

Dolor crónico en personas mayores institucionalizadas: influencia del apoyo social y de variables afectivas

Chronic pain in the elderly nursing home population: the influence of social support and affective variables

Rubén González-Rodríguez^{1,*}
Antonio Taboada-Vázquez²
Cristina Gómez-Cantorna³
Sandra Heleno-Serrano⁴
Manuel Gandoy-Crego⁵

1. Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa, Universidad de Vigo, Ourense, España.
2. Programa de doctorado en Psicología, Universidad de A Coruña, A Coruña, España.
3. Departamento de Enfermería, Universidad de Vigo, Vigo, España.
4. Departamento de Psicología, Universidad de A Coruña, A Coruña, España.
5. Departamento de Enfermería, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es (Rubén González Rodríguez).

Recibido el 6 de abril de 2020; aceptado el 2 de junio de 2020.

RESUMEN

Objetivo: Analizar si la ansiedad es la variable de mayor peso específico en la sensación de dolor, así como establecer de una manera clara el papel que desempeñan las variables de clima social y de interacción social en el proceso de dolor. **Metodología:** La muestra seleccionada fue de 74 ancianos (37 manifestaban dolor crónico y 37 no). Se recogieron también de cada sujeto datos demográficos, clínicos y test psicológicos (cuestionario STAI y Escala de MOS). **Resultados:** Las mayores diferencias entre los sujetos que manifiestan tener o no tener dolor se encuentran en las variables de ansiedad y en la ansiedad rasgo. Existe una alta correlación negativa entre la ansiedad y el clima social. El apoyo emocional y el clima social general son las variables de clima que más correlacionan negativamente con la ansiedad.

Para el grupo de personas con dolor, la variable tenencia de familiares cercanos es la que actúa concomitantemente con las variables de clima social. **Conclusiones:** Se demuestra que la ansiedad es el predictor más importante del grado en que un sujeto informa tener dolor. Se considera que determinados instrumentos de medida del clima social, como es el caso de la Escala de MOS, son de gran ayuda para predecir la aparición de dolor crónico, y que manipulando sus variables integrantes el personal de los equipos de salud puede disponer de formas útiles que ayuden a mejorar positivamente a las personas mayores en la mejora de su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Dolor crónico, anciano, depresión emocional, relaciones interpersonales, enfermería geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyse whether anxiety is the variable with the greatest specific weight in the sensation of pain, as well as to establish in a clear way the role that social climate and social interaction variables in the pain process.

Methodology: The selected sample consisted of 74 elderly people (37 with chronic pain (37 had chronic pain and 37 did not). Demographic, clinical and psychological tests (STAI questionnaire and MOS scale) were also collected from each subject. **Results:** The greatest differences between subjects who reported having or not having pain were found in the anxiety and trait anxiety variables. There is a high negative correlation between anxiety and social climate. Emotional support and general social climate are the climate variables that correlate most negatively with anxiety. For the group of people in pain, the variable having close relatives is the one that acts concomitantly with anxiety.

Conclusions: Anxiety is shown to be the most important predictor of the degree to which a subject reports having pain. It is considered that certain instruments for measuring social climate, such as the MOS Scale, are the MOS Scale, are considered to be of great help in predicting the appearance of chronic pain, and that by manipulating its constituent variables, health team personnel can have useful ways of helping to positively improve the elderly in the positively help older people to improve their quality of life.

KEYWORDS: Chronic pain, elderly, emotional depression, interpersonal relations, geriatric nursing.

■ INTRODUCCIÓN

La población anciana es la que presenta una mayor prevalencia de problemas de dolor¹. Desde un punto de vista demográfico, es la población de mayor crecimiento mundial², por lo que cada vez habrá más personas aquejadas por el problema del dolor.

El dolor es una manifestación subjetiva, que además se encuentra unida a cuestiones culturales y demográficas. Clark et al. señalan que existen diferencias en la información del mismo según las personas residan en zonas urbanas o rurales³. Gokkaya et al.⁴ concluyen que existe una

alta prevalencia de manifestación de dolor en personas con el siguiente perfil: mujer, de bajos ingresos económicos, con apoyo social bajo, alta depresión y presentación concomitante de otras enfermedades.

