobre ellas. Algunos síntomas, como las deformidades físicas o las alteraciones en la locomoción, frecuentes en muchas enfermedades crónicas, suelen ser interpretados por los demás como señales de que la persona enferma es incapaz de ser productiva o socialmente competente. Por el contrario, quienes conviven con el paciente pueden subestimar las limitaciones derivadas de síntomas de naturaleza subjetiva (como el dolor), lo que puede llevar a imponerle demandas difíciles de satisfacer.⁽¹⁷⁾

En resumen, puede afirmarse que los estilos de afrontamiento del dolor crónico no son independientes de las estrategias generales empleadas para afrontar la enfermedad crónica subyacente. Su eficacia está mediada por factores individuales principalmente rasgos de personalidad y los denominados recursos de resistencia (diversidad de estrategias de ajuste, nivel intelectual y cultural, fortaleza del yo y preservación de la autoimagen, entre otros), y por las características propias de la enfermedad. También influyen las creencias que la población mantiene respecto a dicha enfermedad, el nivel de demandas provenientes de distintas fuentes (pareja, trabajo, estudios) en relación con el grado de discapacidad generado, la disponibilidad de redes de apoyo social y la naturaleza de los cambios de vida y hábitos requeridos, entre otros factores.

Uno de los aspectos más relevantes en el estudio del dolor es su relación con los estados emocionales. La propia definición de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo describe como una experiencia desagradable, destacando así el papel de las emociones negativas. La asociación entre astenia y dolor es objeto de investigación, y aún existen pocos estudios que determinen si esta relación es causa o consecuencia del propio

dolor en las personas mayores. También se ha observado una posible conexión entre dolor y depresión. Los fármacos antidepresivos suelen emplearse en el tratamiento de diversos tipos de dolor crónico, no como coadyuvantes analgésicos, sino porque los médicos consideran el componente emocional del dolor. Sin embargo, los vínculos entre dolor y depresión no están del todo aclarados, de forma especial en algunos tipos de dolor crónico, como el dolor de espalda.⁽²⁸⁾

Sobre la ansiedad existe controversia, respecto de 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. Desde un punto de vista fisiológico ambas posturas son aceptables, ya que la ansiedad aumenta la actividad simpática, puede estimular los nociceptores y la tensión muscular, que a menudo acompaña a la ansiedad, puede provocar dolor añadido, y la ansiedad aumenta la liberación de los opioides endógenos que pueden reducir el dolor.⁽²⁷⁾

Se ha planteado que la atención puede ser una variable mediadora entre ansiedad y dolor. Cuando la ansiedad tiene un componente hipocondríaco o está asociada a una hipervigilancia de las sensaciones corporales, actúa como un factor que incrementa el dolor, mientras que cuando la ansiedad es debida a conflictos o situaciones ajenas al problema del dolor, se incrementa la atención activa hacia estas situaciones y, disminuiría la atención a las sensaciones corporales, y reduce las quejas de dolor.⁽²⁹⁾

Un problema que ha sido poco estudiado es que, la ansiedad y la depresión pueden ser consideradas como síntomas, síndromes y entidades nosológicas. Hay estados que reúnen muchas de las características clínicas de los síndromes ansiosos y depresivos, que constituyen reacciones normales a situaciones estresantes o de pérdida.

En algunas investigaciones se ha encontrado evidencia que respalda la hipótesis de que existiría una relación diferencial entre el dolor crónico y los estados emocionales no patológicos (como la tensión y la ansiedad reactiva ante situaciones estresantes) en comparación con los estados clínicos, es decir, aquellos que cumplen con criterios diagnósticos establecidos.⁽²⁶⁾

En síntesis, las emociones negativas, como la ansiedad, la astenia y la depresión, están muy vinculadas a la experiencia del dolor. Actúan como factores que desencadenan las quejas y agravan su intensidad, forman parte de la propia vivencia dolorosa y, además, surgen como consecuencia de las limitaciones que el dolor impone en la vida de la persona. Por ello, deberían ser consideradas elementos clave en el diagnóstico y el tratamiento.

Los vínculos entre el estrés, los estados emocionales negativos y el dolor son complejos, y aún se está lejos de comprenderlos en su totalidad. En estas relaciones intervienen múltiples variables: la naturaleza e intensidad de las emociones, la duración de los estados emocionales, las complejas interacciones entre distintas emociones, la eficacia de las estrategias de afrontamiento, la propia naturaleza del dolor y los mecanismos neurofisiológicos que lo sustentan, entre otros factores, y muchos de estos aspectos apenas comienzan a investigarse.

Lo que sí puede afirmarse es que el tratamiento de diversos tipos de dolor crónico requiere identificar y abordar los estados emocionales negativos asociados. Se destaca la influencia que juegan algunos factores psicosociales en el dolor tales como: la edad, el sexo, la escolaridad, estado civil, las limitaciones que el mismo tiene en la actividad funcional, entre otros; las particularidades en torno a estos y el dolor aún son objeto de estudio.^(20,22,26,30,31)

6 Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños

Existe evidencia de una actitud más conservadora en la persona mayor en relación con otras edades, a la hora de etiquetar como doloroso un estímulo, si bien esta actitud no da cuenta de todas las diferencias observadas entre jóvenes y mayores. Para explicar estas diferencias se han propuesto distintos mecanismos, como son: un enlentecimiento del procesamiento de la información dolorosa o la existencia de factores psicológicos como la ansiedad o una actitud de cautela.⁽¹⁴⁾

En cuanto a los estudios epidemiológicos, mientras algunos señalan un aumento en la frecuencia del dolor según avanza la edad, otros indican un descenso en la frecuencia del dolor asociado a la edad, los valores de prevalencia oscilan entre el 22 y el 88 %. Parece que la prevalencia del dolor crónico en las personas mayores depende del tipo de dolor investigado y su localización.⁽¹⁴⁾

Se han encontrado menores frecuencias de dolor en las personas mayores en relación con las cefaleas, el dolor de nuca, el dolor de espalda, el dolor en el pecho y el estómago, el dolor dental y el dolor muscular. La excepción a esta tendencia es el dolor de tipo articular, para el cual se observan frecuencias más elevadas en la población mayor.⁽¹⁴⁾

En relación con las diferencias en el uso de distintas estrategias de afrontamiento entre jóvenes y mayores, si bien algunos trabajos señalan una menor utilización de estrategias cognitivas en las personas de más edad, otros no encuentran diferencia alguna en el tipo y frecuencia de las estrategias utilizadas.⁽¹⁴⁾

Se plantea que los ancianos con dolor tienen más trastornos del sueño, mayores niveles de depresión, más discapacidad y peor calidad de vida. El dolor, la depresión, la soledad y la discapacidad son las causas más frecuentes de suicidio en los ancianos. Al mismo tiempo, existe suficiente evidencia acerca de que la soledad, la viudez, la discapacidad y la depresión están asociadas a mayor intensidad y frecuencia del dolor.⁽²³⁻²⁶⁾

La investigación actual muestra la existencia de diferencias de género, con prejuicio para las mujeres, en torno al dolor. Las féminas reportan mayores niveles de dolor, mayor frecuencia de dolor, mayores niveles de depresión, más trastornos del sueño y peor calidad de vida, pero, después de los 80 años, la situación se invierte y son los hombres quienes tienen mayores niveles de depresión. El suicidio es más frecuente en las mujeres ancianas con altos niveles de dolor. Los estudios anatomopatológicos revelan que, en muchos casos, no había causas biológicas que explicaran el dolor.⁽¹⁴⁾

La evaluación de la depresión en ancianos con dolor es compleja, ya que muchos síntomas como, los trastornos del sueño, de la alimentación o la disminución de la actividad son comunes a la depresión y al dolor. Por otra parte, el anciano no debe ser recargado con tareas intelectuales complejas como las que implican muchas pruebas psicológicas. El dolor en las personas mayores con problemas cognitivos es a menudo subestimado por los cuidadores y profesionales de la salud, por lo que la evaluación psicológica deberá siempre incluir la evaluación cognitiva.^(2,15,16,20,22-26,31)

Un gran número de pacientes ancianos no recibe el tratamiento adecuado. Las causas son además, de las dificultades en la valoración del dolor, el miedo a los efectos secundarios de las medicaciones como los antiinflamatorios no esteroides (AINE) y a prejuicios entre la población sanitaria y de la sociedad en general con respecto a los opiodes y tratamientos alternativos, como el apoyo psicológico, programas de ejercicio y acupuntura.⁽¹⁴⁾

Los ancianos con depresión pueden beneficiarse de técnicas de terapia cognitiva y de programas orientados a incrementar las actividades placenteras. En el tratamiento multidisciplinario del dolor persistente e incapacitante, resulta útil entrenar a los pacientes para que recuerden situaciones en las que han afrontado el dolor de manera satisfactoria, así como momentos vitales gratificantes. Con frecuencia, es necesario incorporar técnicas de terapia y orientación familiar, además de promover la participación en grupos de autoayuda, con el fin de fortalecer los recursos de apoyo social en las personas mayores.^(3,14,32,33)

Estudios transculturales

Resulta relevante destacar la necesidad de realizar investigaciones transculturales sobre el abordaje del dolor, en particular en las personas mayores de América Latina y el Caribe. Adquiere gran importancia el llamado actual a vigilar y controlar los efectos del racismo y la discriminación en la comprensión y el tratamiento del dolor, marcados por la desventaja sistemática derivada de la racialización. Esta se entiende como el proceso social y político, de raíz eurocéntrica, mediante el cual se atribuyen identidades de raza a una relación, práctica social o grupo.⁽³⁴⁾

La cultura comprende estilos de pensamiento y patrones de comportamiento que se aprenden y comparten dentro de la estructura social del mundo personal de cada individuo. La forma en que el dolor surge, se expresa y se alivia depende en gran medida de las variaciones culturales.

La investigación con gemelos adultos respalda la idea de que son los modelos culturales de comportamiento (y no los genes) los que determinan cómo reaccionamos ante el dolor. Si bien los grupos étnicos pueden presentar diferencias genéticas y mostrar características fisiológicas o morfológicas particulares (por ejemplo, en la manera en que metabolizan ciertos medicamentos o en la actividad de enzimas musculares tras el ejercicio), estas diferencias físicas resultan menos determinantes que las creencias y los comportamientos que influyen en los pensamientos y acciones de los miembros de una cultura o grupo étnico.⁽³⁵⁾

En una investigación clínica realizada en Estados Unidos con seis grupos étnicos de pacientes con dolor (incluyen estadounidenses, hispanos, irlandeses, italianos, franceses y polacos), los hispanos reportaron los niveles de dolor más altos.⁽³⁶⁾ En otro estudio, se compararon pacientes de un centro de dolor en Nueva Inglaterra, EE. UU., con pacientes de un centro de consulta externa en Puerto Rico. Se observó que los puertorriqueños (hispanos o latinos) experimentaban, en general, niveles de dolor más elevados. Sin embargo, al analizar a puertorriqueños que habían emigrado a Nueva Inglaterra muchos años antes, sus respuestas al dolor se asemejaban más a las del grupo de Nueva Inglaterra que a las de su grupo de origen en Puerto Rico. Este hallazgo evidencia que las respuestas al dolor de los distintos grupos étnicos pueden modificarse, siendo moldeadas y remodeladas por la cultura en la que viven o a la que se trasladan.⁽³⁵⁾

La forma en que los pacientes relatan el dolor está influenciada, en cierta medida, por lo que consideran normativo en su propia cultura. Por ejemplo, algunos grupos etnoculturales emplean expresiones culturales aceptadas para describir síntomas físicos dolorosos, aunque en realidad estén comunicando su angustia emocional y sufrimiento. La investigación ha

mostrado que estas descripciones de dolor físico (que en realidad reflejan dolor emocional) ocurren con mayor frecuencia en contextos de estrés, como la inmigración a un nuevo país, la separación de un miembro de la familia, cambios en los roles de género tradicionales, dificultades económicas o la presencia de depresión.⁽³⁵⁾

Los proveedores de salud deben ser capaces, entonces, de reconocer que las diferentes culturas tienen creencias diferentes y actitudes hacia: la autoridad, como el médico o personas en posición de poder; el contacto físico, así como durante el examen físico; el estilo de comunicación en cuanto al lenguaje verbal o corporal con el que las personas comunican sus sentimientos; el sexo del proveedor de salud y expresiones propias de su sexo.

No obstante, resulta necesario realizar estudios transculturales sobre el dolor, los cuales son escasos en el contexto latinoamericano y caribeño, pese a su relevancia para su comprensión, evaluación y tratamiento especializado. En esta línea, se han reportado numerosos estudios de adaptación de procedimientos de evaluación en prácticamente todos los idiomas y continentes. En nuestro país, se han desarrollado y adaptado diversos instrumentos para trabajar con adultos mayores, como se describe en los capítulos siguientes.

Comprender las asociaciones entre variables culturales (como el país de origen y el idioma) es fundamental, ya que pueden influir en la aceptabilidad y eficacia de los tratamientos centrados en las creencias sobre el dolor. La investigación en esta área podría ayudarnos a determinar en qué medida es necesario adaptar los tratamientos para que sean más adecuados para poblaciones de distintos países o lenguas.⁽³⁷⁾

Ferreira-Valente y colaboradores estudiaron la importancia de las estrategias de afrontamiento, las creencias de autoeficacia y el apoyo social en la adaptación al dolor crónico en una muestra de pacientes portugueses, y analizaron sus hallazgos en comparación con los reportes de estudios realizados en contextos de habla inglesa.⁽³⁸⁾

Ceren Orham y colaboradores revisaron estudios que examinaron las diferencias en creencias, cogniciones y comportamientos relacionados con el dolor según la raza, el origen étnico y la cultura en personas con dolor musculoesquelético crónico. Reportaron evidencia preliminar de nivel moderado que sugiere la existencia de diferencias en las estrategias de afrontamiento, la percepción de la enfermedad, la autoeficacia, las creencias de evitación por miedo, el locus de control y las actitudes frente al dolor entre distintas poblaciones.⁽³⁹⁾ Este hallazgo ha sido confirmado por otra revisión sistemática que abarca otros tipos de dolor.⁽³⁷⁾

Las investigadoras de este libro realizaron un estudio transcultural centrado en el abordaje psicosocial del dolor osteomuscular desde la perspectiva de personas mayores en dos países caribeños: Cuba y Santa Marta, Colombia.

Capítulo 2

Investigación de dos países: Cuba y Colombia

El proyecto investiga si las relaciones entre las características del dolor osteomuscular y las variables psicosociales, en las personas mayores, son diferentes en función del país.

Diseño metodológico

Se trata de un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal en personas mayores de Cuba y Colombia que se desarrolló entre enero del año 2018 y febrero de 2022.

El diseño metodológico se estableció a partir de una hipótesis, justificación del estudio, objetivos, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos, procedimientos y resultados.

