



Artículo de Revisión

Estado del arte en la investigación de factores psicosociales en el dolor
osteomuscular en adultos mayores

Psychosocial Factors in Musculoskeletal Pain in Older Adults

Marta de la Caridad Martín Carbonell^a  , Raquel Pérez Díaz^b , Ara Mercedes Cerquera Córdova^c ,
Ana Fernanda Uribe Rodríguez^c , Hernán Vera^d 

a. Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias de la salud. Profesora e investigadora. Universidad Cooperativa, Santa Marta. Colombia.

b. Licenciada en Psicología. Máster en Medicina Natural y Tradicional y Longevidad Satisfactoria. Profesor e investigador. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

c. Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora e investigadora. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

d. Licenciado en Ciencias Sociales. Doctor en Administración Pública. Profesor e investigador. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.

Recibido: 04/08/2018

Aceptado: 11/11/2018

Resumen

Introducción: El abordaje psicológico del dolor osteomuscular (OM) asociado a enfermedades reumáticas ha producido una respetable cantidad de bibliografía referida a los efectos que tiene sobre el comportamiento emocional y social de los pacientes. No solo muchos problemas de dolor crónico OM

tienen su origen primario en factores psicosociales, sino que estos influyen decisivamente en su evolución, ya sea positiva o negativamente. Estudiar este tema en ancianos incrementa su importancia pues esta población es la que más sufre problemas de dolor OM y paradójicamente, no reciben un tratamiento de calidad pues en muchas culturas se consideran que son “normales” en el envejecimiento.

Objetivo: Presentar una actualización sobre el estado del arte de la investigación en el tema, con énfasis en los aportes iberoamericanos.

Método: Revisión narrativa de publicaciones del 2000 al 2018 en revistas, libros y actas de congresos disponibles en texto completo.

Resultados: Se discuten las principales líneas de investigación, sus resultados fundamentales y los principales problemas y retos.

Conclusión: La investigación sobre el tema es incipiente e insuficiente, con predominio de las publicaciones en inglés y de autores norteamericanos. Se establecen algunas recomendaciones.

Palabras clave: Psicología del dolor, psicogerontología, dolor osteomuscular en personas mayores.

Abstract

Introduction: The psychological approach to musculoskeletal pain associated with rheumatic diseases has produced a great amount of literature regarding the effects it has on patients' emotional and social behavior. Not only many problems of chronic musculoskeletal pain have their primary origin in psychosocial factors, but also these decisively influence their evolution, either positively or negatively. Studying this issue in elderly increases its importance, since this population is the one that suffers the most from problems of musculoskeletal pain and, paradoxically, they do not receive quality treatment, since in many cultures those problems are considered "normal" in aging.

Objective: The aim of the review was to update information on psychosocial factors in musculoskeletal pain in older adults.

Method: A narrative review of publications from 2013 to 2018 was carried out in journals, books and conference proceedings available in full text.

Results: The main lines of research, their fundamental results and the main problems and challenges are discussed.



Conclusions: It is concluded that research on the subject is still incipient and insufficient, and publications in English and by North American authors predominate.

Keywords: *Pain psychology, psychogerontology, musculoskeletal pain in older adults.*

Introducción

El impacto del envejecimiento a nivel mundial, conlleva implicaciones importantes para los gobiernos y las sociedades, lo que impulsa la necesidad de proveer una adecuada atención a las situaciones relacionadas con los ancianos.

Por tal razón, las investigaciones en el área de salud sobre los temas que están relacionados con los adultos mayores son cada vez más necesarias. Específicamente, el tema del dolor está recibiendo gran atención por ser uno de los problemas que más afectan la calidad de vida, esto ha hecho que el estudio del dolor crónico en la tercera edad puede ser considerado una subespecialidad.⁽¹⁾ Sin embargo, la incursión de la psicología en este campo es mucho más reciente. Un análisis bibliométrico exploratorio de 687 artículos indexados en *PsycINFO* que se relacionaban con salud mental en ancianos con dolor crónico, encontró que los principales temas de interés fueron (en orden de importancia): medicamentos para el dolor (especialmente los opiáceos), la depresión, las intervenciones cognitivo-conductuales, las relaciones familiares, comorbilidad, afrontamiento y enfoques de autogestión. También encontró que los investigadores tienden a utilizar una amplia variedad de medidas para el dolor y/o afrontamiento de salud, lo que pone de relieve la falta de consenso en cuanto enfoques de evaluación o temas de investigación más destacados.⁽²⁾

Recientemente, una de las autoras del presente artículo presentó los resultados preliminares de una revisión sistemática⁽³⁾ realizada sobre trabajos publicados sobre psicología del dolor en revistas científicas indexadas en la base de datos *PSICODOC*, en la que se encontró un predominio del enfoque cuantitativo, cognitivo-conductual, del interés en intervención y de la evaluación; así como las repercusiones que los aspectos políticos y administrativos de la ciencia tienen en la producción científica de nuestros países de Latinoamérica, lo que se evidencia en la escasa colaboración multidisciplinaria e internacional, el predominio de la investigación académica, de los estudios descriptivos, y la mayor visibilidad de las publicaciones de algunos países.



El dolor musculoesquelético es una de las quejas más frecuentes de los adultos mayores. Estudiar este padecimiento en ancianos incrementa su importancia, pues, paradójicamente, no reciben un tratamiento de calidad debido a que en muchas culturas se consideran que es “normal” en el envejecimiento. Por otra parte, la pérdida de acondicionamiento muscular y las alteraciones de la marcha secundarias al dolor, pueden dar lugar a lesiones por caídas, alteraciones del apetito y del sueño, con afectaciones de la calidad de vida y mayores costos en salud.^(4,5)

Dado que se reconoce la importancia de una intervención multidisciplinaria que incluya la atención psicológica, es necesario tener claridad acerca de los aportes y retos que tiene la psicología en esta área. Así, el objetivo de este trabajo fue actualizar el estado de la cuestión sobre los factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores, con énfasis en los aportes iberoamericanos. Para ello, es necesario que la información producida en los últimos años se contextualice con los conocimientos que se han producido desde múltiples disciplinas (como es la investigación en geriatría o psicología de la salud) así como ubicarlos en una línea de tiempo, de manera que sea posible acercarse a lo que se sabe y, lo que es aun más importante, identificar falencias y nuevos desarrollos.