El dolor se puede considerar, según la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, “como una experiencia sensorial y emocional no placentera, que se encuentra asociada a un daño real, potencial o descrita en términos de dicho daño”⁵.

Es difícil establecer cuándo un dolor se puede convertir en crónico, existiendo consenso respecto a que, tras una intervención, se debe sobrepasar suficientemente un tiempo adecuado de recuperación fisiológica

y funcional⁵. Algunos autores elevan este nivel de prevalencia del dolor crónico incluso al 80%⁶.

Frente a la consideración del dolor como una sintomatología más, existe el “síndrome del dolor total”⁷, que se produce cuando este es tan intenso que se convierte en el centro de preocupaciones del sujeto, bloquea su relación con las demás personas y se convierte en una amenaza para que la persona afronte su vida.

Respecto a las investigaciones que han estudiado el dolor en poblaciones ancianas, pocos trabajos se han centrado en el tratamiento no exclusivamente farmacológico que se debe llevar a cabo en los últimos momentos de la vida, salvo el trabajo de Gibson y Schroeder⁸. Hay estudios que manifiestan que se sabe poco sobre cómo generar estrategias adecuadas para evitar que se padezca dolor⁹.

Igual que Casten et al.¹⁰, Feeney verifica que la ansiedad es el único factor que de forma inequívoca predice la información de dolor, poseyendo una explicación de varianza del 27%, dato elevado para producirse por el efecto de una única variable¹.

Este dato es recogido en estudios que tratan de establecer cuál debe ser el sistema asistencial destinado a las personas mayores para afrontar el tratamiento del dolor y que especifican que, junto con el dolor, siempre se manifiesta de forma concomitante la ansiedad¹¹.

Lence et al.¹² demuestran cómo actuando sobre los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se produce una reducción de los niveles de ansiedad y depresión y, consecuentemente, los sujetos informan de menores manifestaciones de síntomas somáticos, entre ellos de dolor.

Estudios de prevalencia indican que la depresión y la ansiedad son variables relacionadas con la aparición de dolor¹³. Utilizando técnicas multivariadas, se puede demostrar que la única variable que siempre predice el nivel de dolor de los sujetos es la ansiedad, mientras que la depresión no lo es de manera habitual¹⁰.

Pero la interacción social también tiene su importancia. Uno de los trabajos más importantes que demostraron cómo los niveles de interacción social de los ancianos, así como sus niveles de depresión, influyen en informar de diversos niveles de dolor es el de Mavandadi et al.¹⁴. El dolor crónico se ve especialmente afectado en los mayores por variables de índole psicológica y social; así, la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no deben limitarse a su sintomatología física, sino que deben basarse en un enfoque multidimensional¹⁵.

El manejo del dolor, especialmente en los centros para mayores, es un tema complejo debido a sus implicaciones psicosociales, a los déficits formativos que frecuentemente presentan los profesionales y al desconocimiento de estrategias no farmacológicas de manejo del dolor, entre otros factores¹⁶.

El dolor puede ser una importante arma para demandar apoyo social, más atenciones de los demás o para facilitar la evitación de la realización de determinadas actividades¹⁷. El apoyo social, además, desempeña un papel importante en la moderación de los efectos del dolor, así como en la aparición de menores niveles de depresión¹⁸. Existe consenso sobre que el apoyo social es un concepto clave en gerontología social¹⁹⁻²⁰.

Algunos autores han enfatizado cómo otras variables, aparte de las citadas, están asociadas al dolor; como por ejemplo el estrés percibido, así como la percepción de control²¹. Sofaer et al.⁹ recalcan la idea del control, añadiendo la de que el anciano pueda ser lo más independiente posible. Un grave problema es cómo la aparición del dolor provoca limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria²².