Hipótesis

Existirán diferencias en la forma en que se manifiesta el dolor entre los sujetos de la muestra, las cuales estarán asociadas a las variables psicosociales estudiadas (autopercepción de la limitación en las actividades de la vida diaria debido al dolor, estados emocionales negativos, momento de aparición de dichos estados, afrontamiento del dolor y apoyo social), así como al país de procedencia.

Justificación del estudio

Existe evidencia de que variables psicosociales como el afrontamiento, las creencias, el apoyo social y los estados emocionales negativos se relacionan con las características clínicas del dolor, así como la influencia que ejerce la cultura en la forma en que dichas variables se manifiestan. Son escasos los estudios, que han intentado determinar en qué medida la cultura puede generar diferencias significativas en estas interrelaciones,

en especial con personas mayores provenientes de países caribeños. Esto resulta relevante para el diseño de programas de intervención adaptados a las características culturales y a la etapa del desarrollo de la población estudiada.^(17,24-26,40,41,42,43,44,45,46,47)

Por otra parte, el abordaje psicológico del dolor osteomuscular asociado a enfermedades reumáticas ha generado, desde la década de 1970, una amplia bibliografía que examina su relación con el comportamiento emocional y social de los pacientes. Se reconoce que muchos problemas de dolor crónico osteomuscular tienen un origen primario en factores psicosociales, los cuales influyen en su evolución de forma tanto positiva como negativa. En las personas mayores este es un tema que aún requiere una mayor profundización, en los países latinoamericanos.

El estudio de estos factores en la población adulta mayor adquiere una relevancia particular, ya que este grupo es el que con mayor frecuencia experimenta dolor osteomuscular y, en numerosos casos, no recibe un tratamiento adecuado, debido a que en diversas culturas estos problemas se consideran propios del envejecimiento. Diversas investigaciones han señalado que esta situación afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias, además de incrementar los costos asociados a los tratamientos médicos. La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP), reconoce que la investigación transcultural sobre el dolor aún se encuentra en una etapa incipiente en el contexto latinoamericano.^(1,2)

Identificar, caracterizar y comprender las diferencias y semejanzas entre las personas mayores estudiadas, así como la manera en que perciben y afrontan la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, permitiría desarrollar estrategias de evaluación e intervención culturalmente orientadas.^(4,16,48)

Objetivos

Objetivo general. Identificar si las relaciones entre las características del dolor osteomuscular y las variables psicosociales, en el caso de las personas mayores, son diferentes en función del país.

Objetivos específicos:

- Identificar diferencias y semejanzas entre los países con relación a las variables sociodemográficas de estudio (sexo, edad, tener pareja, vinculación laboral, nivel escolar).
- Establecer semejanzas y diferencias en las características del dolor osteomuscular (intensidad, frecuencia, diseminación).
- Determinar similitudes y diferencias en el impacto del dolor en la actividad (frecuencia con que limita la actividad cotidiana y actividades más afectadas).
- Explorar las semejanzas y diferencias en las estrategias de afrontamiento al dolor.
- Establecer diferencias en el apoyo social percibido (apoyo general y apoyo familiar cuando tiene dolor).

Criterios de inclusión y exclusión de las muestras

Se incluyeron todas las personas con edad igual o mayor de 60 años, que dijeron padecer de dolor osteomuscular crónico, que aceptaron participar en el estudio y otorgaron su consentimiento informado.

Se excluyeron los ancianos que presentaban dificultades cognitivas que le impedían la comprensión de las preguntas.

Instrumentos

En ambos países se aplicó, en un formato de entrevista estructurada, un conjunto de preguntas extraídas de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor GEMAT versión 4: Es una metodología para optimizar la asistencia psicológica y el trabajo en equipos multidisciplinarios que posibilita el diagnóstico integral del dolor, así como los cambios que se producen como resultado de los tratamientos. Fue creado por un grupo de investigadores cubanos a finales del siglo xx.⁽⁴⁹⁾ Consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 11 criterios que brindan información sobre los principales problemas y las áreas que se mantienen conservadas en los pacientes con dolor crónico.
- Preguntas que permiten evaluar las características clínicas del dolor (frecuencia, tiempo de evolución, diseminación), frecuencia con que el dolor limita las actividades cotidianas, afrontamiento, apoyo de los familiares cercanos ante el dolor del paciente y presencia de estados emocionales negativos en el curso del dolor (anexo1).
- Escala de rangos verbales:
Esta escala evalúa la intensidad del dolor experimentado durante la última semana, utilizando los siguientes rangos:

0 = No dolor, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Fuerte, 4 = Intenso, 5 = Insoportable.

La escala forma parte de la *Versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill-Melzack (MPQ)*, elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill, Montreal, en 1971. Se empleó la versión en castellano desarrollada por Bejerano, Osorio, Rodríguez y Berrio.⁽⁵⁰⁾

El cuestionario incluye 33 descriptores que valoran la dimensión sensorial del dolor (escala sensorial, escala afectiva), distribuidos en las siguientes categorías:

- Escala sensorial:
 - Temporal (3)
 - Térmica (3)
 - Presión constrictiva (7)
 - Presión incisiva (4)
 - Tracción (4)
 - Distribución espacial (6)
 - Vivez (6)
- Escala afectiva, está compuesta por 19 descriptores agrupados en:
 - Miedo (3)
 - Síntomas vegetativos (2)
 - Castigo (3)
 - Tensión (3)
 - Evaluativo (3)
 - Evaluativo-afectivo (5)

- Se utilizó la escala de rangos verbales correspondiente a la última semana, así como, la figura para la localización del dolor (anexo 2).
- Cuestionario de apoyo social MOS: El cuestionario MOS de apoyo social, desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991, es un instrumento autoadministrado compuesto por 20 ítems. El primer ítem evalúa el apoyo estructural, mientras que los restantes miden el apoyo funcional. El cuestionario explora cuatro dimensiones del apoyo social: apoyo emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. A través de una escala de 5 puntos, se pregunta con qué frecuencia cada tipo de apoyo está disponible para el entrevistado.⁽⁵¹⁾
- La distribución de los ítems por dimensión es la siguiente (anexo 3):
 - Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
 - Apoyo instrumental: ítems 2, 5, 12 y 15.
 - Interacción social positiva: ítems 7, 11, 14 y 18.
 - Apoyo afectivo: ítems 6, 10 y 20.

Fue validado para adultos mayores colombianos⁽⁵²⁾ y para ancianos cubanos.⁽⁴²⁾

Procedimiento

Los datos fueron obtenidos en el año 2021.

En Colombia. Para el reclutamiento de los casos se utilizaron los contactos personales de la investigadora y la estrategia en la que un participante conecta con otros (bola de nieve). La obtención de la información se realizó con entrevista estructurada, en dos o más sesiones, de acuerdo al ritmo del sujeto, y combinando estrategias de auto y heteroaplicación, en dependencia de las posibilidades y preferencias de los adultos mayores. Los responsables de la realización de las entrevistas fueron estudiantes de último ciclo y miembros del Semillero PSICOSALUD, adiestrados, que visitaron a los ancianos en sus hogares y recogieron los datos en el marco de trabajos de curso con fines docentes, bajo la supervisión de la investigadora.

En Cuba. La muestra provenía de la comunidad a través de personas mayores procedentes de un círculo de abuelos que fueron captados para el estudio a través de la estrategia de bola de nieve y de aquellos casos clínicos del CITED que desearon participar en la investigación y cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

La obtención de la información se hizo a manera de entrevista estructurada, en dos o más sesiones, de acuerdo al ritmo del sujeto, y de manera heteroaplicada por la psicóloga del estudio con amplios años de experiencia en la profesión y en especial, con el trabajo en ancianos.

En ambos países. La información fue protegida en archivos electrónicos de las respectivas investigadoras y colocadas en una base de datos elaborada con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), que es un programa informático de análisis estadístico.

Estrategias y técnicas para el análisis de los resultados

La tabla 2.1 informa sobre la operacionalización de las variables.

Tabla 2.1. Variables e indicadores

Variables	Categorías	Niveles de medición/códigos		Fuente
Sociodemográficas				
Sexo	Hombre Mujer No desea responder	SÍ	NO	Entrevista estructurada
Edad		Años cumplidos		Entrevista estructurada
Etapa vejez	adulto mayor joven: adulto mayor maduro: adulto mayor: ancianos:	60–64 años 65–74 años 75–84 años mayores de 85 años		Entrevista estructurada Recodificación
Pareja	Tiene pareja estable No tiene	SÍ	NO	Entrevista estructurada
Vinculación laboral	Trabaja no trabaja	SÍ	NO	Entrevista estructurada
Nivel escolar	Primaria Media Superior	SÍ	NO	Entrevista estructurada
Características del dolor				
Intensidad	No dolor leve moderado fuerte intenso insoportable	0=No dolor 1=leve 2=moderado 3=fuerte 4=intenso 5=insoportable		Escala de rangos MPQ
Diseminación	Se mantiene Localizado Se ha extendido a zonas próximas Se ha diseminado Se ha extendido a casi todo el cuerpo	SÍ	NO	GEMAT
Frecuencia	Casi nunca Algunas veces al mes Casi todos los días Constante	SÍ	NO	GEMAT

Tabla 2.1. Continuación

Variables	Categorías	Niveles de medición/códigos		Fuente
Impacto en la actividad				
Frecuencia	Limitación poco	SÍ	NO	GEMAT
	Frecuente			
	Limitación frecuente			
Actividades	Quehaceres del hogar	SÍ	NO	GEMAT
	Atención a la familia			
	Utilización de transporte			
	Compras			
	Recreación (diversión, deportes)			
	Vida social			
Estados emocionales negativos asociados al dolor				
Curso del dolor	Antes del dolor	SÍ	NO	GEMAT
	En el momento que tiene dolor			
	Después que apareció el dolor			
Síntomas emocionales	Miedo	SÍ	NO	GEMAT
	Ansiedad anticipatoria			
	Tensión			
	Tristeza			
	Apatía			
	Fatiga			
	Cansancio			
	Taquicardia			
	Salto epigástrico			
	Sudoraciones			
	Temblores			
	Intranquilidad			
	Llanto			
	Pensamiento de muerte			
Presencia del síntoma	Presencia en algún momento	SI	NO	GEMAT
	No tiene el síntoma			

Tabla 2.1. Continuación

Variables	Categorías	Niveles de medición/códigos	Fuente
Afrontamiento			
Afrontamiento	Frecuente 		

En el anexo 1 se comparte el formato de recogida de datos.

Se realizaron análisis de frecuencias y tanto por ciento para las variables cualitativas y se calculó la estadística descriptiva de las variables numéricas para el análisis de los resultados.

Para reconocer la significación estadística de los resultados se utilizaron diferentes procedimientos de acuerdo al nivel de medición de las variables: Chi cuadrado de Pearson para establecer diferencias entre variables nominales, Prueba U de Mann-Whitney para variables cualitativas en escala de intervalo, para las variables cuantitativas (escalas de intervalo o continua) se utilizó ANOVA uni y multifactorial, de acuerdo a los objetivos de los análisis.

Se realizaron análisis estadístico de agrupamiento en dos etapas (cluster bietápicas), para identificar tipologías o subgrupos de personas de acuerdo a variables de interés, utilizando como medida de distancia entre cada agrupamiento la log-verosimilitud por tratarse de variables cualitativas, y se dejó que el sistema determinara el número de agrupamientos necesarios para clasificar el grupo. El ajuste del modelo se valoró por el coeficiente de silueta. Se estableció el tratamiento del ruido para un 25 %.⁽⁵³⁾

Se utilizó el análisis de árbol para identificar variables sociodemográficas y psicosociales predictoras de la pertenencia de las personas a los diferentes subtipos de dolor. Se trata de una técnica estadística para la segmentación, la estratificación, la predicción, la reducción de datos y el filtrado de variables, la identificación de interacciones, la fusión de categorías y la discretización de variables continuas.^(54,55) Se consideraron significativos los valores de p menor que 0,05.

También se investigó la significancia práctica. La significancia práctica puede estimarse para el tamaño o magnitud de las diferencias entre los grupos o de las relaciones entre variables estudiadas, se tiene en cuenta, como plantea Fleiss JL, 1994 p. 245, “la inferencia apropiada que puede hacerse a partir de un resultado estadísticamente significativo es que se ha comprobado una asociación o diferencia distinta de cero; no tiene por qué ser necesariamente intensa, de tamaño considerable o importante; simplemente es distinta de cero”. El tamaño del efecto es la magnitud del resultado, que nos permite ofrecer una estimación del alcance de nuestros hallazgos, en otras palabras, es una forma de cuantificar el tamaño de la diferencia entre dos grupos. Existen tres estrategias que pueden ayudar en la correcta interpretación del tamaño del efecto, llamadas las tres C: el contexto (importancia del tamaño de las diferencias para el problema estudiado), la contribución a generar nuevo conocimiento, por ejemplo, si difiere de lo que otros investigadores han encontrado y si es así, en cuánto y el criterio de Cohen: este último depende de las especificidades de cada medidor del tamaño del efecto para realizar su interpretación.⁽⁵⁵⁾

Para las variables cualitativas (nominales) se utilizó el estadígrafo V de Cramer. La interpretación del coeficiente V de Cramer es la siguiente: asociación baja (V de Cramer igual o menor que 0,3), asociación media (V. de Cramer mayor que 0,3 y menor que 0,6); y asociación alta (V de Cramer igual o mayor que 0,6). Para establecer la significancia práctica de la relación entre una variable nominal (independiente) y una variable ordinal (dependiente) se estimó Gama que es una medida del grado y tipo de asociación entre dos variables cualitativas ordinales que oscila entre 1 (a medida que aumentan los valores de una variable, los de la otra disminuyen) y 1 (a medida que aumentan los valores de una variable los de la otra también aumentan) El 0 indica no asociación.

Para las variables cuantitativas (escalas de intervalo o continua) se estimó el tamaño del efecto mediante eta cuadrado y eta cuadrado parcial, que se interpretaron de acuerdo a las pautas de Cohen (1988): 0,01 (pequeño), 0,06 (mediano), 0,13 (grande).

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del consejo científico del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). A todos los participantes se les solicitó el consentimiento informado por escrito, según modelo oficial (anexo 4) elaborado para la investigación de acuerdo a los reglamentos aprobados en la Declaración de Helsinki.⁽⁵⁶⁾

Capítulo 3

Resultados más relevantes del estudio

Diferencias y semejanzas entre los países. Discusión

Las variables sociodemográficas evaluadas fueron: edad, sexo, tener pareja estable, vinculación laboral y nivel escolar.

