

Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez

Learning to live with chronic pain in old age

Alejandra María Alvarado García¹, Ángela María Salazar Maya²

Resumen

Objetivo: Comprender significados y proceso por el que transita el adulto mayor al vivir con dolor crónico benigno en el envejecimiento.

Método: Entrevistas en profundidad a 25 ancianos con dolor crónico benigno. Para el análisis de los datos se utilizó el enfoque de la teoría fundamentada, el muestreo teórico hasta alcanzar la saturación teórica.

Hallazgos: Emergieron cuatro categorías: 1) Sintiendo el cuerpo lastimado, 2) La comprensión de las limitaciones, 3) Sobrellevando el dolor, y 4) Vivir con el dolor. La categoría central: "Aprender a vivir con dolor: de la incomprensión a la adaptación". Asimismo, se identificó un proceso común: 1) Descubrimiento del dolor, 2) Experimentar una vida de dolor, 3) Adaptarse a una vida de los cambios, y 4) Reflexión sobre la experiencia. Los significados y etapas del proceso comprenden las estrategias de adaptación que utilizan los adultos mayores para enfrentar sus situaciones dolorosas.

Conclusiones: Este estudio propone una conceptualización creativa y significativa: "Aprender a vivir con dolor crónico en la vejez: de la incomprensión a la adaptación". La síntesis del proceso y los significados capturan específicamente la experiencia y aumentan la utilidad de la teoría en la práctica.

Keywords: Dolor crónico, geriatría, teoría de enfermería, teoría fundamentada (Bireme DeCS).

Fecha de recepción: 13 de julio de 2017
Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2017

¹ Profesor asociado, Universidad de la Sabana.

² Profesora titular, Universidad de Antioquia.

Correspondencia: Alejandra María Alvarado García. Profesora Asociado. Universidad de la Sabana. Campus Universitario, autopista norte de Bogotá, km 7, Puente del Común, Chía (Cundinamarca), 861 5555 / 861 6666. Apartado: 53753. alejandra.alvarado@unisabana.edu.co.

Abstract

Objective: To understand meanings and process that the older adult travels through living with benign chronic pain in aging.

Method: In-depth interviews to 25 elderly patients with benign chronic pain, for the analysis of the data was used the grounded theory, with theoretical sampling until reaching theoretical saturation.

Findings: Four categories emerged: 1) Feeling the body hurt, 2) Understanding limitations, 3) Overcoming pain, and 4) Living with pain. The central category: "Learning to live with pain: from incomprehension to adaptation". Also, a common process was identified: 1) Discovery of pain, 2) Experiencing a life of pain, 3) Adapting to a life of change, and 4) Reflection on experience. The meanings and stages of the process comprise the coping strategies used by older adults to cope with their painful situations.

Conclusions: This study proposes a creative and meaningful conceptualization "Learning to live with chronic pain in old age: from incomprehension to adaptation". The synthesis of process and meanings specifically capture experience and increase the utility of theory in practice.

Keywords: Chronic Pain; Geriatrics; Nursing Theory; Grounded Theory (Bireme DeCS).

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es común en los adultos mayores y resulta en una morbilidad sustancial. Una muestra reciente y representativa a nivel mundial de adultos mayores que viven en la comunidad encontró que el 67% reportó dolor de intensidad moderada o mayor durante las últimas 4 semanas (1). La prevalencia de dolor no varió significativamente entre los grupos de edad de las personas de 60 a 74 años, 75 a 84 y 85 y mayores. A nivel mundial se ha estimado que 1 de cada 5 adultos sufre de dolor y 1 de cada 10 adultos es diagnosticado con dolor crónico cada año (1).

Sin embargo, la prevalencia del dolor puede aumentar a medida que los adultos mayores se acercan al final de la vida. También los pacientes de mayor edad a menudo tienen dolor en múltiples sitios, agravando el sufrimiento relacionado con el dolor y la discapacidad (1).

El dolor más reportado es el asociado con las articulaciones y la neuralgia, que se producen con frecuencia entre las personas de edad

avanzada. A pesar de que el dolor crónico es común, las investigaciones muestran que el 25 % de los individuos que experimentan dolor diario no reciben medicamentos analgésicos, ni tratamientos no farmacológicos. Entre estos pacientes, 21 % eran de 65 a 74 años, el 26 % entre los 75 a 84 años y el 30 % mayores de 84 años (2).

La presencia de dolor se asocia con una peor salud y las personas con dolor pueden experimentar mayor deterioro funcional, caídas, depresión, disminución del apetito, sueño deteriorado y aislamiento social en comparación con las personas que no sufren dolor (3). Además, el impacto multidimensional del dolor puede dejar a los adultos mayores más vulnerables y menos capaces de responder eficazmente a los estresores fisiológicos, contribuyendo, en última instancia, al desarrollo de la fragilidad. Aunque el dolor puede ser manejado adecuadamente en la mayoría de los pacientes ancianos, sigue siendo subtratado (4).