■ OBJETIVOS

- Analizar si la ansiedad es la variable de mayor peso específico en el grado en que un sujeto informa de la sensación de dolor, verificando

así el dato de trabajos que sitúan a esta variable como la clave explicativa del problema.

- Establecer de manera clara el papel que tienen las variables de clima social e interacción social en el proceso de dolor.

■ MÉTODOS

Participantes

El estudio se llevó a cabo en tres equipamientos residenciales de Galicia (noroeste España). Fueron seleccionados todos los ancianos que recibían medicación por manifestación de dolor y se les igualó con el mismo número de sujetos que no hubieran manifestado dolor y, consecuentemente, no recibían medicación al respecto. En uno de los centros participaron 28 personas, en otro 28 y en otro 18.

La muestra final resultante fue de 74 ancianos (37 manifestaban dolor crónico y 37 no), con edades entre los 60 y los 84 años ($M=73,9$; y $DT=10,4$), siendo el sexo mayoritariamente femenino (un 53,49% respecto a un 46,51% de varones).

Se trabajó con mayores sin deterioro cognitivo, fijándose como criterios de inclusión que los sujetos alcanzasen una puntuación superior a 24 puntos en el Mini Mental^{23,24} y una puntuación superior a 60 puntos en el Índice de Barthel²⁵.

Procedimiento e instrumentos

Como elementos de inclusión de cada sujeto en uno u otro grupo se utilizó tanto el estar medicado por dolor crónico como un informe subjetivo de cada residente, que en una escala del 1 al 10 debía especificar la intensidad media del dolor que sentía. Para ser incluido en el grupo de dolor era preciso, además de estar medicado, obtener puntuaciones en la escala subjetiva superiores a 5 puntos. Para pertenecer al grupo control (no medicado) se requería que, en dicha escala, se obtuvieran puntuaciones inferiores a 3.

Los datos fueron recabados por tres profesionales (con las titulaciones de Enfermería, Psicología y Trabajo Social), ajenos a los equipamientos donde se llevó a cabo la investigación, durante los meses de septiembre y octubre de 2019. De cada sujeto se recogieron también datos demográficos y clínicos (antecedentes, características del dolor e interferencia sobre su vida cotidiana). Además, se recogió información mediante la aplicación de dos test psicológicos:

1. El cuestionario STAI²⁶, para determinar el nivel de ansiedad de cada participante. Mide dos dimensiones de la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo.
2. El cuestionario de apoyo social MOS para medir el clima social²⁷. Hay dos componentes importantes del apoyo social: apoyo estructural (tamaño de la red social) y apoyo funcional (apoyo percibido). El apoyo funcional es quizás el aspecto más importante y multidimensional, incorporando los siguientes factores: emocional (amor, empatía), instrumental (tangibles), informativo (asesoramiento o retroalimentación), estima (ayuda en la autoestima) y compañerismo durante el tiempo libre. El cuestionario MOS evalúa la percepción de apoyo del participante.

Se ha utilizado un diseño transversal, analizando los datos recogidos mediante el programa estadístico SPSS versión 22 para Windows y realizándose análisis descriptivos, correlacionales, inferenciales y de regresión. Para todos los análisis se estableció un nivel de confianza estadística

$p < 0,05$. Los procedimientos utilizados han sido realizados de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

■ RESULTADOS

Análisis previos: fiabilidad de los instrumentos de medida

Inicialmente, se calculó la fiabilidad mediante el alpha de Cronbach. Los valores son muy elevados para el cuestionario de MOS (0,904) y muy aceptables para las variables de ansiedad (ansiedad estado, 0,508; ansiedad rasgo, 0,436). Por tanto, es posible afirmar que los instrumentos de medida son fiables, cumpliendo adecuadamente el requisito previo para analizar los datos que permitirán corroborar o no nuestras hipótesis.

Análisis de datos de comparación de las dos submuestras

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos que permiten determinar si las variables dependientes analizadas ofrecen valores diferentes en función de que los sujetos estén tomando analgésicos o no, así como de su informe subjetivo de dolor, que ha sido la manera operativa de referirnos a la variable criterio, dolor versus no dolor.