Predominaron las semejanzas. Ambas muestras resultaron similares en las siguientes características sociodemográficas: predominio del sexo femenino (67 % cubanas y 64 % colombianas), de las personas sin pareja (65,5 % en Colombia y 63 % en Cuba); y sin vínculo laboral (89 % de los cubanos y 79 % de los colombianos)

Las diferencias fueron en edad, mayor la muestra cubana (Cuba $X=73,7$, $Sd=8,6$ y Colombia $X=70,9$, $Sd=7,5$, $Eta\ cuadrado=0,027$) y en el nivel escolar, mayor en la muestra cubana, las personas con estudios universitarios (Cuba: 20,5 % vs Colombia solo 5 %), y en Colombia con nivel primario (43,9 % vs 20 % de cubanos) ($Ganma=0,542$) (fig. 3.1).

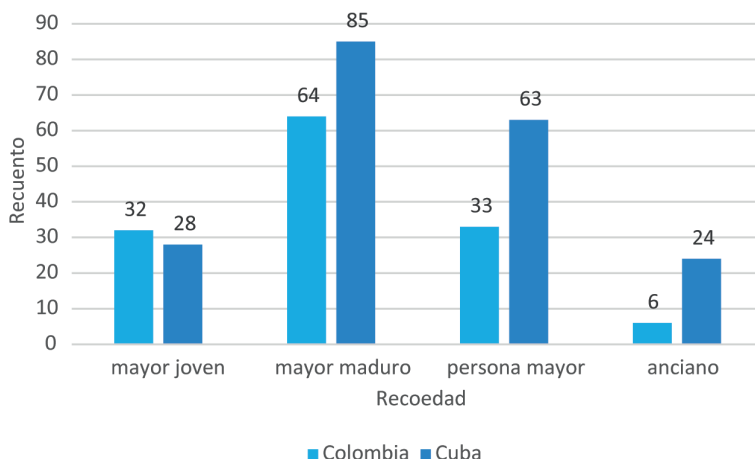


Fig. 3.1. Distribución de frecuencias por países de subgrupos por etapas de la vejez.

Se encontraron semejanzas y diferencias en torno a las características sociodemográficas, predominando, para ambas muestras, el sexo femenino y personas mayores sin pareja. prevalecieron personas sin vínculo laboral, un grupo mayor de colombianos se mantenían trabajando en comparación con los cubanos y estos últimos (muestra cubana) mostraron promedios de edades más viejas y niveles de instrucción más altos en relación a los primeros.

Las características sociodemográficas encontradas en la muestra cubana son: predominio del sexo femenino, edades promedio correspondientes a la adultez mayor, altos niveles de escolaridad (medio y universitario), la presencia de personas mayores sin pareja y de pensionados o jubilados; coinciden con las estadísticas nacionales y con investigaciones realizadas en la población cubana utilizando muestras probabilísticas. Estos resultados también son coherentes con estudios sobre el dolor osteomuscular en personas cubanas de estas edades, en los cuales se destaca la prevalencia de niveles de instrucción incluso superiores a los reportados en otras ciudades de América Latina y el Caribe.^(9,57)

Estos resultados son semejantes a los hallados en una investigación similar en la que participaron las autoras junto a otros investigadores de Colombia y Puerto Rico, los resultados se encuentran en el libro: *Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico.*⁽⁵⁸⁾ En la muestra puertorriqueña el 73,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de 70,6 años (edad mínima de 60 años y la máxima de 92). En términos laborales, la mayor parte (60,9 %) estaba pensionada o jubilada.

En la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), que investigó a personas de 60 años y más en siete ciudades de América Latina y el Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, La Habana, Ciudad de México, Montevideo, Santiago de Chile y São Paulo) con un total de 5 064 907 participantes en muestras probabilísticas, se observó en todas un predominio del sexo femenino, edades entre 65 y 75 años y niveles de educación básica (con excepción de La Habana, Cuba, donde se registraron niveles educativos más altos, en básicos y medios). En La Habana, el 76,3 % de los adultos mayores recibía ingresos por jubilación o pensión, y se encontró además una elevada proporción de mujeres que vivían solas, tanto por ausencia de pareja como por sus arreglos familiares (con frecuencia dedicadas al trabajo doméstico), hallazgo que coincide con los resultados de la presente investigación.⁽⁵⁹⁾ En este estudio, se identificaron niveles de instrucción aún más elevados en la muestra cubana.

Aunque algunas particularidades de la muestra colombiana (como la predominancia del sexo femenino y la ausencia de vínculo de pareja) son similares a las observadas en la muestra cubana y en las investigaciones previamente mencionadas, en ambos contextos predominó la ausencia de vínculo laboral. No obstante, en el presente estudio una mayor proporción de adultos mayores colombianos continuaba trabajando en comparación con los cubanos, además de presentar edades más bajas.

Los resultados coinciden con los hallazgos del estudio transcultural antes mencionado, realizado en una muestra colombiana con dolor músculo-esquelético: el 69 % eran mujeres, el 58,5 % tenía entre 65 y 75 años, el 41 % contaba con algún vínculo laboral (36 % asociado a tareas del hogar) y el 43 % presentaba un bajo nivel educativo (sin completar la educación primaria). Sin embargo, mientras en ese estudio el 65 % de los participantes estaba casado, en la presente investigación predominan personas sin pareja y de menor edad.⁽⁵⁸⁾

En síntesis, aunque una limitación de este estudio es el uso de muestras no representativas y la presencia de diferencias en las estrategias de reclutamiento, en términos generales ambas muestras resultaron homogéneas en las variables sociodemográficas, mostrando distribuciones similares a las reportadas para la población adulta mayor de ambos países.

Discusion sobre las características del dolor

Las características del dolor investigadas fueron: intensidad, frecuencia, y diseminación.
Intensidad:

Semejanzas. En ambos países predominaron valoraciones acerca de una intensidad moderada del dolor (24.5 % Colombia y 23 % Cuba)

Diferencias. Mayor proporción de personas con dolor insoportable, (25 % en la muestra cubana y 5 % en la colombiana) (U-Mann Whitney $p < 0,01$).

Hay diferentes proporciones de respuestas en los diferentes rangos por países (fig. 3.2).

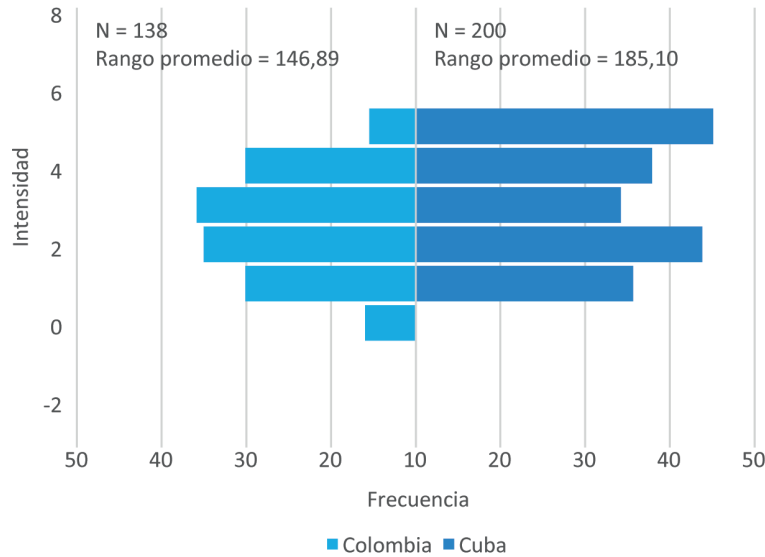


Fig. 3.2. Diferencias en intensidad del dolor.

Frecuencia. Hay diferencias significativas (Chi igual a 31,48, gl igual a 3, p menor que 0,001, ganma igual a 0,542), los cubanos reportan mayor frecuencia del dolor (fig. 3.3), ningún cubano optó por responder casi nunca y, prácticamente cuadriplan la respuesta de dolor constante, en comparación con los colombianos.

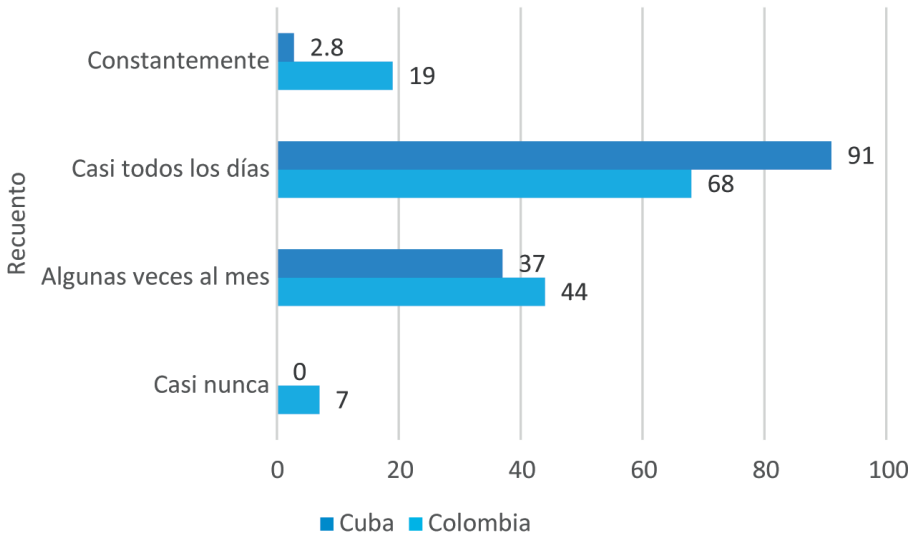


Fig. 3.3. Frecuencia del dolor por países.

Diseminación del dolor:

No hay diferencias significativas, en ambos países predomina el dolor localizado en el mismo lugar del cuerpo, o que sólo se ha extendido a zonas próximas (fig. 3.4).

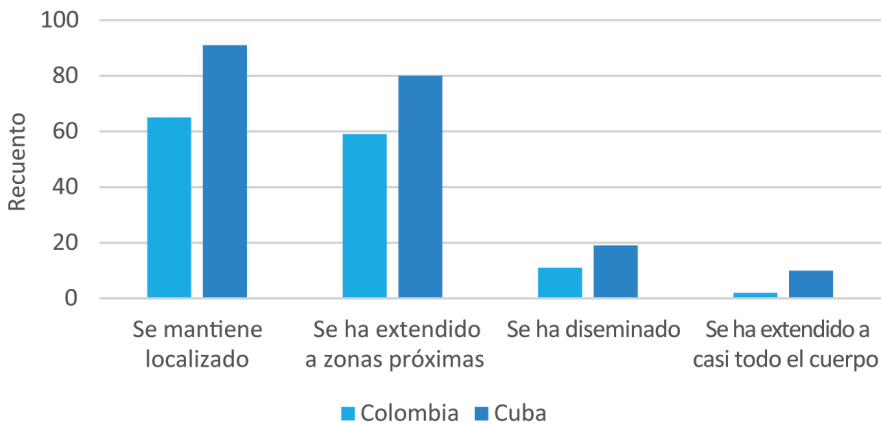


Fig. 3.4. Diseminación del dolor.

En cuanto a las características clínicas del dolor, se observaron tanto similitudes como diferencias entre los países. En ambos casos predominó el dolor localizado o extendido a zonas próximas. No obstante, a diferencia de la muestra colombiana, la cubana reportó una mayor intensidad del dolor (calificado como insoportable) y una mayor frecuencia (dolor constante o presente casi todos los días), aunque la significancia práctica de estas diferencias es reducida. Estas variaciones podrían deberse a particularidades de las muestras asociadas a las distintas estrategias de reclutamiento y a la procedencia de los participantes.

Los resultados obtenidos concuerdan en parte con lo reportado en otros estudios internacionales sobre dolor músculo-esquelético, así como con investigaciones realizadas en ambos países.^(60,61,62,63,64)

En cuanto a la localización del dolor y en particular del dolor osteomuscular, Martín-Carbonell, en su tesis doctoral sobre la evaluación psicológica del dolor crónico, señala que en una persona se puede identificar varias zonas corporales afectadas, fenómeno que evidencia la generalización del dolor.⁽¹⁷⁾ De manera similar, en la tesis de Hernández Pupo sobre la adaptación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta para el tratamiento de adultos mayores cubanos, se reportó una alta prevalencia de dolor extendido a múltiples áreas del cuerpo, lo cual ha sido descrito como una característica relevante de este síntoma en etapas avanzadas de la vida.⁽⁴¹⁾

En cuanto a la intensidad y la frecuencia del dolor, se encontraron diferencias significativas entre los países: la muestra cubana presentó niveles más altos de intensidad y frecuencia (dolor insoportable y constante o presente casi todos los días) en comparación con la muestra colombiana. No obstante, en ambos grupos se evidenció la presencia de un dolor molesto que afecta de manera notable a las personas mayores de ambos países.

En la investigación “Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico” se hallaron resultados similares a los de la muestra colombiana de este estudio: predominó el dolor fuerte (38,5 %), seguido del moderado (36,5 %). En la muestra de Puerto Rico también se reportó una intensidad de dolor entre moderada y fuerte, presente casi todos los días, algunas veces al mes o de forma constante (47,1 %, 26,5 % y 22,1 %, respectivamente), asemejándose ambos estudios a los hallazgos colombianos de la presente investigación.

Por su parte, en un estudio transcultural, para la muestra cubana se encontraron resultados similares: prácticamente la mitad de los adultos mayores refirió experimentar dolor casi todos los días, seguido de dolor constante que no se quita (43,9 y 32,6 %, respectivamente). Asimismo, se observaron diferencias estadísticas significativas entre los sexos (p menor que 0,05), indicando que las mujeres presentaban una mayor frecuencia de dolor que los hombres; mientras ellas reportaron dolor casi todos los días o constante, los hombres señalaron sentirlo algunas veces al mes o casi todos los días.⁽⁵⁸⁾

Aunque los patrones de intensidad y frecuencia del dolor fueron similares, en el presente estudio no se identificaron diferencias significativas en función del género ni de otras variables sociodemográficas.

Impacto en la actividad

Semejanzas. En general, en ambos países se reportó la poca limitación del dolor para todas las actividades y en especial, para los quehaceres del hogar, utilización del transporte, vida social y atención a la familia.

Diferencias. Se encontraron diferencias estadísticas significativas (aunque sin relevancia práctica) en las actividades de ir de compras y de recreación, entre las muestras de ambos países, dentro del grupo de personas mayores que reportaron limitaciones frecuentes.

En cuanto a la recreación o diversión, los participantes colombianos señalaron limitaciones más frecuentes (81,8 % reportó una limitación frecuente en comparación con los cubanos, de los cuales el 68,7 % indicó tener poca limitación). Por el contrario, la actividad de ir de compras fue reportada como una limitación frecuente con mayor frecuencia por los cubanos con 81,4 %, mientras que el 69,6 % de los colombianos manifestó tener poca limitación en esta actividad (tabla 3.1).