El fenómeno del dolor en el anciano representa una situación humana compleja y requiere del campo de la enfermería una mayor inversión en la investigación y la teoría. Hasta la fecha la literatura no describe o explica la experiencia de vida con dolor crónico en la vejez. Del mismo modo, el dolor puede no ser bien manejado; y no hay evidencia disponible que explore la experiencia del dolor en profundidad. Sin embargo, este estudio tiene como propósito comprender los significados y el proceso por el que transita el adulto mayor al vivir con dolor crónico benigno en el envejecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo que utilizó la teoría fundamentada, puesto que el fenómeno del dolor crónico en la vejez es un proceso social básico. Las personas comparten experiencias, percepciones, pensamientos y conductas comunes, que son la esencia del fenómeno (5).

Se utilizó las entrevistas en profundidad, la comparación constante y el muestreo teórico, en el análisis de los datos, para identificar códigos, categorías y, por último, la categoría central, utilizando un enfoque sistemático para la recopilación y análisis de datos y para la construcción de conceptos basados en las narrativas de las personas entrevistadas.

Los participantes fueron invitados a contribuir en el estudio por medio de la enfermera que labora en las casas de cuidado de día, se les proporcionó información del estudio y en una reunión posterior se les preguntó si desean ser voluntarios para el estudio.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 60 años, presentar dolor crónico con evolución no menor de 6 meses, sin problemas mentales diagnosticados que los limitaran a participar en

la entrevista, que puedan firmar el consentimiento informado y ser capaz de expresarse. A continuación, los participantes fueron contactados para obtener el consentimiento informado y establecer la fecha y el lugar para la entrevista.

Los participantes fueron 25: 16 mujeres y 9 hombres; con una edad promedio de 68.52 años, edad mínima de 60 y máxima de 83 años. Su estado civil fue: 56% casados, 20 % solteros, 16 % en unión libre y 8 % viudos. En cuanto al tipo de dolor que refirieron: 36 % dolor articular, el 28 % dolor lumbar, 20 % dolor cervical y el 16 % dolor visceral. Las horas con dolor tiene un promedio de 12.64 horas/día. La intensidad promedio de dolor en la escala es de 7.2. Mínimo de 5 y máximo de 10.

Se realizó entrevistas en profundidad cara a cara por una investigadora, a partir de la pregunta orientadora: ¿Puede describir su experiencia de vivir con dolor crónico? La entrevista a cada participante se realizó en el hogar; en un ambiente de bienestar emocional, físico y afectivo, escuchando, sin juzgar el significado personal de sus propias experiencias. Se le asignaron inicialmente a las entrevistas códigos numéricos para proteger la privacidad de los participantes, y posteriormente un seudónimo para proteger su privacidad y mantener la subjetividad de los participantes. Cada entrevista tuvo una duración entre 30 a 40 minutos al terminarla se le comentó la necesidad de acordar una segunda para aclarar y validar los datos obtenidos. Cada una de ellas fue audiograbada y transcrita textualmente al ordenador por las investigadoras, quienes complementaron con sus notas de campo, las cuales ayudaron a mantener un registro

de los detalles importantes, útiles para el análisis de los datos.

También se realizaron memos basados en las reflexiones, teorías e ideas durante todo el proceso de recolección y análisis de los datos. Los memos ayudaron a construir nuevas ideas y preguntas, lo que permitió identificar los vacíos en la recopilación de datos, y aclarar las relaciones entre los códigos y categorías (6).

El análisis se realizó de forma manual, utilizando herramientas de la teoría fundamentada (7). La codificación se realizó línea por línea, y se elaboraron tablas para agrupar los códigos que originaron las subcategorías y categorías, que se organizaron a través de matrices para consolidar la información.

Las dos investigadoras realizaron los análisis con el fin de aumentar la credibilidad de la interpretación de los datos. Los datos fueron codificados en un proceso de tres etapas: codificación abierta, axial, selectiva, siempre direccionados por el muestreo teórico hasta alcanzar la saturación teórica (7). Posteriormente el proceso social fue identificado por un proceso inductivo, deductivo y validación del mismo. Los conceptos y categorías fueron emergiendo a medida que evolucionó el análisis hasta desarrollar la categoría central o proceso social básico «vivir con el dolor crónico: desde la adversidad a la adaptación.»

Las investigadoras presentaron los resultados a 10 participantes que fueron seleccionados al azar para validar los datos y la experiencia y la validación teórica se comprobó con cada persona que apoyaron el desarrollo de las categorías (8). Además, se realizó un ajuste adicional del esquema teórico después de terminar este proceso de validación.

Este estudio fue clasificado de bajo riesgo, según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (9), y fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado en el momento de la entrevista.

RESULTADOS

Se basaron en las experiencias de los participantes, emergieron cuatro categorías que muestran los significados de la experiencia de la vida con dolor crónico en personas de edad avanzada: Sintiendo el cuerpo lastimado, La comprensión de las limitaciones, Sobrellevando el dolor y Vivir con el dolor. Se identificó un proceso común, que consta de cuatro etapas que reflejan las diferentes fases que el adulto mayor experimenta con dolor crónico benigno: descubrir el dolor, experimentar una vida de dolor, adaptándose a los cambios de vida, reflexionar sobre la experiencia. La categoría central o el proceso social básico se denominó “vivir con el dolor crónico: desde la adversidad a la adaptación”, y se convirtió en la categoría central que se fundamentó en los datos.