La tabla 1 ofrece resultados de los principales estadísticos descriptivos: media, desviación típica y error típico de medida. Como puede observarse, la ansiedad estado es superior en los sujetos que toman

analgésicos, cuestión que ocurre también con la ansiedad rasgo. Respecto al clima global, las puntuaciones son similares en ambos grupos, si bien con un pequeño incremento en aquellos sujetos que componen la muestra de dolor. Con respecto a las variables integrantes del clima social, observamos cómo ambos grupos poseen valores casi idénticos en apoyo emocional y las diferencias en apoyo instrumental son pequeñas, si bien expresan un valor ligeramente superior para la muestra de sujetos que manifiestan dolor. Las diferencias en interacción social positiva son mínimas, así como en apoyo afectivo. Más diferencial parece ser el indicador del número de amigos que poseen, superior en aquellos sujetos que toman analgésicos. También en familiares cercanos encontramos una diferencia a favor de los sujetos que manifiestan dolor y, contrariamente a lo esperado en función de datos anteriores, los sujetos que no manifiestan dolor presentan una media de visitas más elevada. Las diferencias entre ambos grupos son pequeñas, por lo que resulta imprescindible aplicar una técnica de significación de diferencia de medias.

La tabla 2 permite observar los resultados de aplicar una prueba *t* de diferencia de medias entre grupos. Previamente se determinó si las varianzas de ambos grupos eran homogéneas, utilizando la prueba de Levene, y cuyos resultados aparecen en las primeras columnas; cuando la significación en dicha prueba obtuvo resultados inferiores a 0,05, se utilizó la prueba *t* para medias con varianzas no homogéneas, y si el valor de significación era igual o superior a 0,05, se utilizó la prueba de diferencias de medias para varianzas homogéneas.

Los resultados ponen de manifiesto cómo solo dos variables permiten afirmar que existen diferencias entre ambos grupos: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Contrariamente a lo esperado, ninguna variable de clima social mostró diferencias significativas. Sin embargo, las dos variables que miden ansiedad obtienen resultados muy significativos, mostrando una ansiedad mayor en los sujetos medicados (y por lo tanto con dolor) frente a los no medicados.

Dado que los análisis anteriores analizan cada variable por separado, se aplicaron a continuación dos tipos de análisis que permitieran obtener información de la interacción entre las variables. Primeramente, las correlaciones de Pearson existentes entre variables; y, en segundo lugar, una regresión lineal. La exposición de los resultados de las correlaciones se recoge en la tabla 3.

Como puede observarse, existe una correlación significativa positiva entre las dos medidas de ansiedad, así como entre el clima global y los dos tipos de ansiedad; lo mismo ocurre con el apoyo emocional. El apoyo instrumental solo correlaciona con las variables de clima. La interacción social positiva correlaciona, además de con otras variables de clima, con la ansiedad rasgo, de manera negativa. El apoyo afectivo correlaciona negativamente con ambas variables de ansiedad, así como con las variables de clima. Sin embargo, el número de amigos, tener familiares cercanos y la media de visitas recibidas no presenta correlación significativa con las variables de ansiedad, y raramente con las de clima. Estos resultados apoyan que estamos trabajando con tres conceptos diferentes: ansiedad, clima social y presencia real de otros; y cómo la ansiedad, y específicamente la ansiedad rasgo, se relaciona negativamente con el clima global en general y con el apoyo emocional en particular. Entre las variables de interacción real, la variable número de amigos es la que presenta mayores correlaciones significativas con alguna variable de clima, específicamente con el clima global y de nuevo con el apoyo emocional.