Tabla 3.1 Impacto o afectación de la actividad habitual en el momento del dolor

País	Cuba				Colombia				Estadígrafos
Limitación del dolor en la actividad	Poca		Frecuente		Poca		Frecuente		V de Cramer
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	
Quehaceres del hogar	79	62,7	47	37,3	104	57	78	42,9	0,329 0,056
Atención a la familia	96	75,6	31	24,4	123	65,4	65	34,6	0,055 0,108
Utilización de transporte	86	63,7	49	36,3	118	59,3	81	40,7	0,418 0,044
Compras	22	18,6	96	81,4	117	69,6	51	30,4	0,132
Recreación (diversión, deportes)	79	68,7	36	31,3	30	18,2	135	81,8	0,011 0,152
Vida social	102	76,7	31	23,3	135	69,6	59	30,4	0,158 0,078

Discusión sobre el impacto en la actividad

Aunque los mayores de ambos países reportaron poca limitación del dolor para todas las actividades (quehaceres del hogar, utilización del transporte, vida social y atención a la familia), se encontraron diferencias para las actividades ir de compras y recreación, con limitación frecuente reportada por los cubanos para ir de compras, y para los colombianos para llevar a cabo la recreación o diversión, aunque estas diferencias no pueden considerarse de importancia, ya que su significancia práctica es despreciable (V de Cramer menor que 0,03)

Se debe profundizar en futuros estudios ya que pueden estar apuntando a diferencias en estilo de vida de las poblaciones de ambos países caribeños, lo cual no podemos afirmar por las limitaciones metodológicas del estudio.

En otros trabajos de investigación se ha señalado que los cambios propios de la vejez suelen acompañarse de enfermedades de larga evolución y, con ello, de un aumento del dolor crónico, el cual se asocia al deterioro de las capacidades funcionales y a mayores niveles de dependencia para realizar las actividades cotidianas.^(15,24,64) Estudios realizados en poblaciones europeas y norteamericanas destacan la limitación de la actividad en personas mayores con dolor, resultados que no coinciden con los hallados en la presente investigación, donde se observó una baja interferencia del dolor en todas las actividades evaluadas.^(60,70)

Estos hallazgos son consistentes con los reportados por las autoras en el estudio “Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico”.

Cerquera et al. (2019) encontraron resultados similares al evaluar el nivel de dependencia mediante el Índice de Barthel, reportando que el 86,5 % de las personas mayores presentaban total independencia para las actividades de la vida diaria.⁽⁵⁸⁾

Hallazgos semejantes fueron descritos por Vera y colaboradores para la muestra de adultos mayores puertorriqueños,⁽³¹⁾ y coinciden también con los obtenidos por Pérez (2019) en una muestra comunitaria cubana.⁽¹⁵⁾

De igual manera, estos resultados se corresponden con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en Colombia.⁽⁷¹⁾

Estos hallazgos resaltan la necesidad de seguir profundizando en las características del dolor en personas mayores caribeñas, dado que emergen patrones que difieren de los reportados en otros contextos socioculturales en relación con el dolor crónico osteomuscular y su vínculo con la funcionalidad. Será necesario realizar estudios con muestras representativas, un aspecto que hasta el momento es una limitación.

Presencia de estados emocionales en diferentes momentos del dolor

Diferencias y semejanzas. La tabla 3.2 muestra la presencia de síntomas emocionales relacionados con el dolor y la significación de las diferencias entre países.

En la muestra cubana hay mayor cantidad de reportes de síntomas emocionales que en la colombiana, con una significancia práctica grande (V de Cramer mayor que 0,06) para síntomas psicofisiológicos de ansiedad y para los pensamientos de muerte, y una asociación moderada (V de Cramer entre 0,03 y 0,06) para los síntomas afectivos, mientras que las diferencias encontradas para síntomas de tipo psicofisiológico o vivencial comunes al dolor y los trastornos emocionales (el cansancio, la fatiga y la intranquilidad) no tuvo significación práctica (V de Cramer menor que 0,03).

Tabla 3.2. Presencia de síntomas emocionales relacionados con el dolor

País	Cuba		Colombia		Estadígrafos	
Síntomas afectivos o vivenciales						
Síntomas	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Prob.	V. de Cramer
Miedo	6	(3,0)	75	(54,0)	0,000	0,588
NO	194	(97,0)	64	(46,0)		
SÍ						
Ansiedad anticipatoria	5	(2,5)	64	(46,0)	0,000	0,532
NO	195	(97,5)	75	(54,0)		
SÍ						
Triste	4	(2,0)	41	(29,5)	0,000	0,399
NO	196	(98,0)	98	(70,5)		
SÍ						
Apatía	5	(2,5)	44	(31,7)	0,000	0,408
NO	195	(97,5)	95	(68,3)		
SÍ						
Tensión	3	(1,5)	39	(28,1)	0,000	0,396
NO	197	(98,5)	100	(71,9)		
SÍ						
Síntomas psicofisiológicos						
Taquicardia	3	(1,5)	100	(71,9)	0,000	0,753
NO	197	(98,5)	34	(28,1)		
SÍ						
Salto epigástrico	1	(1)	105	(75,5)	0,000	0,796
NO	199	(99)	34	(24,5)		
SÍ						
Sudoraciones	1	(1)	72	(51,8)	0,000	0,614
NO	199	(99)	67	(48,2)		
SÍ						
Temblores	2	(1)	79	(56,8)	0,000	0,644
NO	198	(99)	60	(43,2)		
SÍ						
Fatiga	6	(3,0)	30	(21,6)	0,000	0,297
NO	194	(97,0)	109	(78,4)		
SÍ						
Cansancio	5	(2,5)	19	(13,7)	0,000	0,214
NO	195	(97,5)	120	(86,3)		
SÍ						
Síntomas conductuales y cognitivos						
Intranquilidad	8	(4,0)	23	(16,5)	0,000	0,214
NO	192	(96,0)	116	(83,5)		
SÍ						
Llanto	4	(2,0)	60	(43,2)	0,000	0,517
NO	196	(98,0)	79	(56,8)		
SÍ						
Pensamiento de muerte	3	(1,5)	105	(75,5)	0,000	0,782
NO	197	(98,5)	34	(24,5)		
SÍ						

Nota: el (SÍ) indica presencia del síntoma, el (NO) ausencia de ellos.

La tabla 3.3 muestra la presencia de síntomas en distintos momentos del curso del dolor (durante el episodio doloroso, después de su aparición y desde mucho antes de que este surgiera). Las personas mayores cubanas reportaron una mayor cantidad de síntomas emocionales negativos (afectivos, cognitivos, conductuales y psicofisiológicos) en comparación con sus pares colombianos, en especial antes y después de la aparición del dolor.

Las diferencias mostraron una significancia práctica fuerte (V de Cramer mayor que 0,06) o moderada (V de Cramer entre 0,03 y 0,06) antes de la aparición del dolor, fueron mayores en las personas cubanas para la ansiedad anticipatoria, el miedo, la tristeza, y para síntomas psicofisiológicos de ansiedad como taquicardia, salto epigástrico, temblores y sudoración, así como para el llanto y los pensamientos de muerte.

El estudio evidenció la presencia de indicadores emocionales asociados a trastornos ansioso-depresivos en la muestra cubana incluso antes de que surgiera el dolor.

Después de la aparición del dolor, las personas cubanas también reportaron más síntomas emocionales, destacándose diferencias moderadas en tensión, apatía, intranquilidad, llanto y fatiga.

Los participantes colombianos mostraron una mayor expresión de síntomas emocionales negativos durante el momento del dolor, lo que sugiere que estos operan como parte del sufrimiento propio de la experiencia dolorosa, pero no como indicadores de trastornos emocionales.

Otro análisis del estudio tuvo como objetivo explorar la posibilidad de identificar subgrupos de pacientes, según el predominio del reporte de síntomas en los distintos momentos evaluados en ambos países.

Para cada país se realizaron tres análisis de *clúster* (grupo), basados en los síntomas reportados antes, durante y después del dolor, además un análisis de *clúster* secundario con los identificados.

Cuba. Durante el dolor, los mejores predictores fueron los síntomas ansioso-depresivos. El análisis presentó un valor de silueta aceptable (0,07) y permitió discriminar entre un grupo con alta frecuencia de síntomas y otro sin síntomas (tabla 3.4).

Tabla 3.3. Síntomas emocionales según el momento de la aparición del dolor para las muestras de Cuba y Colombia

Síntomas emocionales	País	Refiere síntoma en el momento del Dolor		Refiere síntoma después de la aparición del dolor		Refiere síntoma Antes de la aparición del dolor	
		Frec. sí	(%) NO	Frec. (%) sí	NO	Frec. (%) sí	NO
Miedo	Cuba	14 (7)	186 (93)	54 (27)	146 (73)	125 (62)	75 (38)
	Colombia	38 (27)	101 (73)	11 (8)	128 (92)	14,(10)	125 (90)
	Prob. ETA	0,000 0,278		0,000 0,238		0,000 0,524	
Ansiedad anticipatoria	Cuba	18 (9)	182 (91)	50 (25)	150 (75)	127 (64)	73 (36)
	Colombia	51 (37)	88 (63)	20 (14)	119 (86)	2 (1)	137 (99)
	Prob. ETA	0,000 0,338		0,018 0,129		0,000 0,629	
Tensión, alterado	Cuba	8 (4)	192 (96)	124 (62)	76 (38)	65 (32)	135 (68)
	Colombia	50 (36)	89 (64)	7 (12)	122 (88)	2 (1)	137 (99)
	Prob. V de Cramer	0,000 0,601		0,000 0,497		0,000 0,384	
Tristeza	Cuba	8 (4)	192 (96)	90 (45)	110 (55)	98 (49)	102 (51)
	Colombia	57 (41)	82 (59)	30 (22)	109 (78)	10 (7)	129 (93)
	Prob. ETA	0,000 0,462		0,000 0,241		0,000 0,441	

Tabla 3.3. Continuación

Apatía	Cuba	12 (6)	188 (94)	122 (61)	78 (39)	60 (30)	140 (70)
	Colombia	42 (30)	97 (70)	36 (26)	103 (74)	16 (12)	123 (88)
	Prob.	0,000		0,000			0,000
	ETA	0,325		0,346			0,218
Síntomas psicofisiológicos							
Fatiga	Cuba	4 (2)	196 (98)	111 (55)	89 (45)	77 (38)	123 (62)
	Colombia	63 (45)	76 (55)	28 (20)	111 (80)	17 (12)	122 (88)
	Prob.	0,000		0,000			0,000
	ETA	0,535		0,354			0,289
Cansancio	Cuba	8 (4)	192 (96)	135 (68)	65 (32)	50 (25)	150 (75)
	Colombia	61 (44)	78 (56)	40 (29)	99 (71)	18 (13)	121 (87)
	Prob.	0,000		0,000			0,006
	ETA	0,487		0,381			0,148
Taquicardia	Cuba	6 (3)	194 (97)	45 (22)	155 (78)	145 (73)	55 (27)
	Colombia	20 14)	119 (86)	9 (6)	130 (94)	8 (6)	131 (94)
	Prob.	0,000		0,000			0,000
	ETA	0,210		0,215			0,660
Salto epigástrico.	Cuba	4 (2)	196 (98)	46 (23)	154 (77)	148(74)	52 (26)
	Colombia	13 (9)	126 (91)	13 (9)	126 (91)	7 (5)	132 (95)
	Prob.	0,002		0,001			0,000
	ETA	0,166		0,177			0,681

Tabla 3.3. Continuación

Sudoraciones	Cuba	8 (4)	192 (96)	61 (30)	139 (70)	129 (65)	71 (35)
	Colombia	46 (33)	93 (67)	7 (5)	132 (95)	13 (9)	126 (91)
	Prob. ETA	0,000 0,391		0,000 0,313		0,000 0,550	
Temblores	Cuba	8 (4)	192 (96)	39 (19)	161 (81)	151 (76)	49 (24)
	Colombia	50 (36)	89 (64)	7 (5)	32 (95)	2 (1)	137 (99)
	Prob. ETA	0,000 0,418,		0,000 0,208		0,000 0,732	
Síntomas conductuales y cognitivos							
Intranquilidad	Cuba	17 (8)	183 (92)	133 (67)	67 (33)	41 (20)	159 (80)
	Colombia	80 (58)	59 (42)	27 (19)	112 (81)	8 (6)	131 (94)
	Prob. V de Cramer	0,000 0,534		0,000 0,464		0,000 0,206	
Llanto	Cuba	7 (3)	193 (97)	72 (39)	122 (61)	111 (56)	89 (44)
	Colombia	58 (42)	81 (58)	13 (9)	126 (91)	7 (5)	132 (95)
	Prob. ETA	0,000 0,478		0,000 0,329		0,000 0,521	
Pensamiento de muerte	Cuba	3 (1)	197 (99)	37 (18)	163 (82)	156 (78)	44 (22)
	Colombia	58 (42)	81 (58)	5 (4)	134 (96)	8 (6)	131 (94)
	Prob. ETA	0,000 0,252		0,000 0,222		0,000 0,711	

Tabla 3.4. Cubanos con síntomas emocionales frecuentes y sin síntomas en el momento del dolor

Síntomas emocionales en el momento del dolor. Cuba			
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Sin síntomas	142	71,0
	Con síntomas	58	29,0
	Total	200	100,0

Después de la aparición del dolor, los casos también se dividieron en dos subgrupos (silueta igual a 0,04): uno sin síntomas y otro con síntomas frecuentes, y predominan los síntomas ansiosos y depresivos (tabla 3.5).

Tabla 3.5. Cubanos con síntomas frecuentes y sin síntomas después del dolor

Síntomas emocionales después del dolor. Cuba			
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Clúster de valor atípico	82	41,0
	No	71	35,5
	Sí	47	23,5
	Total	200	100,0

Nota: (Sí) con síntomas emocionales frecuentes y (NO) sin síntomas emocionales

Discusión sobre los predictores de síntomas emocionales en personas mayores cubanos antes del dolor

El análisis de los síntomas antes del dolor tuvo una silueta promedio igual a 0,02 Se identificaron 3 subgrupos (tabla 3.6), más de la mitad de las personas tenían síntomas antes del dolor, divididas en un grupo en el que predominan los síntomas depresivos, y otro con predominio de los síntomas de ansiedad.

Tabla 3.6. Síntomas emocionales antes del dolor en la muestra cubana

Síntomas emocionales antes del dolor. Cuba			
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Ansiedad	46	23,0
	Depresión	66	33,0
	Sin síntomas	88	44,0
	Total	200	100,0

El análisis de *clústeres* antes-durante-después tuvo buena validez (silueta = 0,7) y detectó seis subgrupos (tabla 3.7). La mayor parte de los casos reporta síntomas de malestar durante el dolor (73 %) independiente, de si tenían síntomas antes o después y de la naturaleza de los síntomas predominantes (depresión o ansiedad), aunque un grupo no refiere síntomas durante el dolor, pero sí depresión desde antes del dolor (13 %) y otro grupo niega malestar (14 %).