SIGNIFICADOS

Sintiendo el cuerpo lastimado. Esta categoría la componen las siguientes subcategorías: localizando el dolor, entendiendo el lenguaje del dolor, viviendo con incertidumbre y conociendo las causas. El cuerpo se ha convertido en un aspecto destacado de la vida diaria; se percibe como parte central de su existencia. En él se perciben las limitaciones, incapacidades y otros sentimientos que no pueden interpretarse al principio y es el lugar donde se localizan diferentes dolores: *El dolor en la*

cintura, que a veces me pega en las piernas, llega entre las piernas ... (Luisa).

Los adultos mayores con dolor crónico crean un lenguaje único para descubrir cómo el dolor se manifiesta dentro de sus cuerpos; este lenguaje incluye una serie de metáforas que se puede utilizar para expresar su dolor. *Siento que mis piernas son como algodón ... como si de pronto fueran extranjeras [las piernas]...* (Sofía).

Sus cuerpos están alertas a los factores que contribuyen al dolor e identifican las causas del mismo, por esta razón se vuelven temerosos de realizar actividades que implican un esfuerzo sustancial: *Subiendo y bajando escaleras me parece horrible para mí...* (Sofía). Además, el dolor se irradia a todos los órganos y músculos, lo que intensifica los síntomas y las sensaciones asociadas con un cuerpo lastimado. Cualquier acción ligera se convierte en una amenaza; tienen que ser conscientes del efecto de un esfuerzo y de abstenerse de ejercer un esfuerzo innecesario. El cuerpo se percibe como un instrumento que requiere un cuidado; cualquier riesgo o circunstancia puede causar maltrato del cuerpo que debería ser evitado, ya que cualquier maltrato menor puede activar inmediatamente el dolor.

Además, se vive en incertidumbre, pues unos sienten dolor constante en intensidad y duración, lo que se vuelve abrumador y difícil de manejar; en otros es un dolor cíclico... *el dolor sigue, eso es permanente...* (Clara). Pero también aprenden a conocer lo que lo desencadena y lo evitan, las cuales se convierten en actividades extraordinarias, ya que implican un gran esfuerzo y desencadenan el dolor. Por otro lado, son más conscientes de todos aquellos abusos que deben evitar en la cotidianidad en aras de no disparar el dolor. Dejar de realizar actividades a las que usualmente

estaban acostumbrados genera en el adulto mayor sentimientos de frustración frente a su situación. *... ya de pronto con un ejercicio bastante, o un resbalón, o subirme ligero a un bus, o bajarme de un bus, de pronto siento un jalón y ahí me queda el dolor por un tiempo...* (Luis).

La mayoría de los participantes reconocen una fuerte asociación entre el inicio del dolor y su envejecimiento, argumentan que debido a la edad el cuerpo se vuelve vulnerable y, por ende, se van deteriorando sus órganos, lo que finalmente predispone a que el dolor se desencadene. *...Pues yo tengo la conciencia de que los años no vienen solos...* (Andrés).

La comprensión de las limitaciones. Esta categoría la componen las subcategorías: dejando todo por el dolor, incomprendido por la familia, experimentando las decepciones, experimentando el rechazo y emergiendo nuevos sentimientos. Las limitaciones generadas por el dolor impactan todas las dimensiones de la vida de un adulto mayor, incluyendo las dimensiones física, social y psicológica, entre otras: *Siento que este dolor me desactiva en gran medida...* (Sara). El dolor lo inhabilita para las actividades regulares que realizan, con tareas tan simples como tomar el autobús, barrer y subir escaleras, que se convierten en actividades extraordinarias y requieren movimientos pequeños para evitar el dolor. Nuevas sensaciones acerca de estos cambios en la vida diaria son distintos: *¡Estoy tan triste! por esto [el dolor]...* (Gilma). Ellos empiezan a reflexionar sobre los aspectos negativos de dolor y su efecto en sus vidas. El estrés, la ansiedad, la tristeza, la ira, el miedo, la impotencia y la falta de esperanza son causadas por las circunstancias diarias. La depresión que se siente cuando no pueden realizar las actividades diarias, la sensación de impotencia, la ira proviene de ser engañado, el aislamiento por las limitaciones que ellos

experimentan en su vida diaria, el miedo es un síntoma que se intensifica, y la pérdida de la esperanza es sentida por la falta de cura de sus enfermedades los hace considerar que esta experiencia es un obstáculo para la eliminación de las barreras producidas por su dolor. Además, se sienten rechazados: una negativa a su atención, una recriminación o sentirse ignorados cuando manifestaron su dolor, incluso la “crisis”, a tal punto que se negaron a atenderlos, precipita la decisión de los participantes de no continuar utilizando los servicios médicos. ... *los médicos a uno no le paran muchas bolas [atención]... a veces uno ni va a visitar al médico, porque uno piensa pues para mandarle lo mismo...* (Luisa)