Se realizó también un análisis de regresión lineal para determinar qué variables son más predictoras del dolor, tomando todas ellas en su conjunto. El resumen de los resultados del modelo muestra cómo el valor de R^2 no es muy elevado (0,301), pero es altamente significativo (0,005).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los subgrupos de no dolor y dolor

	Toma de analgésicos	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Ansiedad estado	No	14,43	7,99	1,31
	Sí	23,75	12,29	2,04
Ansiedad rasgo	No	16,08	9,37	1,54
	Sí	26,33	10,74	1,79
Clima global	No	58,59	18,76	3,08
	Sí	58,78	17,69	2,94
Apoyo emocional	No	21,92	9,47	1,55
	Sí	21,25	9,08	1,51
Apoyo instrumental	No	16,46	4,35	0,71
	Sí	17,39	2,62	0,43
Interacción social positiva	No	11,00	4,64	0,76
	Sí	11,11	4,86	0,81
Apoyo afectivo	No	9,22	3,54	0,58
	Sí	9,03	3,75	0,62
N.º de amigos	No	1,68	2,97	0,48
	Sí	2,53	5,47	0,91
Familiares cercanos	No	3,11	2,70	0,44
	Sí	2,86	3,08	0,51
Media de visitas	No	6,78	6,12	1,00
	Sí	5,39	5,60	0,93

Tabla 2. Diferencia de medias entre subgrupo de no dolor y de dolor

FLevene	Sig.	t	g.l.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	
Ansiedad estado	12,54	0,001	-3,82	59,87	0,001	-9,31	2,43
Ansiedad rasgo	1,83	0,180	-4,34	71	0,001	-10,25	2,35
Clima social global	0,02	0,887	-0,04	71	0,966	-0,18	4,27
Apoyo emocional	0,00	0,925	0,30	71	0,759	0,66	2,17
Apoyo instrumental	6,80	0,011	-1,10	59,38	0,272	-0,92	0,83
Interacción social positiva	0,01	0,905	-0,10	71	0,921	-0,11	1,11
Apoyo afectivo	0,22	0,638	0,22	71	0,826	0,18	0,85
Número de amigos	1,28	0,261	-0,82	71	0,410	-0,85	1,02
Familiares cercanos	0,49	0,484	0,36	71	0,717	0,24	0,67
Media de visitas	1,48	0,227	1,00	71	0,317	1,38	1,37

Sig.: significancia; g.l.: grados de libertad.

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre las variables del estudio

		Ansiedad estado	Ansiedad rasgo	Clima global	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo	N.º de amigos	Familiares cercanos	Media de visitas
Ansiedad rasgo	Pearson	0,823 ^b									
	Sig.	0,000									
Clima global	Pearson	-0,262 ^a	-0,365 ^b								
	Sig.	0,025	0,001								
Apoyo emocional	Pearson	-0,269 ^a	-0,356 ^b	0,957 ^b							
	Sig.	0,021	0,002	0,000							
Apoyo instrumental	Pearson	-0,024	-0,055	0,590 ^b	0,440 ^b						
	Sig.	0,837	0,643	0,000	0,000						
Interacción social positiva	Pearson	-0,215	-0,378 ^b	0,857 ^b	0,780 ^b	0,321 ^b					
	Sig.	0,068	0,001	0,000	0,000	0,006					
Apoyo afectivo	Pearson	-0,322 ^b	-0,373 ^b	0,858 ^b	0,784 ^b	0,41 ^b	0,674 ^b				
	Sig.	0,005	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000				
N.º de de amigos	Pearson	-0,173	-0,125	0,281 ^a	0,248 ^a	-0,012	0,299 ^a	0,396 ^b			
	Sig.	0,142	0,290	0,016	0,035	0,921	0,010	0,001			
Familiares cercanos	Pearson	-0,127	-0,170	0,241 ^a	0,232 ^a	0,007	0,200	0,349 ^b	0,014		
	Sig.	0,283	0,151	0,040	0,048	0,956	0,089	0,002	0,904		
Media de visitas	Pearson	-0,031	0,041	0,181	0,201	0,150	0,039	0,192	-0,081	0,131	
	Sig.	0,795	0,728	0,126	0,088	0,206	0,742	0,104	0,494	0,267	

^aLa correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

^bLa correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 4 ofrece los coeficientes, tanto no estandarizados como tipificados, de aporte de cada variable a la predicción de dolor, y como puede observarse, solo la ansiedad rasgo implica un aporte significativo al modelo. Además, el clima global fue eliminado al presentar una tolerancia nula.