Métodos

El presente estudio es una revisión narrativa de publicaciones realizadas entre el 2000 y el primer cuatrimestre del 2018 en revistas, libros, tesis y actas de congresos disponibles a texto completo.

Se consultaron las bases de datos: ScienceDirect, PubMed, Academic Search, Cochrane (específicamente Cochrane-Pain, Palliative and Supportive Care Review Group [PaPaS], Pain-Topics News/Research UPDATES), CLASE, SciELO, tesis doctorales disponibles en red y Medilatina. Asimismo, se accedió a los sitios web oficiales de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), de la Federación Latinoamericana de Psicología del Dolor (FEDLAT) y de la Asociación Colombiana de Dolor. También se buscó literatura en las redes científicas como ResearchGate y Mendeley. Se utilizó, a su vez, la interfaz de búsqueda general EBSCO que permite la búsqueda simultánea en varias bases de datos y Google Académico. Se utilizaron como palabras clave en español e inglés, solas o en diversas combinaciones: dolor, anciano, adulto mayor, psicología, dolor osteomuscular, dolor musculoesquelético; *pain, elder, older people, psychology, osteomuscular pain, musculoskeletal pain*.



Se incluyeron en los análisis los artículos que aportaran información relevante para actualizar el estado de la cuestión sobre aspectos psicosociales en el dolor osteomuscular en las personas mayores y que estuvieran disponibles a texto completo. Para analizar la información se utilizó la estrategia de mapeo sistemático para construir clasificaciones y conducir análisis temáticos a los efectos de obtener un mapa visual del conocimiento existente dentro de un tema amplio. A partir de este análisis, se identificaron temas relevantes para organizar la comunicación de los resultados, según los modelos de CASCADE Project⁽⁶⁾ y Cruz Benito⁽⁷⁾.

Esta estrategia tiene como inconveniente que produce mucha información duplicada, pero tiene la ventaja de permitir el acceso a una mayor cantidad de publicaciones, pues con las palabras clave y los requisitos utilizados, algunas búsquedas no fueron todo lo productivas que se podría esperar, sobre todo las búsquedas en base de datos.

Dolor, enfermedad y envejecimiento

La búsqueda en PubMed (proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information en la National Library of Medicine) posibilitó el acceso a las bases de datos bibliográficas. Solamente la búsqueda del descriptor *pain*, con límite temporal de 2013-2018 se encontraron 37 308 registros en PubMed, pero después de las diversas combinaciones de palabras clave, 69 cumplieron los criterios de inclusión y de estos, solo 12 fueron de acceso abierto.

Al consultar los sitios web especializados de las asociaciones científicas profesionales se encontró información sobre el tema, pero fragmentada, pues fueron escasas las publicaciones dirigidas específicamente al tema de los factores psicosociales en el dolor osteomuscular en mayores. Además, algunos de estos sitios también restringen el acceso a las publicaciones.

Las redes sociales Meddeley y ResearchGate (comunidades científicas que utilizan tecnologías participativas para el intercambio de información) posibilitaron el acceso a textos publicados en revistas de pago, pero que los autores compartían de manera gratuita. Sin embargo, al igual que los sitios de las asociaciones científicas, se encontró que la información aportada sobre el tema estaba dispersa.

Otro aspecto a considerar fue la escasa publicación en español y de autores latinoamericanos encontrada. De este modo, una búsqueda en Google Académico en la que se emplearon los descriptores mencionados



ad supra permitió identificar solo 5 artículos, 1 libro y 4 tesis (una doctoral, una de maestría y dos de pregrado). Luego de analizar el contenido de los textos revisados se resumió la información en diferentes subepígrafes (Fig. 1).



Fig. 1 - Factores psicosociales y dolor en la persona mayor.

Dolor, enfermedad y envejecimiento

La idea de que la vejez es sinónimo de enfermedad y dolor ha estado planeada históricamente en la mente de los médicos, profesionales de la salud y población en general. Aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento, también es cierto que en esta etapa de la vida aumenta la vulnerabilidad a padecer enfermedades y discapacidades ya que se producen cambios en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional, lo que limita la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o el estrés; y un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas.⁽⁵⁾

En la persona mayor es frecuente lo que se denomina “presentación atípica de la enfermedad”, pueden faltar los síntomas más comunes como la fiebre o el dolor o la sintomatología presente puede ser muy

vaga e inespecífica; a su vez algunas enfermedades son confundidas erróneamente con los cambios propios del envejecimiento (tales como: cataratas, artrosis, diabetes). También es característica la coexistencia de múltiples enfermedades agudas o crónicas, lo que, por varias razones, condiciona el modo de enfermar en el paciente geriátrico. De aquellas, los síntomas y la medicación de una de las enfermedades pueden ocultar o retrasar la aparición de síntomas de la segunda. Un problema también es que la presencia de una enfermedad desencadene otras: por ejemplo, la inmovilidad producida por una artrosis puede producir incontinencia urinaria. Por último, algunas patologías conjuntas presentan signos inespecíficos.