Sobrellevando el dolor. Esta categoría la componen: entendiendo el dolor, interviniendo el dolor, valiéndome de todo para controlar el dolor, buscando distracción, emergiendo nuevos comportamientos y refugiándome en un ser superior. Los adultos mayores al entender que el dolor es parte de sus vidas, la aceptación y las estrategias de adaptación son para hacer frente al difícil proceso de manejarlo... *yo ya aprendí a manejar el dolor y a vivir con el poquito de dolor...* (Luisa). Su objetivo es intervenirlo, para el cual se desarrollan una serie de estrategias creativas con base a prueba y error y compartiendo experiencias con otras personas que experimentan situaciones similares, con el espíritu de la búsqueda de una nueva vía para aliviar su dolor, entre las intervenciones se encuentra: tomar medicamentos, auto-recetarse, uso de agua caliente, quedarse quietos, tomar posturas correctas, caminar y realizar ejercicio, usar los diferentes aditamentos, hacer uso de los remedios caseros entre otros. ... *yo siento como paciente que fue la parafina que me quitó el dolor...* (Pilar).

Así se busca la adaptación, con una serie de comportamientos de lo que deben hacer para ayudar a que acepte su experiencia. Buscan estrategias, como la distracción, pues... *se dilatan los dolores cuando uno está distraído... y se refugian en un ser superior como camino para aliviar su dolor... a mí me encanta la parte espiritual porque veo que es una parte que lo alivia mucho, lo sostiene, siente uno que todo lo puede...* (Felipe).

Vivir con el dolor. Esta categoría la componen los dividendos del dolor, la percepción del apoyo familiar y la fortaleza en el dolor. Los adultos mayores reconocen que la opción más sensata que tienen es aceptar que el dolor es permanente y las limitaciones serán constantes, aprenden a aceptar su realidad: vivir con el dolor, y transformar sus vidas en una oportunidad para aprender a cuidar de sí mismos y apreciar el valor de sus vidas. Ellos entienden cómo la familia se ha convertido en una fuente de apoyo para sus experiencias: *Hubo un momento en que mi hija me tenía por un brazo, mi marido por otro, y los tres llorábamos porque yo lloraba por el dolor...* (Jorge). Ellos entienden que son los únicos responsables de su estado de salud, para lo cual necesitan cuidarse de todos aquellos factores que pueden predisponer el dolor. Solo alcanzando cambios en sus hábitos cotidianos experimentarán una disminución de su dolor, y así mismo, lograron sentirse más tranquilos. *Aprendí muy tarde como a cuidarme, a valorarme de todo lo que me desencadena el dolor, me demoré, pero aprendí... yo he aprendido a cuidarme un poquito porque digo, el dolor no lo aguanto si no yo...* (Luisa). Tienen fe en sus decisiones y nuevas opciones de tratamiento. Es importante resaltar que los adultos mayores en ocasiones llegan a entender el dolor como un proceso normal del ser humano, el cual se debe recibir con humildad, paciencia y valentía, porque este provee el camino para buscar la felicidad.

... el señor todo lo que nos pone es para nuestro bien...entender que el dolor es parte de la vida y entonces no lo podemos quitar... (María).

Los significados previamente discutidos permitieron la identificación de un proceso común que osciló entre el reconocimiento de las limitaciones por el dolor generado, el desarrollo de las estrategias necesarias para hacer frente a la experiencia con el dolor.

El proceso. Consta de cuatro etapas que reflejan las diferentes fases de un adulto mayor en su experiencia con el dolor crónico benigno: 1) El descubrimiento de dolor, 2) Experimentar una vida de dolor, 3) la adaptación a una vida de los cambios, y 4) al reflexionar sobre la experiencia.

El descubrimiento de dolor. La experiencia de vivir con un dolor crónico benigno provoca que el adulto mayor se sienta sorprendido por la presencia espontánea de una serie de sensaciones molestas en su cuerpo. La necesidad de conocer el diagnóstico hace que este busque ayuda del personal de salud, y el médico tiene un papel importante en este proceso. La necesidad de calmar su dolor hace que los pacientes se sienten abrumados y buscan tratamientos convencionales o no convencionales como una alternativa viable para identificar el diagnóstico y encontrar una solución: *... dicen que es como el nervio ciático que le coge a uno... y ya me descubrieron que ya tengo otra hernia discal...* (Luis).

El dolor ha permanecido con ellos durante meses, años, décadas, ha sido un patrón constante, el cual, como lo refieren, ha llegado para quedarse y alojarse en su ser, en su cuerpo. Por lo general, las crisis

de dolores fulminantes y circunstanciales aparecen sin aviso, lo que hace que los adultos mayores sean más conscientes de su situación. Estas crisis implican sistemas de apoyo, como la familia. El sentir el dolor de una manera tan abrupta y fuerte hace que el adulto mayor se refugie en el apoyo brindado por ellos. Esta serie de situaciones han permeado el autorreconocimiento del adulto mayor, lo cual ha hecho que se cuestione sobre los factores que han desencadenado su dolor.