Tabla 3.7. Agrupación de los cubanos de acuerdo a tipo de síntomas y momentos del dolor

Síntomas		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Síntomas después y con dolor	41	20,5
	Síntomas solo con dolor	27	13,5
	Sin síntomas	28	14,0
	Ansiedad antes y síntomas con dolor	34	17,0
	Solo depresión antes	26	13,0
	Depresión antes y síntomas con dolor	44	22,0
	Total	200	100,0

Colombia. Los síntomas que contribuyeron más a la discriminación en subgrupos de los pacientes en el momento que tienen dolor fueron los de tipo ansioso. Gracias al análisis (silueta igual a 0,03), se identificaron dos grupos: uno sin síntomas y otro con predominio de síntomas ansiosos (tabla 3.8).

Tabla 3.8. Síntomas emocionales en colombianos en el momento del dolor

Síntomas emocionales en el momento del dolor. Colombia			
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Sin síntomas	89	64,0
	Con síntomas	50	36,0
	Total	139	100,0

Después del dolor, también se hallaron dos *clústers* (silueta igual a 0,04): uno sin síntomas y otro con síntomas predominantemente depresivos y asténicos (tabla 3.9).

Tabla 3.9 Síntomas emocionales después del dolor

Síntomas emocionales después del dolor. Colombia			
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Válido	Sin síntomas	54	38,8
	Con síntomas	85	61,2
	Total	139	100,0

Antes de que apareciera el dolor, los participantes también se distribuyen en dos grupos (silueta igual a 0,07) uno sin síntomas y otro con síntomas, también predominantemente depresivos (tabla 3.10).

Tabla 3.10. Síntomas emocionales antes de que apareciera el dolor.

Síntomas emocionales antes del dolor. Colombia			
		Frecuencia	Por ciento (%)
Válido	Sin síntomas	87	62,6
	Con síntomas	52	37,4
	Total	139	100,0

El análisis con los *clústeres* dio una silueta igual a 1, clasificando los casos en 8 grupos (tabla 3.11).

Tabla 3.11. Agrupación de los colombianos de acuerdo al tipo de síntomas y momentos del dolor

Número de <i>clúster</i> bietápico		Frecuencia	Por ciento (%)
Válido	Sin síntomas	21	15,1
	Con el dolor	15	10,8
	Síntomas después	34	24,5
	Con dolor y después	17	12,2
	Síntomas antes, durante y después	9	6,5
	Síntomas antes y después pero no con dolor	25	18,0
	Síntomas antes	9	6,5
	Síntomas antes y con dolor	9	6,5
	Total	139	100,0

La mayoría de las personas mayores de Cuba y Colombia reportaron síntomas emocionales negativos (afectivos, cognitivos, conductuales y psicofisiológicos). En la muestra cubana, estos síntomas se presentaron principalmente antes de la aparición del dolor y, en menor medida, después de su inicio. En contraste, las personas mayores colombianas manifestaron dichos síntomas durante y posterior al dolor.

Existe consenso en que los estados emocionales negativos son frecuentes en las personas mayores con dolor crónico, ya sea porque pueden anteceder y agravar el dolor o porque surgen como consecuencia de este, contribuyen al sufrimiento de la persona mayor.^(63,67,68)

Uno de los principales aportes de este estudio es que analiza las emociones negativas a lo largo del curso del dolor, y no solo su presencia, ausencia o comorbilidad como síntomas

o trastornos, como ocurre en la mayoría de las investigaciones, por lo que, fue necesario emplear técnicas estadísticas de agrupación y segmentación, como el análisis de *cluster*, que permitieron identificar subgrupos de pacientes según el predominio de síntomas emocionales en distintos momentos del dolor (antes, durante y después).

El análisis de síntomas agrupados también permitió una comprensión más profunda de las semejanzas y diferencias entre las muestras de ambos países, tanto en relación con los síntomas más relevantes como respecto a la fase del proceso doloroso en la que pueden manifestarse.

En la muestra colombiana predominan las personas que reportan síntomas de ansiedad en el momento en que experimentan dolor, así como síntomas asténicos y depresivos después de su aparición. Este hallazgo sugiere que, para la mayoría de los participantes colombianos, el malestar emocional está directamente vinculado con la experiencia dolorosa, dado que el 15 % negó presentar síntomas y solo el 13 % indicó experimentarlos con frecuencia antes de que apareciera el dolor.

En la muestra cubana adquieren mayor relevancia los síntomas ansioso-depresivos. Llama la atención que, antes del dolor, se identificaron dos subgrupos diferenciados por el predominio de ansiedad o de depresión, respectivamente. Más de la mitad de la muestra presentaba esta sintomatología antes de que el dolor se iniciara, lo cual subraya la importancia de explorar en las consultas de dolor la posible presencia de afectaciones previas de salud mental que podrían incidir negativamente en la evolución del dolor.

Una limitación de este estudio es que no se realizó un seguimiento longitudinal, sino que se basó en los reportes retrospectivos de las personas. Esto le otorga un valor relativo a los hallazgos, ya que la información sobre la presencia de síntomas en los distintos momentos del curso del dolor puede estar influenciada por múltiples variables.

Estudios longitudinales han demostrado que el dolor osteomuscular puede generar estados de ánimo depresivos, mediado por su impacto en la funcionalidad, la fatiga y las cogniciones catastrofistas.^(72,74) Estos hallazgos coinciden con lo observado en la muestra colombiana, en la que predominan personas que presentan síntomas depresivos durante y después de la experiencia dolorosa.

En la muestra cubana se encontró una mayor proporción de personas que presentaban sintomatología antes del inicio del dolor. Esto sugiere que dicho malestar emocional pudo haberse visto exacerbado por la experiencia dolorosa (dado el elevado número de participantes que también reportaron síntomas en el momento en que sienten dolor), pero que sus orígenes podrían estar vinculados a otras problemáticas. Es importante señalar que parte de la muestra cubana estaba conformada por pacientes atendidos en consultas especializadas de un hospital por diversas enfermedades crónicas, lo cual podría explicar un mayor reporte de malestar emocional como una posible estrategia para obtener mayor apoyo y atención por parte del personal de salud., este aspecto requiere investigaciones adicionales.

Afrontamiento

Semejanzas. Las personas mayores de ambos países reportaron utilizar con frecuencia estrategias de afrontamiento similares. Los afrontamientos más empleados en ambas muestras fueron tomar algún medicamento, intentar dominar el dolor, ser más fuerte que el dolor, descansar, ver televisión, hacer reposo, distraerse, evitar pensar en el dolor y cambiar de actividad.

Las estrategias menos utilizadas por las personas mayores de ambos países incluyeron consumir alcohol, enfadarse, evitar el contacto social, aislarse, quejarse, lamentarse y llorar (tabla 3.12).

Diferencias. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los afrontamientos empleados con mayor frecuencia. Las personas mayores colombianas reportaron utilizar más estrategias como darse masajes o fricciones, comentar con otras personas que sienten dolor y rezar que las personas mayores cubanas. Los participantes cubanos indicaron con mayor frecuencia, que continuaban realizando sus tareas a pesar del dolor, un comportamiento que difiere significativamente de la muestra colombiana, donde un número muy reducido lo mencionó.

Aunque para ambas muestras descansar y hacer reposo es un afrontamiento frecuente un número significativo mayor de colombianos lo reportaron en relación con la muestra cubana.

También se identificaron diferencias significativas entre las muestras de Cuba y Colombia en los afrontamientos que se empleaban con menor frecuencia.

En ambos países se reportó poco frecuente el uso de afrontamientos ante el dolor, disminuir las luces y el ruido del entorno, evitar ciertas comidas y bebidas, pasear u ocultar a los demás que se siente dolor, pero los participantes cubanos mencionaron en proporción mayor los dos primeros, en comparación con la muestra colombiana. Aunque ocultar el dolor fue una estrategia poco empleada en ambas poblaciones, un número mayor de colombianos la mencionó en comparación con los cubanos.

La significancia práctica de estas diferencias no resultó relevante (V de Cramer menor que 0.3), excepto en las estrategias relacionadas con, la comunicación del dolor (como pedir ayuda o comentar que se siente dolor), para las cuales se halló una significancia moderada. Estas estrategias fueron reportadas con menor frecuencia por los cubanos en comparación con los colombianos.

Tabla 3.12. Frecuencias de estrategias de afrontamiento del dolor

País	Cuba		Colombia		V de Cramer	
	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)		
	Poco	Frecuente	Poco	Frecuente		
Estrategias de afrontamiento						
1 Tomar algún medicamento	66 (33,0)	134 (67,0)	33 (23,9)	105 (43,9)	0,071	0,098
2 Descansar, hacer reposo	82 (41,0)	118 (59,0)	27 (19,6)	111 (80,4)	0,000	0,225

Tabla 3.12. Continuación

País	Cuba		Colombia		V de Cramer	
	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)	Frec. (%)		
	Poco	Frecuente	Poco	Frecuente		
3 Cambiar de actividad	99 (49,5)	101 (50,5)	72 (52,2)	66 (47,8)	0,629	0,026
4 Darse masajes y fricciones	104 (52,0)	96 (48,0)	38 (27,7)	99 (72,3)	0,000	0,241
5 Pedir ayuda a otras personas	180 (90,0)	20 (10,0)	78 (56,5)	60 (43,5)	0,000	0,387
6 Disminuir luces y ruido a su alrededor.	187 (93,5)	13 (6,5)	107 (77,5)	31 (22,5)	0,000	0,233
7 Evitar ciertas comidas y bebidas	185 (92,5)	15 (7,5)	100 (72,5)	38 (27,5)	0,000	0,271
8 Seguir haciendo las tareas aguantando dolor	85 (42,9)	113 (57,1)	93 (67,4)	45 (32,6)	0,000	0,241
9 Quejarse, lamentarse	155 (77,9)	44 (22,1)	103 (74,6)	35 (25,4)	0,488	0,038
10 Llorar	155 (77,5)	45 (22,5)	99 (71,7)	39 (28,3)	0,228	0,066
11 Comentar con otras personas que tiene dolor	157 (78,5)	43 (21,5)	59 (46,8)	67 (53,2)	0,000	0,326
12 Rezar	137 (69,2)	61 (30,8)	66 (47,8)	72 (52,2)	0,000	0,215
13 Distraerse, no pensar en el dolor	92 (46,2)	107(53,8)	76 (55,5)	61 (44,5)	0,096	0,091
14 Tratar de dominar el dolor, ser más fuerte que él.	74 (37,2)	125 (62,8)	61 (44,2)	77 (55,8)	0,196	0,070
15 Tomar alcohol	188 (94,5)	11 (5,5)	131 (94,9)	7 (5,1)	0,855	0,010
16 Enfadarse	171 (85,5)	29 (14,5)	117 (84,8)	21 (15,2)	0,855	0,010
17 Ver televisión	81 (40,5)	119 (59,5)	64 (46,4)	74 (53,6)	0,283	0,058
18 Pasear	178 (89,0)	22 (11,0)	107 (78,1)	30 (21,9)	0,007	0,148
19 Evitar estar con la gente, aislarse	166 (83,4)	33 (16,6)	115 (83,3)	23 (16,7)	0,984	0,001
20 Ocultar a los demás que tengo dolor	121 (61,1)	77 (38,9)	120 (87,0)	18 (13,0)	0,000	0,282

Discusión sobre el afrontamiento

Los afrontamientos son todos los cambios cognitivos o comportamentales que realiza una persona, en este caso con dolor osteomuscular crónico, a fin de poder hacer frente o contrarrestar los efectos negativos que le produce el dolor de modo que le permita funcionar, de la mejor manera posible, adaptativamente a su medio.

En la investigación presente se ha encontrado, como era de esperarse, la presencia de comportamientos diversos llevados a cabo por las personas mayores de ambas muestras en su afán de aliviar el dolor crónico que padecen. Así, en ambos países se aprecian afrontamientos activos y dirigidos al control y dominio del dolor, así como al empleo de la distracción. Nótese como para ambas muestras los afrontamientos evitativos y no constructivos son poco empleados (ej. uso de sustancias tóxicas, el aislamiento social o el sumirse en las vivencias cognitivas y afectivas del dolor).

Se ha considerado, en sentido general, que las estrategias de afrontamiento activo, centradas en la solución del problema, son más eficaces para lograr un buen ajuste a las enfermedades crónicas y al dolor.^(58,69,70)

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas entre los países que no tuvieron significancia práctica, salvo para dos estrategias relacionadas con la comunicación del dolor (pedir ayuda y comentar que tiene dolor) en las que se encontró una significancia moderada, con menor frecuencia entre los cubanos en comparación con los colombianos. Aunque las limitaciones metodológicas del presente estudio no permiten inferir diferencias culturales, para estudios futuros debería investigarse si realmente los cubanos tienden menos a utilizar estas estrategias que pueden favorecer un mejor ajuste al dolor crónico, de cara a la implementación de programas de intervención culturalmente diferenciados. También sería interesante investigar si esta tendencia se asocia a variables propias de la cultura cubana, o a otras culturales asociadas al nivel educativo, procedencia ciudadana de la muestra cubana o mayor edad de los participantes.

En un estudio transcultural en el que participaron varios países latinoamericanos y del Caribe (Cuba, Chile, México y Perú) se reportaron diferencias significativas en torno a las estrategias de afrontamiento al dolor que los mismos emplearon. Los cubanos tuvieron la mayor cantidad de diferencias con respecto a los demás países (en 10 estrategias con los chilenos, en 11 con los peruanos y en 6 con los mexicanos). Los mexicanos reportaron con más frecuencia que los demás países, tomar medicamentos y descansar, en tanto los cubanos refirieron darse masajes más que el resto, mientras, los peruanos reportaron como poco frecuentes, en comparación con las personas de los demás países, las estrategias de aguantar el dolor, rezar, distraerse, dominar el dolor y ver televisión.⁽⁷⁶⁾

Discusión sobre el apoyo social

Las personas mayores de ambos países manifestaron recibir apoyo social por parte de las personas que le rodeaban (emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectivo) (tabla 3.13).

Se encontraron diferencias significativas en la dimensión de interacción social positiva (IPS) con medias marginales estimadas mayores en la muestra colombiana, aunque es relevante señalar que el valor de eta cuadrado indica que el efecto del país es débil.

Tabla 3.13. Apoyo social percibido (MOS) para cubanos y colombianos

Apoyo social	País	Media	Desv. estándar	Límite inferior	Límite superior	F	Sign.	ETA
Emocional	Colombia	29,3022	7,65909	28,0176	30,5867	3,680	0,056	0,011
	Cuba	27,9050	5,74377	27,1041	28,7059			
Instrumental	Colombia	15,4820	4,30428	14,7601	16,2039	0,306	0,581	0,001
	Cuba	15,7050	3,11875	15,2701	16,1399			
IPS	Colombia	14,9784	3,95714	14,3148	15,6421	11,309	0,001	0,032 ^a
	Cuba	13,6950	3,06085	13,2682	14,1218			
Afectivo	Colombia	11,9496	3,07944	11,4332	12,4661	4,410	0,063	0,013
	Cuba	11,3150	2,47109	10,9704	11,6596			

En la tabla 3.14 se presentan resultados del apoyo social por parte de la familia y se encontraron diferencias significativas en todos los comportamientos, con significancia práctica para recibir más atención y tener más compañía.