Además, los descensos o las alteraciones en la coordinación motora, la percepción espacial, la agudeza visual y auditiva, la fortaleza muscular y ósea, la movilidad y las percepciones sensoriales de los estímulos ambientales (calor y frío) están bien documentados después de los 65 años. Muchos de estos problemas tardíos se asocian con una incrementada fragilidad y senectud fisiológica, particularmente entre las personas mayores, aunque también afecta a los no ancianos. La fragilidad representa múltiples alteraciones del funcionamiento fisiológico y de los procesos que conducen a una disminuida capacidad para completar tareas necesarias. Pero la fragilidad no es necesariamente resultado de una patología o una enfermedad pues incluye alteraciones tales como decrecida movilidad, fortaleza y respuesta a estresores externos e internos, bajos niveles de actividad física y pérdida de peso, así como de las percepciones de salud y bienestar.

En el mayor, situaciones como el aislamiento, la soledad, las necesidades económicas, los deterioros cognoscitivos, los trastornos emocionales y funcionales se relacionan con sus enfermedades. Esto agrava las condiciones físicas y el deterioro producido por la enfermedad, por lo que resulta importante la evaluación social.

En el envejecimiento se produce una serie de cambios que pueden asociarse a problemas de dolor crónico, como la disminución de la masa muscular y el agua corporal total, mientras que, por otro lado, aumenta la grasa corporal. Además, los huesos y las vísceras se contraen y disminuye el metabolismo basal, aunque estos cambios son difíciles de cuantificar y son variables de persona a persona.⁽⁸⁾

Se ha establecido que el umbral de dolor, definido como la capacidad del sistema somatosensorial a reconocer y procesar un estímulo doloroso, aumenta con la edad, especialmente en las mujeres. Por el contrario, el umbral de tolerancia al dolor (entendido como la máxima intensidad de un estímulo que



produce un dolor que un paciente está dispuesto a aceptar en una situación dada) se mantiene sin cambios o incluso disminuye con la edad.⁽⁸⁾

Recientemente se ha establecido que con el envejecimiento se va produciendo un deterioro en los mecanismos opioides y no opioides. Se ha encontrado que los adultos mayores mostraron menos de un tercio de la fuerza de los efectos inhibidores endógenos en comparación con los adultos jóvenes, lo que puede también contribuir a los problemas de dolor crónico en las personas de edad avanzada.⁽⁸⁾ Así mismo, se considera que el dolor crónico de origen osteomuscular y cardiovascular es más común y puede ser más intenso en personas de edad avanzada.

Los estudios dirigidos a elucidar los cambios fisiopatológicos del dolor en la persona mayor han sido escasos y los resultados aún no son definitivos. Sin embargo, existe consenso en que la intensidad del dolor superficial no cambia de manera notoria durante el envejecimiento, pero el dolor profundo parece ser menos frecuente y menos intenso en patología aguda en los ancianos comparados con pacientes más jóvenes.⁽⁹⁾

Las características y el impacto del dolor no han sido bien estudiadas en las personas nonagenarias y centenaria. Una revisión sistemática sobre publicaciones en inglés de dolor musculoesquelético al final de la vida en personas muy ancianas identificó 6 reportes entre los que estaban incluidos estudios de caso, estudios epidemiológicos y una carta al editor. Concluyeron que el dolor musculoesquelético es común en los adultos mayores al final de su vida y tiene un impacto importante en la experiencia individual.⁽¹⁰⁾

Todo ello refleja lo complejo que es el tema relativo a la salud del anciano y lo específico que su abordaje resulta, a la luz de los cambios que tienen lugar con el envejecimiento y, en particular lo relacionado con el dolor.

Epidemiología

Diversos estudios muestran que la prevalencia de dolor crónico entre ancianos de la comunidad varía. Esta variación depende de varios factores como la definición establecida de dolor crónico, las diferencias socio-demográficas regionales y el método de evaluación del dolor. Hay una mayor prevalencia con el aumento de la edad, con la institucionalización o cuando el anciano está vinculado a los servicios de salud.⁽¹¹⁾ Se



plantea que en ancianos institucionalizados puede llegar a ser entre 45-80 % en relación con aquellos pacientes que viven con sus familias, que solo lo presentan valores entre 25-50 %.⁽⁹⁾

Un estudio poblacional sobre dolor de espalda y calidad de vida relacionada con la salud constató que este parece ser una condición más permanente en los grupos de mayor edad y que puede definir a un subgrupo de ancianos en riesgo de llegar a ser frágil por presentar niveles altos de limitaciones funcionales, y dificultades psicológicas y sociales.⁽¹²⁾

Características del dolor osteomuscular

El 16 de octubre es el día mundial de la lucha contra el dolor osteomuscular, siempre bajo el eslogan: “Si hay dolor al movimiento, mídalo, diagnostíquelo y trátelo”.⁽⁹⁾

Definir “dolor osteomuscular” es complejo porque se reconocen múltiples clasificaciones y tipificaciones en función de la etiología, distribución y frecuencia.⁽¹³⁾ En el ámbito clínico se utilizan diferentes criterios para clasificar el dolor. Muchos de ellos se superponen y de hecho no representan más que diferentes perspectivas taxonómicas, por lo que frecuentemente se necesita combinar varias clasificaciones para poder llegar a una descripción más o menos certera del dolor.