Se vuelven más conscientes y prudentes durante sus actividades diarias con la esperanza de que el dolor va a disminuir. Se abstienen de sus actividades habituales, y esto genera sentimientos de frustración y miedo.

Experimentar una vida de dolor. La experiencia del dolor evoluciona a una siguiente etapa que requiere la comprensión de las limitaciones consecuencia del dolor. Cualquier acción, por pequeña que sea, se convierte en un reto para ellos, deben ser conscientes del esfuerzo que traerá y los efectos de no hacerlas debidamente. El dejar todo aquello que les gusta, todo lo que los hacía sentir felices y cómodos con su vida, hace que surja la necesidad de indagar por alternativas para disminuir su incapacidad y el sentimiento de minusvalía secundario a la presencia de dolor: *si voy a la calle, me voy por el lado de la pared, me voy con la señora o con alguien por el equilibrio, siento que me balanceo, que me voy a caer por la columna, por el peso...* (Luis).

El dolor provoca la búsqueda de recursos, como exámenes, procedimientos y consultas con especialistas, que los hacen sentir en

desventaja debido a la terrible experiencia necesaria para buscar una posible cura, pero en ocasiones el sistema de salud no facilita su acceso y... *a veces uno ni va a visitar al médico, porque uno piensa pues para mandarle lo mismo...* (Luisa). Otro aspecto que desencadena sentimientos negativos en los participantes es la poca sensibilidad que tiene el personal médico cuando se trata de explicar el diagnóstico y posibles consecuencias de tratamiento; los describen como fríos, calculadores y deshumanizados, lo que demuestra una vez más la falta de interés por el cuidado del adulto mayor, agudizando así los sentimientos de impotencia, desasosiego, confusión e ira: ... *el último médico que me vio, me dijo: 'no, eso ya se llama vejez, eso usted ya se fregó de por vida'...* (Jorge).

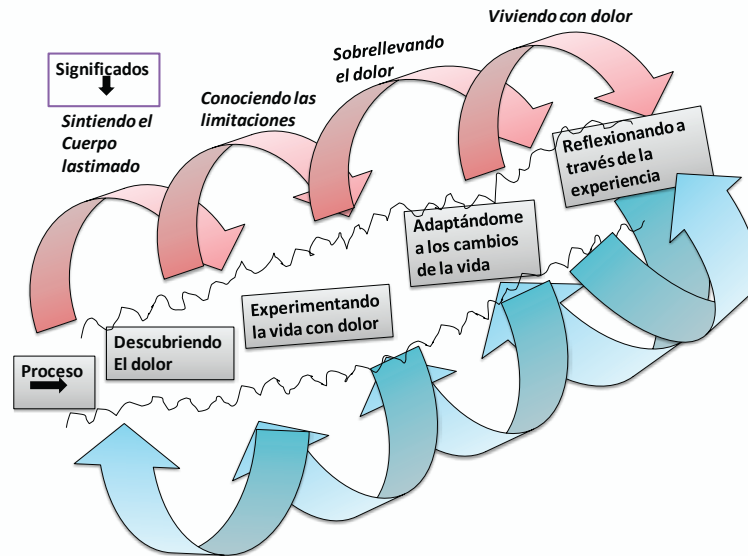
Adaptarse a los cambios de la vida. Los adultos mayores entienden que vivir con dolor implica cambios en las actividades diarias; sin embargo, intentan mantener una vida normal y la búsqueda de una manera de aliviar el dolor, que les ofrece esperanza a pesar de sus dolencias. ... *Pero entonces tengo que estar listo... para estar contento con el dolor...* (Sofía).

La búsqueda de opciones de manejo del dolor hace que se busquen recursos que sean alcanzables y que puedan incorporarse a la vida cotidiana, como adquirir nuevos hábitos alimenticios, cambiar las actitudes existentes y otros tipos de remedios caseros. Se dan cuenta de la posibilidad de varias alternativas para aliviar el dolor, como el uso de terapias no convencionales y socialmente inaceptables. Creen que el desarrollo de actividades simultáneas y la investigación de diversas alternativas de

atención para reducir el dolor pueden generar un resultado positivo. ... *Y aprendí a manejar el dolor y vivir con poco dolor...* (Luisa). El resultado es una actitud de confianza, y muchas de estas alternativas son empleadas por los participantes, ya que las perciben como cómodas, viables después de lograr resultados positivos. Tratan de desarrollar una actitud positiva y deciden ignorar su dolor como estrategia para hacerla desaparecer. La presencia de un ser superior les hace sentir seguros.

Reflexionando sobre la experiencia. Están listos para reconocer los aspectos positivos o beneficiosos que el dolor ha introducido en sus vidas y encontrar un nuevo camino que les ayude en su unión con un ser superior que apoya sus experiencias. Se vuelven más receptivos a los demás y desarrollan el deseo de ayudar a las personas que experimentan situaciones similares. Empiezan a poner más esfuerzo en su cuidado con la expectativa de reducir su dolor. Se sienten más fuertes, más tolerantes, fortalecidos en lo personal y se sienten capaces de manejar cualquier nueva adversidad en su vida. ... *Creo que el dolor físico es también una gran oportunidad para entender que mi hermano también sufre y puedo ayudarte...* (Mary).