Por último, se realizó un análisis factorial para cada uno de los grupos por separado, dolor y no dolor, para poder determinar si la estructura factorial y los factores resultantes eran similares o no en ambos grupos. Comenzando por el grupo que no informaba tener dolor, el número de factores significativos (varianza explicada superior a 5% y autovalores superiores a 1), que explican un 38,28% de la varianza, un 18,54, y un

14,22% de la misma, respectivamente. El total, el porcentaje de variable explicada, es de un 71%, resultado bastante favorable. La matriz de componentes rotados nos permite verificar el aporte de cada variable al factor en el que más saturan (se han eliminado las saturaciones en los otros factores). La tabla 5 muestra cómo todas las variables de clima junto con la variable interacción real “número de amigos” saturan primordialmente en el primer factor, las dos variables de ansiedad conforman el segundo factor, y el tercer factor lo forman las variables de interacción real salvo, lógicamente, número de amigos. Esta estructura factorial, por lo tanto, verifica la existencia de los tres grandes grupos de variables citados, salvo con la excepción de la variable número de amigos (variable de clima).

Tabla 4. Coeficientes y significaciones del modelo de predicción del dolor

Modelo	Coeficientes ^a				
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
Ansiedad estado	0,003	0,009	0,061	0,31	0,758
Ansiedad rasgo	0,022	0,009	0,492	2,40	0,019
Apoyo emocional	-0,003	0,012	-0,059	-0,27	0,783
Apoyo instrumental	0,021	0,017	0,147	1,18	0,240
Interacción social positiva	0,016	0,019	0,155	0,84	0,399
Apoyo afectivo	0,004	0,028	0,027	0,13	0,893
Número de amigos	0,013	0,014	0,116	0,94	0,349
Familiares cercanos	0,007	0,020	0,039	0,33	0,740
Media de visitas	-0,013	0,010	-0,154	-1,37	0,176

^aVariable dependiente: analgésicos.

Tabla 5. Matriz de componentes rotados del subgrupo de no dolor

Matriz de componentes rotados ^{a,b}			
	Componente		
	1	2	3
Ansiedad estado		0,864	
Ansiedad rasgo		0,909	
Clima global	0,970		
Apoyo emocional	0,897		
Apoyo instrumental	0,667		
Interacción social positiva	0,799		
Apoyo afectivo	0,872		
N.º de amigos	0,402		
Familiares cercanos			0,822
Media de visitas			0,734

Método de extracción: análisis de componentes principales; método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

^aAnalgésicos = no.

^bLa rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Tabla 6. Matriz de componentes rotados del subgrupo de dolor

Matriz de componentes rotados ^{a,b}			
	Componente		
	1	2	3
Ansiedad estado		-0,919	
Ansiedad rasgo		-0,870	
Clima global	0,847		
Apoyo emocional	0,770		
Apoyo instrumental			0,730
Interacción social positiva	0,794		
Apoyo afectivo	0,801		
N.º de amigos		0,464	
Familiares cercanos	0,607		
Media de visitas			0,783

Método de extracción: análisis de componentes principales; método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

^aAnalgésicos = Sí.

^bLa rotación ha convergido en 6 iteraciones.

La aplicación de la técnica del análisis factorial a los sujetos pertenecientes al grupo de dolor permite determinar la existencia de nuevo de tres factores con explicaciones de varianza bastante similar a los encontrados para el grupo de no dolor, y que entre los tres suman una explicación del 74%, bastante adecuada.

La tabla 6 permite verificar en qué factor satura de manera primordial cada variable. Como se puede observar, nuevamente las variables de ansiedad se sitúan en el mismo factor, y de nuevo el primer factor es de clima social, si bien en este caso el apoyo instrumental se excluye del mismo, perteneciendo a este factor la tenencia de familiares cercanos y no el número de amigos. De hecho, el número de amigos deja de ser una variable de clima y se convierte en un integrante que correlaciona negativamente con la ansiedad. Por último, el tercer factor integra las variables de interacción real (salvo la mencionada de número de amigos) y añade el apoyo instrumental.