El dolor también es clasificado en función de los servicios médicos en que habitualmente se atiende. De este modo, se habla de dolor reumático, dolor oncológico y dolor neurológico. Esta clasificación a menudo se mezcla con distinciones localizacionistas como por ejemplo: dolor lumbar, dolor de espalda (*back pain*), dolor de rodilla. De igual manera, el término dolor osteomuscular se ha usado para referirse al asociado a varias enfermedades reumáticas como: la osteoartritis u osteoartritis, la artritis reumatoide.⁽⁴⁾

Se reconoce que los enfoques actuales para la clasificación de las condiciones de dolor crónico sufren de la falta de una taxonomía basada en la evidencia y no incorporan el conocimiento disponible sobre los mecanismos biopsicosociales que contribuyen a las condiciones de dolor. Para hacer frente a estas deficiencias se está generando una red de instituciones, sociedades y otros actores relevantes en la investigación del dolor en EE. UU., la que intentará proponer una taxonomía multidimensional que tenga en cuenta criterios diagnósticos, características comunes; comorbilidades médicas; consecuencias neurobiológicas, psicosociales y funcionales; mecanismos neurobiológicos y psicosociales, factores de riesgo y factores protectores.⁽¹⁴⁾



Casi siempre, el 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.⁽⁹⁾

Los procesos dolorosos musculoesqueléticos pueden generar ciertos grados de discapacidades en la población afectada, los que varían de acuerdo al área comprometida. Estos grados de discapacidad generan altos costos que varían de acuerdo con la severidad del compromiso.⁽⁴⁾

Para entender la fisiopatología del dolor osteomuscular hay que tener en cuenta que involucra una serie de procesos complejos, en una red confusa de comunicaciones interneuronales que van desde la periferia al sistema nervioso central, donde se integran a la estructura conductual individual influenciada por factores ambientales, genéticos, adaptativos y estructurales; involucrados en perturbaciones complejas de la modulación descendente hasta llegar al foco de mayor atención, el cual es el centro medial posteroventral del bulbo, estructura clave en los mecanismos de apagado y encendido de señales nociceptivas.⁽⁴⁾

Las causas de dolor musculoesquelético en el anciano son múltiples, ya sean enfermedad crónica iniciada en la juventud o problemas reumatológicos que son las más frecuentes.⁽⁹⁾

El dolor osteomuscular en ancianos se localiza en la columna vertebral, en las grandes articulaciones y en los miembros inferiores y/o superiores. Puede estar limitado o generalizado por todo el cuerpo. Ejemplos de dolor localizado se hallan en los síndromes dolorosos musculotendinosos que ocurren a nivel de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y pie.⁽¹³⁾



Aspectos culturales. Estigma

Como ya se ha abordado con anterioridad, en la población predomina la noción de que el dolor crónico osteomuscular es normal y causado por el envejecimiento, lo que tiene cierta fundamentación en el hecho de que en la vejez aumenta la prevalencia de enfermedades que cursan con este tipo de dolor, como las enfermedades reumáticas. Esta creencia conduce a que el dolor en el anciano frecuentemente sea infravalorado e infratratado, lo cual es más evidente para el grupo de los llamados “viejos viejos”.

La cultura ha asumido el papel simplista de habituar a la persona mayor a padecer dolor, por la sencilla razón de ser viejo; por tanto, se espera que acepte el dolor y lo soporte con valentía, ya que quejarse sería símbolo de debilidad. Aún más, cuando alguno de estos “viejos” se queja, la posibilidad de encontrar un profesional abierto y dispuesto a ayudarlo, es baja.⁽⁴⁾

La subvaloración de las quejas del anciano, en muchas ocasiones, puede llevarle a experimentar que su familia o los profesionales de la salud no creen en su dolor (lamentablemente ocurre con frecuencia), sin embargo, son escasos los estudios dirigidos a este tema. La experiencia de estigma puede ocurrir de varias maneras: a través de encuentros reales o percibidos con los demás, por medio de las explicaciones psicológicas de dolor que atribuyen a la persona la responsabilidad en su origen o mantenimiento, y las están asociadas a estereotipos negativos femeninos. En todo caso, la experiencia de que no creen en las quejas puede conducir a aislamiento y la angustia emocional, que puede tomar la forma de culpa, depresión o ira.⁽⁴⁾

Maltrato

Así mismo, los problemas de maltrato al anciano se relacionan también con el dolor osteomuscular, pues en muchas ocasiones son las quejas de dolor la puerta de entrada para descubrir situaciones de maltrato. Pueden ser formas de maltrato: una fractura, contusiones, una intencional privación alimenticia o de medicamentos y tipos de cuidado, lo que puede desencadenar o intensificar un problema de dolor y sufrimiento.

Por ejemplo, en un estudio transcultural europeo que involucró a más de 4000 mayores de Alemania, Grecia, Italia, Lituania, Portugal, España, Suecia se encontró que diferentes tipos de maltrato se asociaban a quejas específicas. Así, el abuso psicológico estaba conectado con las quejas de dolor; el maltrato físico



con dolor de cabeza y presión en la cabeza; pero esta relación está mediada por otros factores en particular, la salud mental y las enfermedades físicas. La misma investigación demostró diferencias entre países y entre los subgrupos de edades en general, los encuestados de Suecia y los más jóvenes (60-64 años) fueron menos afectados por las quejas que los de otros países (por ejemplo, Alemania) y mayores (por ejemplo, 70-74 años).⁽¹⁵⁾

Género y dolor

Los estudios clínicos son consistentes respecto a que las mujeres reportan con frecuencia dolor, en múltiples partes del cuerpo y de mayor severidad que los hombres. Se ha encontrado que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, pero las mismas expectativas de vida libre de dolor.⁽¹⁶⁾

Un revision sistemática de las investigaciones de laboratorio dirigidas a buscar explicaciones de estas diferencias en sujetos sanos no encontró evidencia que permita sustentar explicaciones biológicas, genéticas, hormonales, ni en otros factores fisiológicos. Sobre los factores psicológicos, no hay evidencia del papel mediador de la depresión, mientras que la evidencia sobre ansiedad fue ambigua y al parecer mediada por el catastrofismo. Las expectativas asociadas al rol de género (por ejemplo, la vulnerabilidad emocional) y los estereotipos acerca de la masculinidad-feminidad (como la disposición a informar dolor) sí tenían valor explicativo. También se encontró alguna evidencia acerca de que la historia pasada (episodios recientes de dolor, modelos de dolor familiar, historia de abuso sexual infantil) jugaba un papel importante en la sensibilidad al dolor en las mujeres, pero no en los hombres. Los autores recomiendan asumir estos hallazgos con cautela porque tampoco la evidencia fue concluyente acerca de que las mujeres tenían más sensibilidad al dolor pues estas diferencias frecuentemente eran de pequeña magnitud y no se encontraron en todas las modalidades de dolor o sitios del cuerpo investigados. De igual manera, se alerta sobre la validez ecológica de estos estudios⁽¹⁷⁾