El proceso no es lineal, ni paralelo a todos los adultos mayores, ni en el tiempo es igual en cada etapa, pues algunos de ellos tienen que manejar situaciones problemáticas, como el rechazo de su sistema de salud, la falta de un diagnóstico claro, las crisis de dolor, la falta de apoyo, el aislamiento que hace que retrocedan a una etapa anterior (ver gráfico 1).



Fuente: datos de la investigación.

Gráfico 1. “Aprender a vivir con el dolor: de la adversidad a la adaptación”

DISCUSIÓN

La “Adaptación al dolor crónico en el envejecimiento” (10) consta de un proceso que está compuesto por cuatro fases, las cuales se relacionan entre sí y se representan a través de las estrategias de afrontamiento, las cuales son: descubriendo el dolor, experimentando una vida con dolor, adaptándose a los cambios de la vida y reflexionando a través de la experiencia. El proceso de adaptación se concibe como continuo, el cual varía dependiendo de la etapa del proceso y del significado que le otorgue el adulto mayor con dolor crónico. Vivir con dolor crónico en el envejecimiento ha sido descrito como un trayecto incierto que requiere un ajuste continuo y patrones de respuesta diferentes en cada fase del proceso.

Este estudio proporciona una explicación de lo que los participantes describieron al tener dolor crónico en la vejez, la experiencia es única para cada persona que lo experimenta y manifiestan una variedad de síntomas que afectan la vida diaria de las personas mayores. Las limitaciones son una constante que puede aumentar el nivel de dolor (10).

También las pocas posibilidades proporcionadas por el sistema de salud tienen implicaciones en el tratamiento de cada uno. Los participantes de este estudio describen la experiencia del dolor como “lo peor”. Sufren de dolor crónico y describen cambios de comportamientos como la depresión, el estrés y el aislamiento social. Y a través de un lenguaje propio describen diferentes tipos

de dolor. El proceso identificado muestra cómo durante el dolor crónico las personas mayores se mueven a través de las diferentes etapas con el fin de encontrar la adaptación. Al comienzo se sienten frustrados por todas las limitaciones y nuevos sentimientos que surgen con el tiempo. Cuando finalmente encontraron la manera de sobrellevar su dolor, comprenden que el dolor es parte de su vida y que deben tomar el control de esta. Se sienten más fuertes, más tolerantes, reforzados desde lo personal y capaces de manejar cualquier nueva adversidad en su vida.

Los participantes expresan que la intensidad del dolor tiene un gran impacto en la dimensión física de la persona mayor (11), pero otras características incluyen su localización, inicio, duración, frecuencia y patrón (continuo o intermitente); del mismo modo se cumple que el dolor crónico tiene consecuencias emocionales y sociales que puede afectar profundamente su calidad de vida (12). Por lo tanto, la experiencia del dolor crónico en adultos mayores altera profundamente la percepción de los cuerpos y expectativa de vida; esto puede convertirse en un obstáculo en vez de un facilitador, porque el cuerpo se ve como dañado e inútil, en contraste con un cuerpo que alguna vez fue activo y productivo (13). Al comparar los resultados con otros estudios (14-16), también refieren el dolor crónico como inevitable en el proceso normal de envejecimiento.

Igualmente, como lo expresan los participantes, los estados del dolor crónico afectan todas las dimensiones de la vida del individuo: física, psicológicas, social y espiritual; del mismo modo, el dolor crónico interfiere con la capacidad de la persona mayor para realizar actividades de la vida diaria (AVD)(11).

La búsqueda de los servicios de salud por parte de los ancianos es como una solución alternativa a su dolor que provoca un conjunto de expectativas que permean el sufrimiento constante en el momento en que llegan a ellos. Un estudio que investigó los significados de las experiencias de los adultos en sus encuentros con el equipo de la salud encontró un enfoque positivo y una sensación de tranquilidad cuando el personal había entendido la gravedad de la situación (17), pero las personas con dolor crónico son más propensas a ponerse en contacto con el médico en varias ocasiones; y durante estos encuentros reportan una actitud negativa del personal cuando se sienten desatendidos (18).

Por otro lado se afirma, que la aceptación del dolor no incluye todas las experiencias de sufrimiento causado por él, la aceptación no es un acto global de renuncia o abandono; por el contrario, es reconocer la realidad y dejar ir las energías que no funcionan para que los esfuerzos se puedan hacer viables y así se logren los objetivos (19).

Al ir aceptando su situación, el adulto mayor aprende a ser más consciente de toda la realidad de su situación, de sus pensamientos y sentimientos; a su vez, la experiencia transitoria sirve de guía para la acción. Además, los pacientes son capaces de tomar decisiones asertivas acerca de la mejor opción para seguir adelante con la vida, a pesar de la presencia de dolor (20).