■ DISCUSIÓN

Analizando los resultados obtenidos, primeramente, hemos de matizar los datos de Gokkaya et al.⁴ puesto que, en nuestro estudio, los sujetos con dolor mostraban mayor cantidad de amistades y familiares, aunque no evidencien diferencias significativas respecto al grupo control, mostrando estos mayor número de visitas.

Si bien McCracken indicaba que la manifestación de dolor puede señalar intención de conseguir más atención¹⁷, no podemos pronunciarlos claramente ya que, aunque los sujetos sin dolor recibían mayor número de visitas, eran los sujetos con dolor los que tenían mayor interacción social positiva.

Coincidimos con Ferrer²⁸ en el hecho de que los pacientes con dolor crónico muestran valores más elevados de ansiedad rasgo que en grupos controles normales. En nuestro caso, también la ansiedad estado manifestó diferencias significativas entre ambos grupos, coincidiendo con Casten et al.¹⁰ y Fenney¹.

Este estudio permite efectuar una serie de conclusiones que especificamos a continuación:

- Las mayores diferencias entre los sujetos que manifiestan tener o no tener dolor se encuentran en las variables de ansiedad, y especialmente en la ansiedad rasgo. La ansiedad rasgo es el mayor predictor de la toma de analgésicos contra el dolor.

- Las variables utilizadas se agrupan en torno a tres factores: ansiedad, clima social e interacción real.
- Existe una correlación negativa entre la ansiedad y el clima social: altos niveles de ansiedad implican mayor deterioro del clima social.
- El apoyo emocional y el clima social general son las variables de clima que más correlacionan negativamente con la ansiedad.
- La variable de interacción real (número de amigos, tener familiares cercanos y la media de visitas recibidas) no presenta correlación significativa con las variables de ansiedad y raramente con las de clima.
- Entre las variables de interacción real, la variable número de amigos es la que presenta mayores correlaciones significativas con alguna variable de clima, específicamente con el clima global y el apoyo emocional.
- Para el grupo de sujetos que no manifiestan dolor, el número de amigos se comporta como una variable similar al clima social. Sin embargo, esta variable no expresa clima social en los sujetos con dolor, sino que se une a la ansiedad de manera negativa.
- Para el grupo con dolor, la variable tenencia de familiares cercanos es la que actúa concomitantemente con las variables de clima social.
- Por último, para los sujetos con dolor, el apoyo instrumental se manifiesta junto con las variables de interacción real.

Se demuestra, tal y como recogían estudios previos^{1,10-11}, que la ansiedad es el predictor más importante del grado en que un sujeto informa tener dolor. Por otra parte, las variables de interacción real (número de amigos, tener familiares cercanos y la media de visitas recibidas) predicen menos la manifestación de dolor crónico que las que se refieren a clima social en general, es decir, a las de ámbito subjetivo, redundando en la idea de la subjetividad del dolor¹⁸.