Particularidades de la manifestación del dolor en la vejez

Afectividad

En las últimas décadas han proliferado los estudios, tanto longitudinales como transversales, en que se analiza la afectividad a distintas edades, así como la comparación entre viejos “jóvenes” (menores de 80 años) y viejos “viejos” (80 años y más). Se ha encontrado que los ancianos tienden a informar mayor afectividad positiva (AP) y menor afectividad negativa (AN). El efecto de la AP no es lineal y se incrementa con la edad, es mayor para los hombres, las personas casadas, los extrovertidos y la buena salud física, así como está inversamente relacionada con el estrés y el neuroticismo. De este modo, las personas se mueven desde una etapa de ensayos y vicisitudes en la juventud, a incrementar experiencias de un más placentero balance afectivo, al menos hasta mediados de los 60 años. Estos hallazgos se han denominado la “paradoja de la felicidad”. A pesar de los acontecimientos adversos que suelen sucederse en la vejez (como son: empeoramiento de la salud física y pérdida de seres queridos) en los primeros años no se informa un decremento de los aspectos emocionales del bienestar en los ancianos debido a que ellos tienen una experiencia emocional más compleja, la cual está relacionada con los cambios en las evaluaciones cognitivas de las situaciones y de las motivaciones, que se asocian al desarrollo, de modo que los ancianos maximizan lo positivo y minimizan lo negativo.⁽⁴⁾

Sin embargo, esta visión optimista de que con la edad aumentaría el bienestar puede no ser uniforme ni para todos los grupos de edades dentro de la propia vejez, ni para todos los contextos socioculturales. Esta dinámica afectiva puede también que se interrumpa en la vejez tardía.

Existe consenso acerca de que la AN, y más específicamente la depresión, se asocian con mayores niveles de dolor y discapacidad, con relaciones causales complejas, así como otros estados emocionales como la ansiedad y el miedo.^(4,8,12)

La ansiedad parece que juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las limitaciones de la actividad en el adulto mayor con problemas de dolor OM, y está siendo muy investigada en los últimos tiempos. Específicamente, está recibiendo mucha atención la ansiedad relacionada con el catastrofismo, pues la evidencia es consistente con respecto al papel negativo que tiene este tipo de afrontamiento, así como el miedo a las caídas, el que se ha demostrado que influye en la disminución de la actividad física en los mayores, incluso más que la limitación de la actividad que genera el dolor.⁽⁴⁾



Por otra parte, cada vez se encuentran más evidencias de que el AP puede tener un efecto protector contra el sufrimiento que puede causar el dolor y las limitaciones de la actividad asociados al mismo, así como el papel que tiene la resiliencia como efecto protector de la depresión en el dolor osteomuscular crónico generalizado. La orientación hacia las metas y el procesamiento de la recompensa en la catálisis de las respuestas resilientes al dolor son aspectos que se han estudiado para comprender como se produce la resiliencia en los problemas de dolor crónico, conjuntamente con otros contribuyentes sociales en la emoción positiva, el apoyo social y estilos de expresión del dolor.

Demencia

La relación entre dolor crónico y funcionamiento cognitivo es una de las líneas de investigación más recurrente. La observación clínica revela que muchas personas con dolor crónico reportan también problemas de memoria y concentración. Se plantean varios mecanismos conductuales y neurales que pueden explicar por qué el dolor podría interferir con la memoria.

En primer lugar, las mismas redes neurales se usan para procesar una gran cantidad de tareas, al mismo tiempo, una sola función como el procesamiento nociceptivo puede utilizar muchos recursos neurales. Segundo, las personas con dolor pueden prestar más atención a las sensaciones corporales, lo que resta recursos para el procesamiento de otras informaciones; además, un estímulo previamente definido por una característica dada es procesado de manera más eficiente en la posterior presentación (set atencional), incluso cuando es irrelevante.

Una revisión con metanálisis Cochrane concluyó que hay evidencia moderada de que las personas con dolor crónico obtienen peores resultados en las pruebas de memoria de trabajo que los participantes sanos de control, pero amenazas a la validez sugieren una interpretación cautelosa de estos resultados. En contraste con los datos del comportamiento, parece que hay no evidencia de diferencias fisiológicas entre pacientes y controles.⁽¹⁹⁾

Una de las mayores dificultades que afronta el profesional de la salud que está comprometido en la atención del paciente de edad avanzada tiene que ver con el reconocimiento de dolor en el paciente con déficit cognoscitivo. Se ha encontrado que en hogares geriátricos el número de quejas de dolor y la



severidad del mismo disminuía a medida que el déficit cognoscitivo aumentaba, lo cual sugería que el anciano demente con problemas de comunicación perdía la posibilidad de manifestar este síntoma.

Evaluación del dolor

En la evaluación específica de los ancianos debe recordarse que frecuentemente tienen pérdidas sensoriales, lentitud perceptiva y motora, coexistencia de disímiles problemas de salud, escasa motivación y cooperación que pudiesen presentar, entre otras. Como aspectos relevantes a tener en cuenta en cualquier proceso de evaluación a los ancianos se señalan:⁽⁴⁾

- Elevada importancia del registro de los datos socioclínicos de la historia médica y psiquiátrica de los ancianos.
- Empleo prioritario de la entrevista y la observación.
- Usar pocas pruebas, preferentemente cortas, aplicadas a modo de entrevista oral o integradas en la entrevista clínica.
- Debe distinguirse entre la asistencia y la investigación, porque para este último proceso las características de la aplicación y número de técnicas a emplear dependerá de los objetivos de los estudios.