Tabla 3.14. Percepción de apoyo social de parte del familiar cuando hay dolor

Percepción del comportamiento del familiar	Colombia (%)		Cuba (%)		Chi	V de cramer
	Frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Poco frecuente		
Recibe consuelo	64,9	35	36,4	63,6	25,872	0,280
Ayuda en quehaceres domésticos	66,7	33,3	60,2	39,8	21,403	0,263
Lo complacen y consideran	68,4	31,6	60,3	39,7	25,550	0,284
Tiene más compañía	67,4	32,6	66,5	33,5	35,670	0,335
Recibe más atención	68,9	31,1	78,2	21,8	68,286	0,472

Las muestras de ambos países reportaron un buen nivel de apoyo social percibido, tanto en las dimensiones emocional/informacional, instrumental, de interacción social positiva y afectiva. No obstante, se encontraron diferencias significativas (con un efecto débil) en la dimensión de interacción social positiva según el país, ligeramente superiores en las personas mayores de la muestra colombiana.

El apoyo social percibido hace referencia a la confianza de las personas en disponer de ayuda ante distintas necesidades, y se ha relacionado con una mejor salud, mayor calidad de vida, mayor bienestar y una mayor supervivencia en la vejez.⁽⁷⁸⁻⁸¹⁾ Contar con un apoyo social satisfactorio es especialmente importante para quienes padecen dolor crónico,^(82,83) y, en particular, para las personas mayores.^(15, 83-89)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) recomienda que se incluya la evaluación del apoyo social en la valoración de los adultos mayores con dolor crónico.^(2,90)

En la investigación “Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Un estudio transcultural Bucaramanga, Santa Marta (Colombia), La Habana (Cuba) y Puerto Rico” se encontraron reportes para los países participantes de similares resultados refiriendo tener una percepción buena del apoyo social en todas sus dimensiones: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectivo en la mayoría de las personas mayores del estudio (cubana, colombiana y puertorriqueña).^(15, 31,58)

Hay coincidencia con Vera y colaboradores. cuando consideran que un nivel de independencia o de dependencia ligera puede estar recíprocamente relacionado con niveles relativamente altos de apoyo social recibido o percibido, lo cual tiende a aumentar la capacidad de la persona mayor de manejar y afrontar su condición. La presencia de buen apoyo social percibido y la dependencia escasa, así como los afrontamientos activos y constructivos más que evitativos pueden haber sido factores moduladores del dolor lo cual puede haber influido en algunos resultados encontrados en la presente investigación.

Síntesis de los resultados

Entre los resultados significativos del estudio realizado se pueden mencionar:

- Variables sociodemográficas. Predominaron las semejanzas. En ambos grupos había más mujeres, personas sin pareja y sin vínculo laboral. Las diferencias fueron en edad y nivel escolar, siendo ambas variables de mayor valor para la muestra cubana.
- Características del dolor:
 - Intensidad. En ambos grupos predominó el reporte de dolor de intensidad moderada, pero en la muestra cubana hubo mayor proporción de personas con dolor insoportable que en la colombiana.
 - Frecuencia. Los cubanos reportaron mayor frecuencia.
 - Diseminación. Sin diferencias, en ambos países predomina el dolor.
 - Localizado en el mismo lugar del cuerpo, o que sólo se ha extendido a zonas próximas
- Impacto del dolor en la actividad habitual. En ambos países predominó el reporte de poca limitación del dolor en todas las actividades, y, en especial, para los quehaceres del hogar, utilización del transporte, vida social y atención a la familia.
- Estados emocionales negativos asociados al dolor. Mayor cantidad de adultos mayores cubanos que colombianos con síntomas emocionales de tipo ansioso-depresivo que estaban desde antes que se iniciara el dolor. También mayor cantidad de cubanos con sintomatología emocional después que se presentaron los dolores. En la muestra colombiana los síntomas emocionales negativos fueron asociados al momento del dolor, lo que sugiere que se manifiestan como el componente de sufrimiento asociado a la experiencia de dolor, pero no como indicadores de trastornos.
- Afrontamiento. Predominaron las semejanzas. Los afrontamientos más frecuentemente que reportaron ambas muestras fueron: tomar algún medicamento, tratar de dominar el dolor, ser más fuerte que él, descansar, ver televisión, hacer reposo, distraerse, no pensar en el dolor y cambiar de actividad. Los afrontamientos poco empleados por las personas

mayores de ambos países fueron: tomar alcohol, enfadarse, evitar estar con la gente, aislarse; quejarse, lamentarse y llorar

- Apoyo social percibido. Las personas mayores de ambos países manifestaron recibir apoyo social por parte de las personas que le rodeaban (emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectivo). Se encentraron diferencias significativas sólo en la dimensión de interacción social positiva (IPS) pero sin significancia práctica.
- Apoyo de los familiares cuando tiene dolor. Los cubanos reportaron menos apoyo de sus familiares, en recibir más atención y tener más compañía.

Conclusiones

La investigación llevó de manera general a las conclusiones siguientes:

- Predominaron las semejanzas en la composición sociodemográfica de la muestra de ambos países: en ambos grupos había más mujeres, personas sin pareja y sin vínculo laboral. Las diferencias se presentaron en edad y nivel escolar, ambas variables fueron de mayor valor para la muestra cubana.
- Con relación a las características del dolor se encontró que en ambos grupos predominó el reporte de dolor de intensidad moderada, pero en la muestra cubana hubo mayor proporción de personas con dolor insoportable que en la colombiana. Los cubanos reportaron mayor frecuencia y no hubo diferencias en la diseminación pues en ambos países predominó el dolor localizado en el mismo lugar del cuerpo, o que sólo se ha extendido a zonas próximas.
- En ambos países predominó el reporte de poca limitación del dolor en todas las actividades, y, en especial, para los quehaceres del hogar, utilización del transporte, vida social y atención a la familia.
- Mayor cantidad de adultos mayores cubanos que colombianos con síntomas emocionales de tipo ansioso-depresivo que estaban desde antes que se iniciara el dolor. También mayor cantidad de cubanos con sintomatología emocional después que se presentaron los dolores. En la muestra colombiana los síntomas emocionales negativos fueron asociados al momento del dolor.
- Los afrontamientos más frecuentes que reportaron ambas muestras fueron: tomar algún medicamento, tratar de dominar el dolor, ser más fuerte que él, descansar, ver televisión, hacer reposo, distraerse, no pensar en el dolor y cambiar de actividad. Los afrontamientos poco empleados por las personas mayores de ambos países fueron: tomar alcohol, enfadarse, evitar estar con la gente, aislarse; quejarse, lamentarse y llorar. No hubo diferencias significativas.
- Las personas mayores de ambos países manifestaron recibir apoyo social por parte de las personas que le rodeaban (emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y afectivo). Los cubanos reportaron significativamente menos apoyo de sus familiares, especialmente en recibir más atención y tener más compañía.

Perspectiva general

Ya no hay dudas acerca de la relevancia de los factores sociales y psicológicos para comprender y abordar los problemas de dolor desde el nivel individual en la atención al paciente que sufre y solicita ayuda, hasta el nivel macrosocial en el diseño de políticas públicas.⁽⁹¹⁾

Aunque se ha producido una abundante cantidad de información, esta se concentra en pocos países con realidades socioeconómicas y culturales diferentes a la nuestra.^(4,14)

La laguna de información se agranda cuando nos concentramos en la atención a las personas mayores con dolor osteomuscular crónico,^(62, 91,92,93) a pesar de que este sector de la población constituye uno de los principales usuarios de los sistemas de salud⁽⁴⁵⁾ y de la importancia clínica, epidemiológica e impacto del problema en la calidad de vida de los mayores,⁽⁹⁴⁾ sus familiares⁽⁹⁵⁾ y del propio personal de salud.^(96,97)

El objetivo general del presente estudio se sustentó en la necesidad de profundizar en la comprensión de la complejidad de las relaciones entre variables sociodemográficas y psicosociales involucradas en la manera en que las personas mayores perciben y enfrentan el dolor crónico y su impacto en su vida habitual. Es lamentable las limitaciones impuestas por la pandemia Covid-19, que ha limitado el proceso de recogida de datos y análisis de resultados, los encontrados en este estudio deberán ser valorados como aproximaciones y sugerencias para futuros estudios.

Aportes y limitaciones

Este estudio ofrece aportes interesantes:

- Permite sustentar que los ancianos con dolor crónico musculoesquelético de nuestras ciudades caribeñas se parecen más de lo que se diferencian en la manera en que perciben el dolor y como este impacta en sus vidas. En ese sentido, nuestro trabajo resalta la alta resiliencia de nuestros mayores, pues aunque presentan altos niveles de dolor, este afecta poco su actividad habitual y su bienestar emocional, usando estrategias eficaces para el afrontamiento al dolor.
- Se encontró que, a pesar de las semejanzas, hay diferencias atribuibles “al parecer”, no tanto a la condición de padecer dolor crónico, como a particularidades del modo de vida de cada país y de los derroteros diferentes del desarrollo socioeconómico en las últimas décadas. Se encontró que los mayores cubanos reportaron mayor frecuencia del dolor, tienen mayor sintomatología emocional “que no se asocia al dolor crónico” y que las actividades más afectadas por el dolor son diferentes (para los cubanos ir de compras y para los colombianos la diversión).
- Se investigaron las emociones negativas en el curso del dolor y su comorbilidad como síntomas o trastornos, como ocurre en la mayoría de las investigaciones.^(68,97,98) Una limitación es que no se explora de manera longitudinal, solo mediante la referencia de las personas, lo que tiene valor relativo pues el reporte de la presencia de síntomas en los diferentes momentos del curso del dolor puede estar influenciado por múltiples variables, como ocurre en todos los instrumentos autoevaluativos.

- Los resultados están limitados por falencias metodológicas, propias de los estudios que se realizan en nuestro medio latinoamericano, por la insuficiencia de recursos para la investigación:
 - Muestras pequeñas, no representativas, que impiden que se puedan realizar afirmaciones válidas.
 - Uso de instrumentos para la recolección de la información que no cuentan con suficiente información sobre sus propiedades psicométricas, situación que afecta en general a la investigación en nuestro medio.⁽⁹⁹⁾ Esta limitación se ha compensado de forma parcial con estudios instrumentales vinculados a este proyecto.^(42,45)
- Los datos fueron tomados antes de la pandemia por lo que es posible que en la actualidad hay que tener en cuenta otras consideraciones y variables.

Referencias bibliográficas

1. International Association for Study of Pain (IASP). Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6(3):249-52.
2. International Association for Study of Pain (IASP). Pain and suffering often make the afflicted individual more vulnerable and this is especially true in the case of older adults. The International Association for the Study of Pain. 2021. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-older-adults/>
3. Morais C, Moyano J, Belton J, and Moyo N. Global Inequities in Pain Treatment: How Future Research Can Address This Better. International Association for the Study of Pain (IASP). 2022. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/global-inequities-in-pain-treatment-how-future-research-can-address-this-better/>
4. Belton J, Harrison D and Birnie K. How to Translate Pain Research to Impact Practice - International Association for the Study of Pain (IASP). 2022. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/how-to-translate-pain-research-to-impact-practice/>
5. Molina J, Figueroa J, Uribe AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. Universitas Psychologica. 2012;12(1):55-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a06.pdf>
6. Centro de Población Latinoamericano. CEPAL. Anuario Estadístico Latinoamericano. Estadísticas Sociales. América Latina y el Caribe: proyecciones de la población total, por decenios, 1950-2050 (en miles de personas a mitad de cada año). 2018. Disponible en: http://www.iberglobal.com/files/2018/cepal_anuario.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [monografías en internet] secretaría general de la OMS. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
8. Da Silva Jr, Rowe JW, Ricardo JJ. Envejecimiento saludable en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2021;45: e125. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/0563df72-e4cc-4371-a354-0c383cdebdc0>
9. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Estadísticas de Salud – Anuario Estadístico de Salud 2024. La Habana. 2025. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2025/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2024/>

10. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Estadísticas de Salud – Anuario Estadístico de Salud. 2020 La Habana. 2021.;45. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2021/08/11/anuario-estadistico-de-salud-2020/>
11. Organización Panamericana de la Salud. ¿Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019?. 2019. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2019/01/23/cuales-son-las-10-principales-amenazas-la-salud-en-2019>
12. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en los adultos mayores. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
13. Fernández DP, Pérez DR. Capítulo 2: Envejecimiento poblacional y epidemiológico: escenario mundial y en América Latina y el Caribe. En: Martha Martín C, Fernández DM, Laguado JE, Herrera MEJ, Pereira MLJ (comps.). El anciano en situación de dependencia y su familia: Aportes desde una mirada interdisciplinaria. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa; 2022. P. 19-30. DOI: <https://doi.org/10.16925/9789587603699>
14. Martín CM, Pérez DR, Cerquera CAM, Rodríguez AF, Vera RH. Estado del arte en la investigación de factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores. Revista Del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2019;16(1):63–86. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/126>
15. Pérez Díaz R. Cap. 5: Capítulo de investigación: dolor osteomuscular, actividad funcional y variables sociodemográficas asociadas con el dolor en el adulto mayor. Cuba. En: Universidad Pontificia Bolivariana (eds.). Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor: Un estudio descriptivo transcultural Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana): 2017. Bucaramanga, Colombia: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2019. 101-18.
16. Martín CM. Aportes de la psicología a la investigación sobre factores psicosociales en el dolor osteomuscular en ancianos. I Coloquio Iberoamericano sobre aportes de la Psicología al alivio del dolor humano, la promoción de la salud y el bienestar. Santa Marta, Colombia; 2016.
17. Martín CM. La evaluación psicológica del dolor crónico: estrategias para nuestro medio [Tesis Doctor en Ciencias de la Salud] Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 2014.
18. Sánchez M. Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2013;13(2):255-270. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56027416009.pdf>
19. Flor H, Turk D. Chronic Pain: An Integrated Biobehavioral Approach. Washington: IASP; 2011.
20. Martín Carbonell M, García Jacobino JC, Grau Abalos JA. Parte V. Aspectos del proceso salud-enfermedad a partir del nivel de funcionamiento psicológico. Cap.12. Aspectos psicológicos en el dolor. En: García Valdés MM, Díaz González JA, et al. Psicología y práctica profesional de la enfermería. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011. p. 353-88. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/psicologia_pract_prof_enf/partev_cap12.pdf
21. Archundia AM, Hernández JA, Cano EA, Catañeda AC. Depresión en adultos mayores residentes de una comunidad rural en Actopan, Hidalgo. Rev Foco. 2025;18(9):e8912. Disponible en: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8912>
22. 22-Arango DCA, Rincón HHG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común.