De manera similar, otros informan sobre los diferentes recursos para mitigar el dolor; por ejemplo, el ejercicio es un tipo de terapia física que ha sido ampliamente conocida por la función, la movilidad, la aptitud y un cierto grado de reducción del dolor en las personas mayores con dolor crónico y las terapias com-

plementarias refuerzan el efecto analgésico de la medicación, ya sea directamente por sus propiedades analgésicas o por acción indirecta sobre la reducción de la tensión y el estrés, la producción de endorfinas y aumento del flujo sanguíneo (18).

La actitud positiva frente al dolor fue investigada, se exploró el significado de la resiliencia, o la adaptación frente a la adversidad de las personas que viven con el dolor crónico, y reveló que estar con dolor crónico es una experiencia negativa y positiva porque se presenta: a) el reconocimiento de su ser interior, b) el encontrar lo positivo en la vida, c) aceptar el dolor, y d) aprender a aceptar la ayuda; que lleva a concluir que el dolor crónico afecta a todos los aspectos de la vida, y que los adultos mayores utilizan la capacidad de recuperación y reconocen el valor de tener una actitud positiva, aceptando y aprendiendo a vivir con el dolor (21).

Otras estrategias, como el masaje, la terapia de contacto, el uso de accesorios como corsé, férulas, la posición correcta y el agua caliente, entre muchas otras, están involucradas en la reducción del dolor (22).

Además, los pacientes describen la religión y la creencia en Dios como parte de un sistema de apoyo (23), y las personas que enfrentan la enfermedad crónica se sienten conectadas y tienen un sentido de la fe, autoconciencia y esperanza cuando sintieron la proximidad de un ser superior, que potencia su bienestar psicológico y espiritual (24).

Por otro lado, el dolor crónico afecta no solo al individuo sino también su pareja y a otros miembros de la familia. Las familias de las personas con dolor crónico han reportado una sensación de impotencia, angustia emocional

y aislamiento y afecta su relación con la persona con dolor crónico (21). Conjuntamente, los pacientes con dolor interpretan el apoyo de su familia como útil o inútil según las interacciones con los miembros de la misma (25).

El adulto mayor, al vivir la experiencia de dolor, pasa por un proceso dinámico que le implica el reconocimiento del mismo, para luego descubrir lo que este ha traído para sus vidas a fin de lograr finalmente adaptarse a la situación. Se puede afirmar entonces que la experiencia de vivir con dolor crónico se fundamenta en el aprender a vivir con dolor partiendo de una incompreensión para alcanzar una adaptación.

CONCLUSIONES

Este estudio propone una conceptualización creativa y significativa: "Aprender a vivir con dolor crónico en la vejez: de la incompreensión a la adaptación". La síntesis del proceso y los significados capturan específicamente la experiencia y aumentan la utilidad de la teoría en la práctica.

La investigación ofrece explicaciones plausibles sobre el significado y proceso por los que pasa el adulto mayor con dolor crónico benigno en la vejez, e invita al desarrollo de estrategias de intervención demostrables. El conocimiento se puede aplicar fácilmente a la práctica si los conceptos están claramente definidos y las relaciones se establecen explícitamente sobre una base conceptual.

La principal hipótesis de la teoría es que las personas, sus percepciones y experiencias son el punto de partida para las intervenciones de enfermería que contribuyen a la adaptación en los adultos mayores que sufren dolor crónico.

Estas categorías permiten a las enfermeras entender cuáles son las principales necesidades que afectan directamente a los adultos mayores que sufren de dolor crónico y las etapas por las que avanza el proceso de adaptación y permite a las enfermeras planificar intervenciones de atención con el interés de promover la adaptación a sus condiciones.

Las contribuciones a la práctica de enfermería. Los significados y procesos identificados por la teoría fundamentada brindan orientación con respecto al cuidado de enfermería de adultos mayores con dolor crónico benigno. Esto permitiría un giro en el cuidado, que asegure que los pacientes con dolor son valorados y tratados adecuadamente, con el objetivo de crear una mejor calidad de vida para el paciente.

Entre los retos futuros de la investigación se debe favorecer las investigaciones en enfermería con diseños cualitativos, puesto que ellos nos permiten direccionar el cuidado más hacia “el ser” de la persona que experimenta una situación particular, permitiendo comprender y redimensionar la realidad de su vivencia.

Es necesario seguir ahondando en el desarrollo y la futura comprobación de la Teorías sustantivas, derivas de la Teoría Fundamentada para implementarlas en la práctica de enfermería, y así lograr avanzar en el cuidado del envejecimiento, desarrollando programas en salud con un esquema conceptual propio.

Esta investigación muestra unos resultados importantes que pueden ser utilizados para la implementación de programas liderados por las instituciones de formación universitaria que fomentarían mayor investigación y un

cubrimiento más amplio para el cuidado de los adultos mayores con dolor crónico.

Se sugiere realizar la réplica de este estudio con adultos mayores con dolor crónico benigno en otras poblaciones y contextos.

Entre las limitaciones del estudio se tuvieron en cuenta: situaciones de enfermedad que en etapas avanzadas favorecían la presencia de crisis o la exacerbación de los síntomas y la evidente pérdida de sujetos en la segunda entrevista.