Diversas investigaciones constatan que, para evaluar la intensidad del dolor, los ancianos prefieren las escalas verbales y las análogo-visuales, en especial la escala numérica de 0-10, donde 0 es no-dolor y 10 el peor dolor que pueda imaginar. Así mismo, la evidencia apunta a que todas las escalas funcionan igual de bien y lo importante son las condiciones de uso como, por ejemplo, estandarizar el ancho de los intervalos en las escalas análogo visuales, las instrucciones y la interpretación de los puntos de corte con valor clínico.

En una investigación cualitativa con ancianos cubanos en la que se exploraron los criterios de profesionales y de personas ancianas acerca de la pertinencia de diferentes métodos de evaluación, se encontró un consenso acerca de que se debe usar el MPQ al inicio de las intervenciones psicológicas y multidisciplinarias favorecía la toma de conciencia de los ancianos sobre su dolor, y la comunicación de



aspectos que no solían comentar habitualmente en la entrevista clínica por los mitos respecto a la relación vejez y dolor. Además, esta técnica puede ofrecer un punto de apoyo de los terapeutas para focalizar las sugerencias terapéuticas específicas. Otra recomendación fue evaluar los cambios en el dolor mediante la aplicación de la escala verbal de rangos aplicada a modo de entrevista, pues los ancianos la prefieren antes la presentación por escrito.⁽²⁰⁾

Para solucionar la ausencia de instrumentos especialmente diseñados para el anciano, algunos investigadores sugieren usar escalas creadas originalmente para otras edades, por ejemplo, en niños.⁽⁹⁾ Las expresiones faciales han probado ser confiables como indicadores no verbales de estados dolorosos y proporcionan indicaciones confiables y válidas de intensidad de dolor cuando se usan en niños y adolescentes. Sin embargo, su papel y su efectividad en la evaluación de dolor en individuos ancianos no están bien establecidos.⁽²¹⁾

De todas las escalas de caras disponibles, la escala de caras revisada (FPS-R) ha mostrado muchas ventajas importantes, entre las que se plantean que: no tiene caras sonrientes o lágrimas, evitando confundir el discomfort emocional con intensidad de dolor. A lo anterior debe sumarse que hay versiones en diferentes idiomas de las instrucciones, las que han sido probadas y están disponibles en la actualidad, y cuyo uso facilita estudios transculturales de dolor.

Si bien el autorreporte es el estándar de oro para evaluación de dolor, otros métodos no verbales (medidas comportamentales e instrumentos observacionales) también proporcionan información importante y clínicamente relevante y pueden ser la herramienta de elección en casos de compromiso cognitivo moderado a severo.

A pesar de la importancia clínica del dolor incidental, pocos intentos se han hecho para investigar la utilidad de evaluaciones realizadas por observadores en ancianos en ese contexto. En este sentido, se hace necesario refinar los instrumentos observacionales para evaluar dolor agudo y dolor persistente y validar estas medidas en múltiples muestras y escenarios antes de desarrollar nuevos instrumentos.

El autoinforme por sí solo no es suficiente para evaluar el dolor en personas de edad avanzada con demencia; por lo que se recomienda la incorporación de instrumentos de observación para los pacientes con deterioro cognitivo.⁽²¹⁾



Uno de los mayores retos es identificar el dolor percibido por el paciente cuando media un déficit de comunicación o, en el peor de los casos, un déficit de estado de conciencia o coexiste una enfermedad demencial. Por tal razón, diversos estudios han intentado valorar la validez real de análisis basados en la observación durante el examen clínico. *Salazar* afirma que hay utilidad en los parámetros que se listan debajo, que, por facilidad nemotécnica, presenta como FLACC (sus iniciales en inglés). La apreciación juiciosa de estas variables puede mejorar la sensibilidad de los clínicos para determinar la presencia del síntoma.⁽⁴⁾ En cada una de ellas el especialista debe observar cuidadosamente un aspecto diferente:

- *Face*: la gesticulación facial.
- *Legs*: la actividad motora espontánea de las piernas.
- *Activity*: la actividad motora generalizada.
- *Cry*: la presencia de llanto espontáneo sin presencia de evento emocional relacionado.
- *Consolability*: la capacidad de controlar el dolor a través del manejo verbal al paciente.

La Sociedad Americana de Geriátrica (SAG) publicó en el 2002 una guía con una serie de indicadores de dolor, consensuados previamente por un panel de expertos. Los indicadores están distribuidos en seis dominios relacionados con cambios de conducta, físicos y psíquicos en pacientes no comunicativos. Dicha guía es en la actualidad un referente en cuanto al diseño de métodos capaces de detectar dolor en pacientes poco comunicativos (no verbales).

Un ejemplo de escala observacional de amplio uso e internacionalmente validada es la escala Abbey, que fue construida para evaluar el dolor en pacientes con demencia avanzada. Está catalogada como una herramienta fiable y útil para detectar dolor en pacientes no verbales. Fue adaptada al español y validada en población española por *Chamorro y Puche*.⁽²²⁾

La escala Abbey cubre cuatro de los seis dominios descritos por la SAG y consta de seis ítems: vocalización, expresión facial, lenguaje corporal, cambios de comportamiento, cambios fisiológicos y cambios físicos (Tablas 1 y 2).⁽²²⁾



Tabla 1A - Escala de dolor de *Abbey* en versión al castellano

Ítems	Escala
Vocalización	Gimoteo, gemido, llanto, gritos
Expresión facial	Tensa, ceño fruncido, muecas, expresión de miedo
Lenguaje corporal	Inquietud, mecerse, proteger una zona, retraimiento
Cambio de conducta	Confusión, agitación, negativa a ingestión
Cambios fisiológicos	Temperatura, pulso, tensión arterial
Cambios físicos	Erosiones, lesiones previas, áreas de presión, deformidades osteoarticulares, artritis, contracturas
Vocalización: lamentos, llanto, gruñidos Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	
Expresión facial: expresión tensa, fruncida, lamentándose, aspecto asustado Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	
Lenguaje corporal: movimientos de nerviosismo, de vaivén, protegiendo una parte del cuerpo, retraído Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	
Cambio de comportamiento: aumento de confusión, rehúsa comer, alteración de patrones usuales Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	
Cambios fisiológicos Temperatura, pulso, tensión sanguínea fuera de límites normales, sudor, enrojecimiento facial o palidez Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	
Cambios físicos: cortes en la piel, áreas de presión, artritis, contracturas, heridas anteriores. Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	

Nota: Cada ítem se valora como: ausente 0, leve 1, moderado 2, importante 3. Interpretación de la escala: no dolor 0-3, dolor leve 3-7, dolor moderado 8-13, dolor grave >14

Nota: Suma puntuación total: 0-2, sin dolor; 3-7, leve; 8-13, moderado; 14 +, severo

Los resultados obtenidos por todas las escalas observacionales en los estudios realizados, incluida la *Abbey*, son considerados moderados y con algunos aspectos discutibles, como la sospecha de que solo detectan dolor en una parte de los pacientes, no discriminan el tipo de dolor, y, por último, si los cambios de conducta observados en los pacientes pueden ser considerados indicadores fehacientes de la presencia de dolor.⁽²²⁾

Tratamiento

A pesar de su importancia epidemiológica y de las consecuencias que tiene para la calidad de vida, el dolor en los mayores es insuficientemente tratado en todos los países. Por ejemplo, una investigación en



Finlandia evidenció que los ancianos consideran que su dolor no es suficientemente tratado, y esa noción persistió a lo largo de 3 años que duró el estudio.⁽¹⁾

Así mismo, hay poca investigación sobre las especificidades de su abordaje. Esto puede ser explicado por la existencia de barreras como la creencia de que el dolor es normal en la vejez y la exigencia social que se le hace al mayor a soportarlo sin quejarse demasiado; los problemas relacionados con la polimedicación y las dificultades para la combinación de analgésicos, los efectos secundarios sumativos o cruzados.

Dada las múltiples comorbilidades y los dilemas éticos al momento de evaluar algunos fármacos, las estrategias de manejo del dolor en los ancianos no han sido evaluadas de modo sistemático y la mayoría se basa en la experiencia clínica en pacientes más jóvenes o con dolor oncológico.⁽⁹⁾ Aunque debe referirse igualmente que existe consenso acerca de que el manejo óptimo del dolor es multidisciplinario e incluye estrategias farmacológicas, apoyo psicológico y rehabilitación física.⁽⁸⁾

La insuficiente investigación es más evidente para las terapias no farmacológicas, a pesar que en algunas culturas parecen ser las preferidas por los mayores para el control del dolor crónico. Entre los tratamientos no farmacológicos que las personas mayores emplean para el manejo del dolor se encuentran: el ejercicio, descanso, calor, aplicación de frío, entablillado, vendajes, masaje, la distracción, relajación, grupos de apoyo y refuerzo. También se destacan en algunas culturas el empleo de plantas medicinales, las oraciones y la fe religiosa.

De todas las estrategias no farmacológicas, la que mayor atención ha recibido es la actividad física. Existe suficiente evidencia de sus beneficios, por lo que se recomienda como uno de los pilares del tratamiento.

Para los restantes abordajes terapéuticos (farmacológicos y no farmacológicos) para el tratamiento del dolor crónico en mayores, las evidencias aun no son concluyentes.⁽²³⁾

Desde la década de los setenta del siglo XX se están publicando ensayos clínicos sobre la eficacia de las técnicas psicológicas y se han publicado múltiples revisiones sistemáticas y metanálisis sobre todo sobre CBT que consistentemente han demostrado que tiene efectos beneficiosos, específicamente para la depresión, la discapacidad y la experiencia de dolor, pero en el caso de sus especificaciones en mayores, hay pocos estudios bien controlados y un escaso o ausente intento de investigar las especificidades o adaptaciones que requieren para los ancianos. Se reporta alguna evidencia a favor de la relajación muscular progresiva, más imaginación guiada para el dolor de la osteoartritis y hay un apoyo limitado para la



meditación y el taichi para mejorar la funcionalidad en los adultos mayores con dolor lumbar o osteoartritis.^(4,24,25)

Un aspecto importante que determina la eficacia de los tratamientos en esos casos es la relación médico-paciente. Así, se ha encontrado que permitir la participación del anciano en la toma de decisiones sobre el abordaje analgésico para los adultos mayores con dolor musculoesquelético agudo, puede mejorar los resultados.⁽⁸⁾

Conclusiones

A pesar de su importancia clínica, epidemiológica y social, la investigación sobre los factores psicosociales en el dolor osteomuscular en ancianos es incipiente e insuficiente, con predominio de las publicaciones en inglés y de autores norteamericanos.

Una tarea pendiente es continuar profundizando en los indicadores bibliométricos que ayuden a comprender los derroteros actuales de la investigación y, en ese sentido, precisar los aportes y limitaciones de la psicología latinoamericana.

A partir de los resultados preliminares derivados de esta revisión narrativa, se pueden apuntar algunas prioridades y perspectivas:

- Llevar a cabo más investigaciones acerca de la prevalencia, historia natural, causas y consecuencias del dolor osteomuscular en mayores, con énfasis en los viejos más viejos.
- Describir el impacto del dolor osteomuscular en las diferentes etapas del envejecimiento y al final de la vida
- Investigación que ofrezca información basada en evidencia sobre abordajes terapéuticos para el dolor osteomuscular al final de la vida
- Estandarizar estrategias y procedimientos de evaluación que permitan la réplica de las investigaciones, al mismo tiempo que se favorezcan estudios clínicos de calidad.
- Incrementar las investigaciones sobre la eficiencia y eficacia de las intervenciones psicológicas.
- Considerar en los estudios los efectos adversos, y aquellos que no los valoren, considerarlos antiéticos.