La gestión del dolor es una prioridad social y sanitaria que precisa de una actuación multidisciplinar compleja²⁹. La formación de los profesionales sobre el manejo del dolor posibilita una mejor atención y cuidados³⁰, también en patologías oncológicas y en el proceso final de la vida³¹⁻³². Se considera que determinados instrumentos de medida del clima social, como es el caso de la Escala MOS²⁷, son sensibles para predecir la aparición de dolor crónico. Manipulando sus variables integrantes, el personal que desempeña su trabajo en el ámbito sociosanitario puede disponer de formas útiles que ayuden a mejorar positivamente a los ancianos en la mejora de su calidad de vida ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feeney SL. The relationship between pain and negative affect in older adults: anxiety as a predictor of pain. *J Anxiety Disord*. 2004;18:733-44. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2001.04.001>
2. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J*. 2010;10:179-87.
3. Clark L, Jones K, Pennington K. Pain assessment practices with nursing home residents. *West J Nurs Res*. 2004;26:733-50. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945904267734>
4. Gokkaya NKD, Gokce-Kutsal Y, Borman P, Ceceli E, Dogan A, Eyyigor S, et al. Pain and quality of life (QoL) in elderly: The Turkish experience. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55:357-62. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.10.019>
5. Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2006;29(Supl 1):207-9.
6. Franco ML, Seoane A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:29-38.
7. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998;6:29-40.
8. Gibson MC, Schroder C. The many faces of pain for older, dying adults. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001;18:19-25. <http://dx.doi.org/10.1177/104990910101800107>
9. Sofaer B, Moore AP, Holloway I, Lamberty JM, Thorp TAS, O'Dwyer J. Chronic pain as perceived by older people: a qualitative study. *Age Ageing*. 2005;34:462-66. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afi139>
10. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton PM, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain*. 1995;61:271-76.
11. Richardson TM, Simming A, He H, Conwell Y. Anxiety and its correlates among older adults accessing aging services. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:31-8. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2474>
12. Lence EJ, Karp JF, Mulsant BH, Blank S, Sherar MK, Houck PR, et al. Somatic symptoms in late-life anxiety: treatment issues. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005;18:89-96. <http://dx.doi.org/10.1177/0891988705276251>
13. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment – an observational cohort study. *BMC Geriatr*. 2007;7. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-7-3>
14. Mavandadi S, Sorkin DH, Rook KS, Newson JT. Pain, positive and negative social exchanges, and depressive symptomatology in later life. *J Aging Health*. 2007;19:813-30. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264307305179>
15. Izal M, López A, Montorio I. Evaluación e intervención en problemas de dolor crónico. En: Montorio I, Izal M, eds. *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis; 2000. p. 255-80.
16. Jones KR, Fink R, Pepper G, Hutt E, Vojir CP, Scott J, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist*. 2004;44:469-78. <https://doi.org/10.1093/geront/44.4.469>
17. McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*. 2005;113:155-9.
18. Blixen CE, Kippes C. Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *J Nurs Scholarship*. 1999;31:221-6.
19. Fernandez-Ballesteros R. Social support and quality of life among older people in Spain. *J Soc Issues*. 2002;58:645-59. <http://dx.doi.org/10.1111/1540-4560.00282>
20. Vega OM, González-Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Social*. 2009;16:1-11.
21. Rosenbaum DL, White KS, Gervino EV. The impact of perceived stress and perceived control on anxiety and mood disorders in noncardiac chest pain. *J Health Psychol*. 2012;17:1183-92. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105311433906>
22. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs*. 2010;11:209-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.08.006>
23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
24. Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Examen cognoscitivo Mini Mental. Madrid: TEA editores; 2002.
25. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Arch Physiol Med Rehabil*. 1979;60:145-54.
26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. New York: Consulting Psychologists Press; 1983.
27. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991;32:705-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
28. Ferrer VA. Dolor crónico: Análisis de Factores Psicosociales y de Personalidad que pueden influir en su percepción [tesis doctoral]. Mallorca: Universidad de las Illes Balears; 1992.
29. Montoro-Lorite M, Canalias-Reverter M. Dolor y demencia avanzada. *Revisión bibliográfica*. *Gerokomos*. 2015;26(4):142-7.
30. Ortega-López RM, Aguirre-González ME, Pérez-Vega ME, Aguilera Pérez P, Sánchez Castellanos MD, Cárdenas Villarreal VM, et al. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *CienciaUAT [revista en Internet]*. 2018;12(2):29-39.
31. Contreras SE, Sanhueza OL. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y/o significados para enfermeras/os. *Cienc. enferm*. 2016;22(1):47-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>
32. López SR, Bermejo MJ, Rivero C, Alcover Robles R, Rodríguez Orellana S, Linares Rodríguez C. Atención al dolor oncológico-enfermedad terminal por la enfermera de urgencias a domicilio. *Enfermería Comunitaria*. 2019;15. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e12342>