- Rev Colomb Psiquiat. 2018;47(1):46-55
Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502018000100046
23. Martín Carbonell M, Riquelme Marín A, Pérez Díaz R. Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. *Psicol Caribe*. 2015;32(3):410-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2015000300006&script=sci_arttext
 24. 24-Pérez DR, Marín AR, Martín CM, Meda LRM, Enríquez SJA, Ortigosa QJM. La edad y el género como mediadores de la relación entre apoyo emocional y depresión: un estudio transcultural. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana*. 2015;12(3):1-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64518>
 25. Pérez Díaz R, Iglesias Figueroa D, Cerquera AM, Martín Carbonell M, Riquelme Marín A. Caracterización del dolor y las emociones en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana*. 2017;14(1):1-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2017/hph171d.pdf>
 26. Pérez DR, Martín CM, Riquelme MA. Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana*. 2013;10(1):1-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph131k.pdf>
 27. Kopf A y Patel NB. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Washington: IASP; 2010.
 28. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M, Mercedes Cerquera A, Vera Rodríguez H, Cascudo Barral N, Guevara González A. Dolor osteomuscular y estados emocionales en personas mayores cubanas. *Arch Hosp Univ "Gen Calixto García"*. 2024;12(3):e1280. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1280>
 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: p. 2818-860.
 30. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M, Mercedes Cerquera A. Dolor osteomuscular y funcionalidad en personas mayores de Cuba y Colombia. *Arch Hosp Univ "Gen Calixto García"*. 2024;12(3):e1281. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1281>
 31. 31-Vera HA, Rosario NLI, Cabán HM. Dolor osteomuscular, limitación de la actividad, género, estado civil y apoyo social en una muestra de adultos mayores puertorriqueños. I Coloquio Iberoamericano sobre aportes de la Psicología al alivio del dolor humano, la promoción de la salud y el bienestar. Santa Marta, Colombia; 2016.
 32. Jones MR, Ehrhardt KP, Ripoll JG, Sharma B, Padnos IW, Kaye RJ, Kaye AD. Pain in the Elderly. *Curr Pain Headache*. 2016;20(4):33-42. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11916-016-0551-2>
 33. 33-Martín-Carbonell M. Psicología e hipnosis en el tratamiento del dolor. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.
 34. Hood AM, Booker SQ, Morais CA, Goodin BR, Letzen JE, Campbell LC, et al. Confronting Racism in All Forms of Pain Research: A Shared Commitment for Engagement, Diversity, and Dissemination. *J Pain*. 2022;23(6):913-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35288029/>
 35. Kopf A y Patel NB. Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. Washington: IASP;2010.
 36. Zola TK. Culture and symptoms; an analysis of patients presenting complaints. *Am Social Rev*. 1996;31(5): 615-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5977389/>

37. Sharma S, Ferreira-Valente A, Williams ACDC, Abbott JH, Pais-Ribeiro J, Jensen MP. Group Differences Between Countries and Between Languages in Pain-Related Beliefs, Coping, and Catastrophizing in Chronic Pain: A Systematic Review. *Pain Medicine*. 2020;21(9):1847–62. Disponible en: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/21/9/1847/5733892>
38. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Associations between psychosocial factors and pain intensity, physical functioning, and psychological functioning in patients with chronic pain: A cross-cultural comparison. *Clinical Journal of Pain*. 2014;30(8):713–23. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2014/08000/Associations_Between_Psychosocial_Factors_and_Pain.9.aspx
39. Orhan C, Van Looveren E, Cagnie B, Bashir MN, Lenoir D, Meeu M. Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*. 2018;21:541–58. Disponible en: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=N-TUwMw%3D%3D&journal=114>
40. Expósito Concepción MY, Martín Carbonell M, Oviedo Córdoba H. The ESCV-FC to evaluate quality of life in primary caregivers in the Colombian Caribbean. *Index de Enfermería*. 2018;27(3):152-155. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200011
41. Hernández Pupo A, Martín Carbonell M, Pérez Díaz R, Pupo García O. Adaptación del modelo de Valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor. *Informes Psicológicos*. 2013;13(2):27–42. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informe-psicologicos/article/view/1495>
42. Martín CM. La evaluación del apoyo social: Evidencias de validez de las versiones breves del Cuestionario MOS para adultos mayores colombianos con dolor crónico. *Primer Simposio Internacional de Medición y Evaluación En Salud y Ciencias Sociales, Tendencias e Instrumentos En La Era Digital*. 2021.
43. Martín Carbonell M, Pérez Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*. 2016;15(1):177–92. DOI: <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY15-1.VDEA>
44. Martín Carbonell M, Danel Rúa O. Parte I. Elementos básicos de psicogerontología. Investigación en psicogerontología. En: Riquelme Marín A, Ortigosa Quiles JM, Martín-Carbonell M (Coord.), *Manual de Psicogerontología*. España: Editorial Académica; 2010. p.61–88.
45. Martín Carbonell M, Pérez Díaz R. Psychometric Properties of the Medical Outcomes Study Perceived Social Support Survey and a Brief Version in a Sample of Cuban Seniors Suffering from Chronic Pain. *Research Square*. 2022;5:1-12. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1479578/v1>
46. Riquelme Marín A, Martín Carbonell M, Carrillo Escobar M, López Navas AI. Apoyo social en ancianos. En: Riquelme Marín A, Ortigosa Quiles JM, Martín-Carbonell M (Coord.), *Manual de Psicogerontología*. España: Editorial Académica; 2010. p. 145–64.
47. Zas RB, Martín CM, Blanco RN, Grau JA. El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1995;27(1):9–24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80527101.pdf>
48. Martín Carbonell M, Riquelme Marín A. Capítulo 3. Psicología y dolor. En: Yera Nadal JM. *Temas de Medicina del Dolor*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 13-33. Disponible en: <http://www.bvs.>

sld.cu/libros/temas_medicina_dolor/cap_3.pdf

49. Martín Carbonell M, 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; 2006.
50. Bejerano P, Osorio R, Rodríguez ML y Berrio GM. Evaluación de dolor: adaptación del Cuestionario de McGill-Melzack. *Rev Col Anest.* 1985;13(4):321-325. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-38899>
51. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2035047/>
52. Martín Carbonell M, Cerquera Córdoba A, Fernández Daza M, Higueta JD, Galván Patrignani G, Guerrero Martel M, et al. Estructura factorial del Cuestionario de Apoyo Social MOS en ancianos colombianos con dolor crónico. *Ter Psicol.* 2019;37(3):211-24. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000300211>
53. Tkaczynski A. Segmentation Using Two-Step Cluster Analysis. 2016;5: 109-125.
54. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L, Vanle B, Dang J, Knosp M, et al. Introducción a los Árboles de Decisión Estadística. Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry.* 2018;26(6):352-63. DOI: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000198>
55. Fleiss JL. Measures of effect size for categorical data. In: Cooper H, Hedges LV, editors. *The handbook of research synthesis.* New York: Russell Sage Foundation; 1994. p. 245-60.
56. Asociación Médica Mundial (AMM). 18ª Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki: Finlandia; junio 1964.
57. Da Silva JB, Rowe JW, Jauregui JR. Envejecimiento saludable en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 2021;45:e125. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.125>
58. Cerquera CAM, Uribe AF, Vera RHA, Pérez DR, Martín CM, Rosario NMC, et al. Factores psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor. Un estudio descriptivo transcultural. Colombia (Bucaramanga), Puerto Rico y Cuba (La Habana) 2017. Bucaramanga: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana; 2019.
59. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5/6):307-22. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/307-322/es>
60. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain.* 2006;10(4):287-93. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.EJPAIN.2005.06.009>
61. Cimas MA, Sanz B, Agulló TMS, Escobar A, Forjaz MJ. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *European Journal of Pain.* 2018;22(2): 333-45. DOI: <https://doi.org/10.1002/EJP.1123>
62. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci.* 2022;16:1-15. DOI: <https://doi.org/10.3389/FN-HUM.2022.736688>
63. Welsh TP, Yang AE, Makris UE. Musculoskeletal Pain in Older Adults: A Clinical Review. *Medical Clinics of North America.* 2020;104(5):855-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.MCNA.2020.05.002>

64. Martín Carbonell M, Herrera Marchán E. Introducción: una mirada al anciano en situación de dependencia y a su familia. En: Martín Carbonell M, Fernández-Daza M, Laguado Jaimes E, Herrera Merchán EJ, Pereira Moren LA (Eds.). *El anciano en situación de dependencia y su familia. Aportes desde una mirada interdisciplinaria y latinoamericana*. Colombia: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2022.p.1-15.
65. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M, Ranero Aparicio MV, González Moro MA, Riquelme Marín A. Evaluación del Índice de Satisfacción con la Vida en centenarios cubanos. *Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana*. 2010;7(2):1-16.
66. Lee YC, Frits ML, Iannaccone CK, Weinblatt ME, Shadick NA, Williams DA et al. Subgrouping of Patients with Rheumatoid Arthritis Based on Pain, Fatigue, Inflammation, and Psychosocial Factors. *Arthritis & Rheumatol*. 2014; 66(8):2006–14. DOI: <https://doi.org/10.1002/ART.38682>
67. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anesth*. 2018;123(2):e273–e283. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6676152/>
68. Nieminen LK, Pyysalo LM, Kankaanpää MJ. Prognostic factors for pain chronicity in low back pain: a systematic review. *Pain Reports*. 2021;6(1):e919. DOI: <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000919>
69. O'Sullivan K, Kennedy N, Purtill H, Hannigan A. Understanding pain among older persons: Part 1—the development of novel pain profiles and their association with disability and quality of life. *Age and Ageing*. 2017;46(1),46–51. DOI: <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFW131>
70. Phelps CE, Navratilova E, Porreca F. Cognition in the Chronic Pain Experience: Preclinical Insights. *Trends in Cognitive Sciences*. 2021;25(5):365–76. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2021.01.001>
71. Tamayo Giraldo FJ, Baracaldo Pinzón LI, Valencia Almonacid SL, Ortega Lenis D, Giraldo Cárdenas MM. Índice de envejecimiento activo en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Colombia 2015). *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e69. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.69>
72. Hawker GA, Gignac MAM, Badley E, Davis AM, French MR, Li Y, et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with osteoarthritis. *Arthritis Care Res*. 2011;63(10):1382–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20662042/>
73. Abdi S, Spann A, Borilovic J, de Witte L, Hawley M. Understanding the care and support needs of older people: A scoping review and categorization using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*. 2019;19(1):1–15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
74. Jansen J, van Weert JCM, de Groot J, van Dulmen S, Heeren TJ, Bensing JM. Emotional and informational patient cues: The impact of nurses' responses on recall. *Patient Education and Counseling*. 2010;79(2):218–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2009.10.010>
75. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis. *Scand J Pain*. 2016;11(1):157–62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28850461/>
76. Martín-Carbonell M, Lechuga M. Investigación transcultural en Psicología del Dolor en Iberoamérica, algunas experiencias. Conference: Investigación transcultural en

- Psicología del Dolor en Iberoamérica, algunas experiencias. XXI Congreso Argentino de Dolor. Octubre 2013.
77. Afshar PF, Foroughan M, Vedadhir AA., Tabatabaei MG. Relationship between social function and social well-being in older adults. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(2):135–40. DOI: <https://doi.org/10.18869/NRIP.IRJ.15.2.135>
 78. Asante S, Bang EJ. Dimensions of social support and associations with health among older adults. *Innovation in Aging*. 2019;3(Supplement_1): S319. DOI: <https://doi.org/10.1093/GERONI/IGZ038.1165>
 79. Bai Y, Bian F, Zhang L, Cao Y. The Impact of Social Support on the Health of the Rural Elderly in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6):2004–2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/IJERPH17062004>
 80. Giebel C, Lord K, Cooper C, Shenton J, Cannon J, Pulford D, et al. A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021;36(3):393–402. DOI: <https://doi.org/10.1002/GPS.5434>
 81. Nazari S, Farokhnezhad AP, Sadegh ML, Namazi SA, Farhadi A, Sadeghi NK. Association Between Perceived Social Support and Mental Health Status Among Older Adults. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2021;31(3):147–54.
 82. Che X, Cash RN, Fitzgerald P, Fitzgibbon BM. A Systematic Review of the Processes Underlying the Main and the Buffering Effect of Social Support on the Experience of Pain. *Clin J Pain*. 2018;34(11):1061–76. DOI: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000624>
 83. Coady A, Godard R, Holtzman S. Understanding the link between pain invalidation and depressive symptoms: The role of shame and social support in people with chronic pain. *J Health Psychol*. 2024;29(1):52–64. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053231191919>
 84. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel VA. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):284–93. DOI: <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.115.169094>
 85. Gholamrezaei A, Ashton JCE. Beyond social support: in search of psychosocial predictors of chronic postsurgical pain. *Pain*. 2021;162(4):1275–6. DOI: <https://doi.org/10.1097/J.PAIN.0000000000002183>
 86. Bavik YL, Shaw JD, Wang XH. Social Support: Multidisciplinary Review, Synthesis, and Future Agenda. *Academy of Management Annals*. 2020;14(2):726–58. Disponible en: <https://journals.aom.org/doi/10.5465/annals.2016.0148>
 87. Lee MK, Oh J. Health-Related Quality of Life in Older Adults: Its Association with Health Literacy, Self-Efficacy, Social Support, and Health-Promoting Behavior. *Healthcare*. 2020;8(4):407. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare8040407>
 88. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Salas Catalán A. Caracterización del dolor osteomuscular y apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. *Informes Psicológicos*. 2019;19(2):25–41. DOI: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a02>
 89. Fishman SM, Young HM, Lucas AE, Chou R, Herr K, Murinson BB, et al. Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. *Pain Medicine*. 2013;14(7):971–81. DOI: <https://doi.org/10.1111/pme.12107>
 90. WHO revision of pain management guidelines. Retrieved November. 2022;30. Disponible en: <https://www.who.int/news/>