- Controlar la experticia de los terapeutas, pues en muchas investigaciones las terapias las ejecutan personal sin experiencia clínica, que no ha sido especialmente entrenado para ejecutarla.
- Deberían considerarse otras modalidades, además de los ECA, como son los estudios observacionales de gran escala, los estudios transculturales y los estudios de caso.
- Ofrecer acceso abierto a los datos
- Procurar muestras más homogéneas de pacientes e intervenciones más específicas relacionadas con las medidas de evaluación.

Referencias bibliográficas

1. Karttunen Nm, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age and Ageing* 2014: 845-50.
2. Piotrowski C. Chronic Pain in the Elderly: Mapping the Mental Health Literature. *Journal of Instructional Psychology*. 2014 [acceso: 02/08/2018];Jun:16-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Chris_Piotrowski/publication/282158641_Chronic_Pain_in_the_Elderly_Mapping_the_Mental_Health_Literature/links/5605e63d08aea25fce34230c.pdf?origin=publication_list&ev=srch_pub_xdl
3. Martín Carbonell M. Una revisión sistemática cualitativa sobre la Psicología del Dolor en América Latina: Resultados preliminares. En: Actas de la VII Conferencia Internacional Psicosalud 2014. Palacio de Convenciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
4. Martín-Carbonell M, Riquelme-Marín A. Psicología y Dolor. En: YeraJ. Ed. Temas de Medicina del Dolor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 13-33.
5. Pérez Díaz R, Cascudo Barral N, Martín Carbonel M. Cap.12. Grandes Síndromes Geriátricos. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles JM, Martín Carbonell M (comp.) Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010. p. 249-77.
6. CASCADE Project. Mapping in literature reviews. 2012 [acceso: 02/08/2018]; Disponible en: https://as.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/academicservices/educationenhancement/cascade/Mapping_in_literature_reviews.pdf



- 7-Cruz Benito, J. Systematic Literature Review & Mapping. Salamanca, España: Grupo GRIAL 2016 [acceso: 02/08/2018]; Disponible en: <http://repositorio.grial.eu/handle/grial/685>
- 8-Jones MR, Ehrhardt KP, Ripoll JG, Sharma B. Pain in the Elderly. *Curr Pain Headache* 2016:20-23. DOI: [10.1007/s11916-016-0551-2](https://doi.org/10.1007/s11916-016-0551-2)
- 9-Arteaga CE, Santacruz JC, Ramírez LJ. Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. *Acta Médica Colombiana*. 2011:30-5.
- 10-Lillie AK, Read S, Mallen C, Croft P, McBeth J. Musculoskeletal pain in older adults at the end-of-life: a systematic search and critical review of the literature with priorities for future research. *BMC Palliative Care*. 2013:12-27.
- 11-Santos F, Niele Silva de Moraes, Adriana Pastorel MaysaSeabraCendoroglo. Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level. *Rev Dor. São Paulo* 2015:171-5. DOI: [10.5935/1806-0013.20150034](https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150034)
- 12- Cedraschi C, LuthyC, Allaz AF, Herrmann FR, Ludwig C. Low back pain and health-related quality of life in community dwelling older adults. *Eur Spine J*. 2016;25(9):2822-32. DOI: [10.1007/s00586-016-4483-7](https://doi.org/10.1007/s00586-016-4483-7)
- 13-Rosenfel N. Dolor en Geriatria. En: Sarah Bistren (edi). Actualidades en el manejo del dolor y cuidados paliativos. México: Editorial Alfil; 2015. p. 179-89.
- 14-The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT). An evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *Journal of Pain*. 2015;15(3):241-9.
- 15-Kersti DS, JF, Viitasara E, Stankūnas M, Sundin Ö, Melchiorre MG, Macassa G, *et al*. The relationship between abuse, psychosocial factors and pain complaints among older persons in Europe *Medicina*. 2014;50:61-7 DOI: [10.1016/j.medic.2014.05.006](https://doi.org/10.1016/j.medic.2014.05.006)
- 16- Zimmer Z, Rubin S. Life Expectancy with and Without Pain in the US. Elderly Population. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*; 2016.
- 17-Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009;10:447-85.



- 18- Bauer H, Emeny RT, Baumert J, Ladwig KH. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European journal of pain* 2016 [acceso: 02/08/2018]; 3(2):74-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26914727>
- 19-Berryman, C, Stanton, TR, Bowering, JK, Tabor A, McFarlane A, Lorimer Moseley G. Evidence for working memory deficits in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2013;154(8):1181-96. DOI: [10.1016/j.pain.2013.03.002](https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.03.002)
- 20-Hernández Pupo A; Martín Carbonell M; Pupo O & Pérez R. Adaptación del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor. *Informes Psicológicos*. 2013 [acceso: 02/08/2018]; 27-42 Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/2791/2436>
- 21-Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?. *The American journal of emergency medicine* 2018.
- 22-Chamorro P, Puche E. Traducción al castellano y validación de la escala Abbey para la detección del dolor en pacientes no comunicativos. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2013;20(1):3-7. DOI: [10.4321/S1134-80462013000100002](https://doi.org/10.4321/S1134-80462013000100002)
- 23-Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age and Ageing*. 2018;47(suppl_1):1-22.
- 24-Martín-Carbonell M. *Psicología e hipnosis en el tratamiento del dolor*. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.
- 25-Hernández Cruz N, Iglesias Acevedo MJ, Martín Carbonell M y Fernández Daza M. Prácticas curativas, estilos de vida, apoyo social y calidad de vida en ancianos de recursos económicos medio-alto. En: *Memorias de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2014*. Palacio de Convenciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