La experiencia de las personas, al ser dinámica y cambiante en el tiempo, puede originar la no recordación de eventos significativos relacionados con su vivencia, lo que hace imposible recordar pequeños detalles que podrían cambiar el significado del fenómeno estudiado. El tipo de estudio, por ser cualitativo, no permite la generalización de los resultados.

Financiación: el proyecto de investigación recibió el apoyo de Colciencias (COLOCAR NUMERO DE PROYECTO) y universidad

REFERENCIAS

1. Shega JW, Tiedt AD, Grant K, Dale W. Pain measurement in the national social life, health, and aging project (NSHAP): presence, intensity, and location J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014; 69 (Suppl 2): S191-S197. doi: 10.1093/geronb/gbu101.
2. Goldberg A, McGee S. Pain as a global public health priority. BMC Public Health. 2011; 11:770. doi:10.1186/1471-2458-11-770
3. Byrd L. Managing Chronic Pain in Older Adults: A Long-Term Care Perspective Ann Longterm Care: *Clinical Care and Aging*. 2013;21(12): 34-40. [Acceso octubre d25 de 2014]. Disponible en: <http://www.annalso->

- flongtermcare.com/article/managing-chronic-pain-older-adult-long-term-care
4. Furuta Y, Suzuki M, Takai Y. Pain prevalence and the situation of pain which affects the health-related QOL among community-dwelling frail elderly in the long-term care prevention project for persons at risk of being in need of support. *J-STAGE* 2014; 18 (2):48-57.
 5. West C, Stewart L, Foster K, Usher K. The meaning of resilience to persons living with chronic pain: An interpretive qualitative inquiry. *J Clin Nurs*. 2012; 21 (9-10):1284-1292.
 6. Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage; 2014.
 7. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 4ª ed. London: Sage; 2015.
 8. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C y JA. Haro (comps.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora; 2002. p 113-145.
 9. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
 10. Moreno-Fergusson ME. *Cuerpo y corporalidad en la paraplejía: Una teoría de enfermería*. 2011. Adaptada a la "adaptación del dolor crónico en la vejez" 2014 estudio para desarrollar una TMR. [Disertación doctoral].
 11. Cornally N, McCarthy G. (). *Chronic Pain: The Help-Seeking Behavior, Attitudes, and Beliefs of Older Adults Living in the Community*. *Pain Manag Nurs*. 2011; 12(4): 206-217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.12.006>
 12. Kawi J. Chronic low back pain patients' perceptions on self-management, self-management support, and functional ability. *Pain Manag Nurs*. 2012; 15(1): 258-264. doi: 10.1016/j.pmn.2012.09.003
 13. Gammons V, Caswell G. Older people and barriers to self-reporting of chronic pain. *British Journal of Nursing* [serial on the Internet]. Marh 2014; 23(5): 274-278. Available at: Academic Search Premier.
 14. Hill P. Psychosocial Aspects of Chronic Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2014; 28(4): 399-401. <http://dx.doi.org/10.3109/15360288.2014.972003>
 15. Nicholas MK, Asghari A, Blyth FM, Wood BM, Murray R, McCabe R et al. Self-management intervention for chronic pain in older adults: A randomised controlled trial. *Pain*. 2013; 154 (6): 824-835.
 16. Vargas-Escobar LM. Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichán*. Jan 2017; 17(1):30-41. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972017000100030&lng=en.<http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.4>
 17. Gillsjö C, Schwartz-Barcott D, Bergh I. Learning to Endure Long-Term Musculoskeletal Pain in Daily Life at Home: A Qualitative Interview Study of the Older Adult's Experience. *J Gerontol Geriatr Res*. 2013; 2: 136.
 18. Schofield P. Pain management in older adults. *Medicine*. 2013; 41(1): 34-38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.012>
 19. Stewart C, Schofield P, Elliott A, Torrance N, Leveille S, What Do We Mean by "Older Adults' Persistent Pain Self-management"? A Concept Analysis. *Pain Medicine*. 2014;15(2): 214-224. doi.org/10.1111/pme.12251
 20. Jang Y, Shin J, Cho S, Kim G, Chiriboga DA. The interactive role of chronic medical conditions and sleep disturbance in predicting depressive symptoms among Korean American older adults. *Ageing Ment Health*. 2011;15(2):198-203.

21. West C, Stewart L, Foster K, Usher K. The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. *J Clin Nurs*. 2012; 21(9-10):1284-1292. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04005.x>
22. Wardell D, Decker S, Engebretson J. Healing Touch for Older Adults with Persistent Pain. *Holist Nurs Pract*. 2012; 26(4): 194-202. <http://dx.doi.org/10.1097/hnp.0b013e318258528d>
23. Nascimento LC., Oliveira FCS., Santos TFM., et. all. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*. 2016; 16(2):179-192. <http://DOI:10.5294/aqui.2016.16.2.6>
24. Lynch M, Sloane G, Sinclair C, Bassett R. Resilience and art in chronic pain. *Arts Health*. 2013; 5(1): 51-67. <http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2012.693937>
25. Kohl A, Rief W, Globiewski JA. Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *J Pain*. 2013;14(3):305-315. doi: 10.1016/j.jpain.2012.12.005.