- item/27-08-2019-who-revision-of-pain-management-guidelines**
91. De Luca K, Parkinson L, Pollard H, Byles J, Blyth F. How is the experience of pain measured in older, community-dwelling people with osteoarthritis? A systematic review of the literature. *Rheumatology International*. 2015;35(9):1461–72. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3268-3>
 92. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules*. 2021;11(8):1256. DOI: <https://doi.org/10.3390/BIOM11081256>
 93. Martín Carbonell M, Laguado Jaime E, Pérez DR, Del Consuelo CK. Problemas de salud en la vejez. Su impacto en la funcionalidad. En: Martín Carbonell M, Fernández Daza M, Laguado Jaimes E, Herrera Marchán EJ, Pereira Moreno LJ. (eds). *El anciano en situación de dependencia y su familia: Aportes desde una mirada interdisciplinaria*. Colombia: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2022. p.35-54
 94. Laslett LL, Quinn SJ, Winzenberg TM, Sanderson KCF, Jones G. A prospective study of the impact of musculoskeletal pain and radiographic osteoarthritis on health related quality of life in community dwelling older people. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13:168-176. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-168>
 95. Benyon K, Muller S, Hill S, Mallen C. Coping strategies as predictors of pain and disability in older people in primary care: a longitudinal study. *BMC Family Practice*. 2013;14:67-74. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-67>
 96. Liu YE, While AE, Norman IJ, Ye W. Health professionals' attitudes toward older people and older patients: a systematic review. *J Interprof Care*. 2012;26(5):397–409. DOI: <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.702146>
 97. Robertson G. Attitudes towards ageing and their impact on health and wellbeing in later life: An agenda for further analysis. *Working with Older People*. 2016;20(4):214–18. DOI: <https://doi.org/10.1108/WWOP-08-2016-0019>
 98. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L, Vanle B, Dang J, Knosp M, et al. Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2018;26(6):352–63. DOI: <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000198>
 99. Pujol CL, Lazzaro SM. Ten Years of Research on Psychosocial Risks, Health, and Performance in Latin America: A comprehensive Systematic Review and Research Agenda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2021;37(3):187–202. DOI: <https://doi.org/10.5093/jwop2021a18>

Anexos

Anexo 1. Cuestionario multidimensional para la evaluación psicológica del dolor: GEMAT

Datos generales del paciente:

Datos de localización: país:_____

Sexo: masculino__ femenino:___

Edad: __

Estado civil: casado__ soltero__ viudo__ divorciado__ unión no formalizada__
separado__otro__

Vínculo laboral: vínculo laboral estable__ vínculo laboral inestable o parcial__ pensionado
o jubilado__ rentista__ actividad laboral no lucrativa, (beneficencia)__ estudiante__ tareas
del propio hogar__ Otro__

Escolaridad: no sabe leer ni escribir__ no terminó la enseñanza básica (primaria) _
enseñanza básica terminada__ no terminó la enseñanza media (secundaria)___ nivel
medio inferior terminado (secundaria)___ enseñanza media superior (preuniversita-
rio)_____ universitario_____

Seleccione la alternativa que le corresponda:

Usted tiene este dolor desde hace:

- Menos de 3 meses.
- De 3 a 5 meses.
- De 6 meses a un año.
- Hace más de un año

Con qué frecuencia tiene este dolor:

- Casi nunca.
- Algunas veces en el mes
- Casi todos los días.
- Constantemente, no se me quita nunca.

Desde que comenzó el dolor hasta el momento:

- El dolor se mantiene localizado en las áreas originales.
- El dolor se ha extendido a zonas próximas.
- El dolor se ha extendido a amplias zonas del cuerpo.
- El dolor se ha extendido a casi todo el cuerpo.

A continuación, le presentamos un grupo de actividades de su vida cotidiana. Marque la frecuencia con que usted tiene limitaciones para realizar cada una de ellas a causa de este dolor.

ACTIVIDADES	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuente	Siempre	No procede
Quehaceres del hogar, reparaciones caseras					
Atención a la familia					
Utilización de los medios de transporte					
Sueño					
Relaciones sexuales					
Actividad laboral					
Realizar las compras de productos de uso cotidiano					
Diversión, deportes					
Vida social					
Aseo personal					

Seleccione las respuestas que mejor describan su situación:

	Desde mucho antes de que aparecieran los dolores	Después que aparecieran los dolores.	En el momento que tengo dolor.	No, nunca
Estoy intranquilo				
Siento miedo por cualquier cosa				
Pienso que algo malo va a suceder				
Tengo taquicardia				
Tengo salto en el estómago				
Tengo sudoraciones				
Siento temblores				
Me siento tenso y alterado				
Me siento triste				
Lloro				
He pensado que mejor es morir				
A veces pienso que soy útil				
Me fatigo				
Me siento cansado				
Me faltan ganas de hacer las cosas				

Seleccione las respuestas que más se ajustan para describir su comportamiento cuando Usted tiene dolor

	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
Descansar, hacer reposo				
Cambiar de actividad				
Darse masajes y fricciones				
Pedir ayuda a otras personas				
Disminuir las luces y el ruido a su alrededor				
Evitar ciertas comidas y bebidas				
Seguir haciendo todas las tareas aguantando el dolor				
Quejarse, lamentarse				
Llorar				
Comentar con otras personas que tiene dolor				
Rezar				
Distraerse. No pensar en el dolor				
Tratar de dominar el dolor, ser más fuerte que él.				
Tomar alcohol.				
Enfadarse, renegar.				
Ver televisión, leer, oír música.				
Pasear				
Evitar estar con la gente, aislarse				
Ocultar a los demás que tengo dolor				

Anexo 2

Cuestionario de McGill-Melzack. Bejarano P, Osorio R, Rodríguez M, Berrío G. (1985).

Marque la palabra que mejor describa la intensidad de su dolor:

0	1	2	3	4	5
No Dolor	Leve	Moderado	Fuerte	Intenso	Insoportable

Anexo 3

Cuestionario de apoyo social (MOS)

Identificación _____ Fecha _____

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1.- Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud?

Nº de amigos íntimos: _____ Nº de familiares cercanos: _____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?. Elija según los siguientes criterios:

A: Nunca **B:** Pocas veces **C:** Algunas veces **D:** La mayoría de las veces **E:** Siempre

A B C D E

- 2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.
- 3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.
- 4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.
- 5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.
- 6.- Alguien que le muestre amor y afecto.
- 7.- Alguien con quien pasar un buen rato.
- 8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.
- 9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones...
- 10.- Alguien que le abrace.
- 11.- Alguien con quien pueda relajarse.
- 12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.
- 13.- Alguien cuyo consejo realmente desee.
- 14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problema.
- 15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas.
- 16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.
- 17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.
- 18.- Alguien con quien divertirse.
- 19.- Alguien que comprenda sus problemas.
- 20.- Alguien a quien amar y sentirse querido.

Índice global apoyo social:

Apoyo emocional:

Apoyo instrumental:

Interacción social positiva:

Apoyo afectivo:

Anexo 4

Modelo de solicitud de consentimiento informado para la investigación: "Dolor osteomuscular y factores psicosociales en personas mayores de Cuba y Colombia, 2021-2022".

Por este medio, yo _____, acepto a participar en la investigación titulada: "Dolor osteomuscular y factores psicosociales en personas mayores de Cuba y Colombia, 2021-2022" y declaro que se me ha explicado que tiene como fin identificar si existen particularidades para el dolor en relación con la cultura, se me ha explicado que la información que aportaré será sólo del conocimiento del equipo de investigación y que de ninguna manera se divulgarán mis datos particulares. También se me ha informado que recibiré tratamiento psicológico en caso de necesitarlo y que puedo abandonar el estudio en el momento que estime conveniente sin necesidad de dar explicaciones y sin compromiso alguno de mi parte.

Glosario de términos

Actividad. Es el desempeño/realización de una tarea o acción por parte de un individuo. La capacidad potencial de la persona en la ejecución de una tarea en un entorno facilitador o uniforme. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento.

Actividades básicas o físicas 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 continúa de otros. Incluyen aspectos tales como: el comer, uso del retrete, arreglarse, vestirse, bañarse, etc. (en cuanto al autocuidado), así como el traslado de un sitio a otro, la deambulaci3n, salir de casa (movilidad).

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 detecci3n precoz del deterioro cognitivo: cocinar, limpiar, usar los transportes p3blicos, manejar dinero, entre otras.

Afrontamiento. Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas espec3ficas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Ansiedad. Estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de est3mulos amenazantes o que suponen riesgo, desaf3o, o patol3gica, que caracteriza a diferentes trastornos ps3quicos.

Apoyo social. Se define como la disponibilidad de personas en quien confiar y que hacen al sujeto sentirse atendido y valorado como persona. Se obtiene a trav3s de los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos (parentesco, amistad, vecindad, entre otros). Tiene funciones integrativas (lo integra a otros, fomenta su desarrollo, lo gui3a) y emocionales (sentimientos de dignidad e intimidad).

Apoyo social percibido. Confianza que tienen las personas de disponer de apoyo social ante distintas necesidades.

Apoyo social percibido emocional/informacional. Soporte emocional, orientaci3n y consejos que recibe la persona mayor.

Apoyo social percibido/Instrumental. Caracterizado por la conducta o material de apoyo con que cuenta la persona mayor.

Apoyo social percibido/Interacción social positiva. Caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales puede hacer cosas divertidas.

Apoyo social percibido/Afectivo. Expresiones de amor y afecto que recibe la persona mayor.

Características del dolor. Indicadores de cómo se manifiesta clínicamente el dolor. Estos son: Intensidad Localización, Frecuencia.

Cuidador. Persona que atiende y apoya a otra persona.

Cuidado formal. Cuidado remunerado. Es ofrecido por instituciones y/o organizaciones sociales, sean estatales o privadas.

Cuidado informal. Cuidado no remunerado proporcionado por un familiar, amigo, vecino o voluntario.

Cultura caribeña. Diversidad de culturas propias de las Antillas Menores.

Depresión. Tristeza mantenida en el tiempo afectando todo el tiempo o casi todo el tiempo nuestra visión del mundo. Tiene una repercusión importante en la vida social del adulto mayor que la padece. Trae consigo un cuadro sintomático que desborda la capacidad de adaptabilidad del deprimido al medio.

Dolor. Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potenciarlo descrita en términos de la misma por lo que el mismo deviene en tema de interés para la Psicología.

Dolor crónico. Dolor que se extiende más allá del tiempo requerido por 6 meses o más.

Dolor osteomuscular. Se describe como una dolencia difusa, sorda, similar a un calambre, con una hiperalgesia definida en muchas ocasiones como taladrante, ardiente, tirante, profunda (que puede ser general y localizada), y con un dolor referido a estructuras somáticas distales, con modificaciones en la sensibilidad superficial y profunda en áreas dolorosas, en las cuales es difícil diferenciar si el dolor proviene de los músculos, tendones, ligamentos, cápsulas articulares, articulaciones o huesos. Este dolor se asocia con la perturbación de la función, con un rango limitado de su movimiento en una región en particular y usualmente tiene una transición de dolor agudo a crónico y en donde el examen físico e imágenes diagnósticas carecen de validez o no permiten establecer la causa del dolor, excepto cuando existe una patología grave subyacente.

Emoción o estado emocional. Respuesta o reacción afectiva intensa y rápida, de corta duración y con gran componente corporal (muscular, neurovisceral, hormonal) que se va a originar desde zonas subcorticales del cerebro, es decir, las menos desarrolladas. Aparecerá en situaciones en las que más que respuesta cognitiva se requiere de estar rápida e intensamente en condiciones de huida o lucha, incluyendo atención expectante a lo que pueda ocurrir, no concentrada en actividad intrapsíquica compleja; más intensa cuanto menos entrenado y cognitivamente preparado esté el sujeto para enfrentar esas situaciones.

Psicología Transcultural o estudio transcultural. Se refiere al estudio sistemático de conductas y experiencias como ocurren en diferentes culturas y son influidas por los cambios que se presentan en cada cultura.

Factores psicosociales. Son aquellas condiciones que se encuentran presentes en una persona tanto en el plano psíquico (en lo interno) como social (condiciones externas que la rodean) y que pueden afectar o no el bienestar de la misma.

Familia. Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.

Ira o rabia. Estado emocional que varía en intensidad, yendo de la irritación leve a la furia intensa. Como otras emociones, está acompañada de cambios fisiológicos y biológicos. Cuando una persona se enfada, su ritmo cardíaco y presión arterial aumentan, al igual que los niveles de las hormonas adrenalina y noradrenalina. La ira puede ser debida a acontecimientos externos o internos.

Limitaciones en la actividad. Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar la actividad. Una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave, en términos de cantidad o calidad en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Persona mayor o mayor. Se considera población de edad o mayor a aquellas personas que tienen 65 o más años (según la OMS); el umbral es arbitrario, pero generalmente aceptado. Naciones Unidas también considera el umbral de los 60 años población mayor.

Resiliencia. Capacidad o habilidad para superar las situaciones indeseadas que le impone la vida, a la par que saca la necesaria experiencia que esta le brinda, sin que se dañe como ser humano, sino que lo hace más pleno.

Síntomas afectivos. Hay aumento de las emociones negativas (miedo, hostilidad y culpa) y descenso de las emociones positivas (jovialidad, autoconfianza, atento y serenidad). La intensidad de la afectividad es menos clara, prevaleciendo sensaciones de vacío, ansiedad o incomodidad, anergia, pérdida de interés y capacidad para experimentar placer.

Síntomas cognitivos. Pensamiento lento o muy rápido, pobre concentración y pérdidas de memoria.

Síntomas psicofisiológicos o comportamentales. Dolores inespecíficos, cambios en el apetito y el peso, problemas de sueño, tendencia a experimentar sensaciones viscerales como particularmente intensas y la dificultad para identificar o comunicar el malestar emocional, pudiendo adquirir la forma de manifestaciones hipocondríacas.

Reumatología. Subespecialidad de la medicina interna que se ocupa del estudio de los procesos inflamatorios o degenerativos y los trastornos metabólicos del tejido conectivo relacionados con una variedad de desórdenes musculoesqueléticos (osteomusculares), tales como la artritis.

Dolor osteomuscular y factores psicosociales en adultos mayores caribeños

La obra muestra los resultados de un estudio sobre el dolor osteomuscular en adultos mayores, basado en dos muestras caribeñas provenientes de La Habana (Cuba) y Santa Marta (Colombia). Acerca al lector a la comprensión del tema, y a la importancia de desarrollar estudios transculturales que puedan ser visualizados a nivel internacional

Presenta los aspectos metodológicos de la investigación, expone y discute sus principales resultados y ofrece conclusiones que destacan las semejanzas y diferencias encontradas entre las muestras. Se presentan recomendaciones finales y se exponen valoraciones sobre los aportes de la psicología actual, así como el alcance y las limitaciones del estudio, se proyectan posibles líneas de perfeccionamiento y nuevos caminos para ampliar la investigación sobre el dolor en las personas mayores, en particular el dolor osteomuscular.

El presente libro está vinculado a la red revida.academicwed.org (<https://revida.academicwed.org/>) y constituye una herramienta valiosa para los profesionales que trabajan con personas mayores y, en especial, para quienes se interesan en el estudio del dolor osteomuscular.

Las autoras, Raquel Pérez Díaz y Marta de la Caridad Martín Carbonell, han realizado estudios transculturales entre ambos países con el propósito de unificar criterios y resultados y su relación con factores psicosociales en personas mayores de América Latina y el Caribe y buscan sentar las bases para la creación de una red que permita visibilizar estas investigaciones



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu