

Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno

RESUMEN

Objetivo: determinar la asociación entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de las personas con dolor crónico no maligno en la ciudad de Tunja (Colombia). **Materiales y método:** estudio descriptivo, de correlación, con abordaje cuantitativo, de corte transversal, en el que participaron 340 personas con dolor crónico no maligno. El análisis se realizó empleando estadística descriptiva y determinación de la correlación a través del coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** las personas con dolor crónico no maligno participantes en el estudio fueron en su mayoría mujeres, con edades comprendidas entre los 36 a los 59 años, con niveles de escolaridad heterogéneos, estratos socioeconómicos bajos y ocupación hogar. La mayoría con patologías neurológicas o neuroquirúrgicas, seguidas por las de origen óseo o articular. La presencia de dolor supera los tres años y su intensidad severa. Se encontró alta percepción del apoyo social, así como alto uso de estrategias de afrontamiento, con predominio de la religión. Se identifica correlación débil estadísticamente significativa entre apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico, y entre apoyo social percibido y afrontamiento activo. **Conclusiones:** las intervenciones de apoyo social adaptadas a los contextos y ámbitos en los que se encuentran los usuarios, se deben considerar como iniciativas para fortalecer las estrategias de afrontamiento de personas con dolor crónico no maligno.

PALABRAS CLAVE

Apoyo social, afrontamiento, dolor crónico (Fuente: DeCs, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.2

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Amaya Ropero MC, Carrillo González GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*. 2015;15(4): 461-474. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.2

1 Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. maria.amaya@uptc.edu.co

2 Enfermera. Magíster en Enfermería. Doctora en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. gmcarrillog@unal.edu.co

Perceived Social Support and Coping among People with Chronic Nonmalignant Pain

ABSTRACT

Objective: Identify the association between perceived social support and coping on the part of people with chronic nonmalignant pain in the city of Tunja (Colombia). **Materials and Methods:** This is a descriptive, correlational study with a quantitative, cross-sectional design. The sample included 340 persons with chronic nonmalignant pain. The analysis was done using descriptive statistics and the correlation was determined with the Pearson correlation coefficient. **Results:** The persons with chronic nonmalignant pain who took part in the study were mostly women; specifically, housewives ages 36 to 59 who are in the low socio-economic bracket and have different levels of education. The majority had neurosurgical or neurological diseases, followed by those of bone or joint origin. They had been in pain for more than three years and its intensity was severe. A high perception of social support was found, along with considerable use of coping strategies, particularly religion. The study revealed a weak statistically significant correlation between perceived social support and coping in persons with chronic pain, and between perceived social support and active coping. **Conclusions:** Social support interventions tailored to the contexts and environments users find themselves in should be considered as initiatives to strengthen the coping strategies of persons with chronic nonmalignant pain.

KEYWORDS

Social support, coping, chronic pain (Source: DeCS, BIREME).

Apoio social percebido e enfrentamento em pessoas com dor crônica não maligna

RESUMO

Objetivo: determinar a associação entre o apoio social percebido e o enfrentamento das pessoas com dor crônica não maligna na cidade de Tunja (Colômbia). **Materiais e método:** estudo descritivo, de correlação, com abordagem quantitativa, de corte transversal, do qual participaram 340 pessoas com dor crônica não maligna. A análise foi realizada utilizando estatística descritiva e determinação da correlação por meio do coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** as pessoas com dor crônica não maligna participantes do estudo foram, em sua maioria, mulheres, na faixa-etária de 36 a 59 anos, com níveis de escolaridade heterogêneos, classes sociais baixas e donas de casa. A maioria com patologias neurológicas ou neurocirúrgicas, seguidas pelas de origem óssea ou articular. A presença da dor ultrapassa três anos e sua intensidade é forte. Constatou-se alta percepção do apoio social, bem como alto uso de estratégias de enfrentamento, com predomínio da religião. Identifica-se correlação fraca estatisticamente significativa entre apoio social percebido e enfrentamento em pessoas com dor crônica, e entre apoio social percebido e enfrentamento ativo. **Conclusões:** as intervenções de apoio social adaptadas aos contextos e âmbitos nos quais os usuários se encontram devem ser consideradas como iniciativas para fortalecer as estratégias de enfrentamento de pessoas com dor crônica não maligna.

PALAVRAS-CHAVE

Apoio social, enfrentamento, dor crônica (Fonte: DeCs, BIREME).

Introducción

El dolor es una de las experiencias presentes en la historia del ser humano y ha sido, sin duda alguna, un importante impulsor para el desarrollo de las ciencias de la salud (1); representa uno de los principales retos para los sistemas de salud a nivel mundial y un desafío para el cuidado de enfermería, por el impacto que constituye en la vida de las personas, las comunidades, los ambientes laborales, los sistemas económicos y la salud de las poblaciones.

El dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño (2), el cual debe abordarse como una vivencia única, individual y totalizante para la persona, debido a que la compromete en forma multidimensional, y, por tanto, requiere para su tratamiento un enfoque holístico, integral, que tenga en cuenta factores físicos, psicológicos, espirituales, sociales y financieros (3). Hoy, el reconocimiento de la importancia que tiene el alivio del dolor a nivel mundial, ha hecho que este se considere un derecho fundamental de la persona (4).

La presencia de dolor crónico en la población representa un problema de salud pública por su alta prevalencia (5, 6), incremento ligado al aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes, teniendo en cuenta el alcance, los significados y el impacto multidimensional que la enfermedad crónica tiene en la calidad de vida de quienes la experimentan, superando incluso a otras enfermedades crónicas (5). Se estima que en el año 2050 habrá 2 mil millones de personas con dolor crónico en el mundo (7).

En Colombia, los resultados del Estudio Epidemiológico de Dolor Crónico en Caldas (Estudio DOLCA, 2008), evidencian una prevalencia de dolor crónico (mayor de tres meses) de 31 % (8), y el Quinto Estudio del Dolor, 2010, de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED), el cual se centra en el perfil sociodemográfico de la persona con dolor músculo-esquelético, reporta una prevalencia del 60 % en la población colombiana (9).

Respecto al dolor crónico no maligno, algunos autores plantean que a pesar de que representa un problema de salud pública con una significativa repercusión social y económica evidente en la actualidad, existen pocos datos sobre su epidemiología, lo que dificulta una estimación exacta del impacto global que supone este problema (10).

El dolor crónico afecta todas las dimensiones y esferas, tanto de la persona como de su familia, con repercusiones emocionales, económicas, sociales y laborales. Las investigaciones plantean que el 50 % de las personas con experiencia de dolor crónico desencadenan estados depresivos (7, 8, 11), y las actividades cotidianas (AVD) se ven limitadas de manera parcial o total (8). A nivel familiar, se alteran las relaciones intrafamiliares y de pareja; en el ámbito laboral y económico, una de las principales consecuencias es el ausentismo laboral, que conlleva la pérdida de días trabajados e impacta directamente la economía de los países.

Para el sistema de salud, el costo es muy alto, si se tienen en cuenta los costos que genera la atención médica, los tratamientos, las incapacidades y las hospitalizaciones, que en países como Estados Unidos se estima en alrededor de 150 billones de dólares anuales (11), esto sin contar el costo que se deriva de la automedicación de analgésicos; en Colombia, un alto porcentaje de la población manifiesta automedicación y uso de analgésicos diariamente o varios días a la semana (8, 9).

Este panorama del fenómeno de cronicidad del dolor propone un reto importante y de carácter urgente a los sistemas de salud y a los profesionales del área, en especial a enfermería, en el abordaje y cuidado a las personas con dolor crónico no maligno, y en el reconocimiento de aspectos fundamentales en el proceso, como el apoyo social y el afrontamiento del mismo, debido a que, como muestran los estudios, la relación entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de la persona es fundamental, si se tiene en cuenta que las distintas formas de apoyo que presenta el sujeto generan diversos efectos sobre sus procesos de afrontamiento. Desde esta perspectiva, el apoyo social puede favorecer la adaptación a acontecimientos vitales y proteger a las personas en crisis, de una gran variedad de estados patológicos (12, 13).

Para la disciplina de enfermería, el abordaje del dolor se constituye en uno de los fenómenos de mayor interés y pertinencia en la actualidad, que implica reconocerlo como uno de los problemas y necesidades de cuidado prioritarios en la atención de personas con enfermedad crónica. En este sentido, es indispensable identificar variables que puedan incidir en su alivio y manejo, ampliando los enfoques orientados en tratamientos farmacológicos.

Enfermería asume un papel determinante en el manejo de los usuarios con dolor, rol que está orientado a la identificación y el manejo del síntoma, a generar procesos educativos que tras-

ciendan los aspectos informativos, a través de la consolidación de sistemas de apoyo y soporte social dirigidos a los usuarios, que incluyan las dimensiones de guía, educación, retroalimentación, interacción personal y social, entre otras.

El dolor crónico no maligno, como un síntoma de gran complejidad, trae consecuencias relacionadas con reacciones emocionales y cambios corporales importantes que implican procesos de adaptación y afrontamiento. Sin embargo, en la práctica de cuidado, se identifica que la persona no está preparada para hacer frente a esta complejidad. En este contexto, enfermería tiene un rol protagónico como parte del equipo multidisciplinario, para brindar información, orientación, educación y seguimiento a estos procesos de afrontamiento fundamentales en la nueva condición del paciente.

Humprey *et al.*, a través del modelo para el manejo del síntoma, reafirman que los síntomas evolucionan de forma permanente, por lo que se requieren marcos generales para facilitar su comprensión, con el fin de diseñar, generar y probar estrategias que reporten impacto sobre indicadores de interés para las personas afectadas (14).

Ahora bien, investigaciones realizadas en población con enfermedad crónica, muestran el impacto que el apoyo social tiene, y documentan resultados positivos en relación con el desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control de estrés, disminución de la ansiedad, la depresión y el aislamiento, generados por la experiencia de cronicidad. Smith y Mackie reportaron el gran impacto del apoyo social sobre la tasa de mortalidad de las personas con enfermedad crónica (15).

El estudio retoma el referente teórico de enfermería planteado por Hilberth, quien con base en la revisión de Barrera y Ainlay, define el apoyo social como “la diversidad de comportamientos naturales de ayuda de los que los individuos son receptores en interacciones sociales, la ayuda tangible, interacción íntima, la guía, la retroalimentación y la interacción social positiva” (16).

De igual forma, plantea que el apoyo social percibido es el grado de satisfacción de la persona con enfermedad crónica, con cada uno de los comportamientos de ayuda a los que se ve expuesta por parte del proveedor de los mismos. De esta forma, el cuidado de enfermería se encuentra inmerso en los procesos de apoyo social de las personas, y reconoce en la familia y los amigos influencias importantes (16). El apoyo social se plantea como “una práctica

de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona” (17).

El modelo teórico que más se ha empleado en el abordaje del afrontamiento es el planteado por Lazarus y Folkman, con su Teoría del Estrés y el Afrontamiento; estos autores definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (18).

La teoría planteada por Lazarus y Folkman busca explicar los mecanismos para enfrentar el estrés, es decir, aquellas demandas ambientales e internas que superan la capacidad de los recursos del individuo y ponen en peligro su bienestar. De tal manera, los estudios evidencian que las personas consideran el dolor como fuente primaria de estrés en sus vidas (19, 20).

En este sentido, la experiencia de dolor crónico ha dejado de considerarse exclusivamente desde la dimensión física, para lograr un abordaje multidimensional en el que se destaca la importancia de la relación entre dolor crónico y estrés (21), donde las estrategias de afrontamiento son fundamentales en los procesos de adaptación y, por lo cual, el dolor crónico, se considera actualmente más que un síntoma, una enfermedad.

Por otra parte, Lazarus y Folkman han planteado la existencia de unas estrategias de afrontamiento más adaptativas que otras. Las estrategias de afrontamiento activo se centran en el problema y el bienestar, e indican un mejor ajuste para confrontar la situación crítica, por tanto, se consideran más adaptativas (distracción, autoafirmación, autocontrol mental, búsqueda de información); por su parte, las estrategias de afrontamiento pasivo consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y son consideradas desadaptativas; se centran en la emoción y en la enfermedad, se relacionan con un peor ajuste y se consideran estrategias menos adaptativas (religión y catarsis) (18).

Se debe resaltar que considerar una estrategia de afrontamiento como adaptativa o desadaptativa obedece a múltiples factores intra e interpersonales en un momento determinado. Desde este punto de vista, no se puede establecer que hay una estrategia mejor que otra. Sin embargo, varios estudios evidencian la correlación entre determinadas estrategias de afrontamiento y el grado de adaptación al dolor (19-22).

Por lo anterior, surge la necesidad de realizar una investigación encaminada al abordaje de los fenómenos de apoyo social percibido y afrontamiento al dolor crónico no maligno que permita, desde el cuidado de enfermería, orientar la toma de decisiones, y el establecimiento y la implementación de acciones que generen impacto positivo en la salud de las personas y se conviertan en eje de las políticas en salud.

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre el apoyo social percibido por las personas con dolor crónico no maligno de la ciudad de Tunja y su afrontamiento.

Materiales y método

Estudio cuantitativo, descriptivo, de correlación, de corte transversal, realizado en la ciudad de Tunja (Colombia), a una muestra probabilística (23-25) de 340 personas con dolor crónico no maligno. Los criterios de inclusión fueron: usuarios mayores de 18 años, que acudieron al servicio de Consulta externa del Hospital San Rafael de Tunja, en el periodo comprendido entre mayo y julio de 2012, con presencia de dolor crónico no maligno, y que consultaron en las diferentes especialidades de neurología, fisiatría, medicina interna y clínica del dolor.

El estudio se enmarcó en el nivel de investigación de bajo riesgo, se garantizó el respeto a la dignidad humana, a la privacidad y a la intimidad; se soportó en los principios de beneficencia, justicia, autonomía, veracidad, lealtad, fidelidad y solidaridad, y contó con el aval del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Enfermería y del Comité de Investigación de la ESE Hospital San Rafael de Tunja. Se aplicaron los instrumentos a las personas que desearon participar voluntariamente, previo conocimiento por los participantes del propósito de la investigación y firma de consentimiento informado. Se contó, además, con la autorización de los autores para el uso de los instrumentos.

Igualmente, se plantearon los mecanismos para garantizar la validez interna y externa del estudio; se garantizó la medición de las variables en un mismo momento (26).

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Caracterización de personas con enfermedad crónica: propuesto por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia,

de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (27), que explora aspectos sociodemográficos del paciente así como tiempo de la enfermedad crónica, el número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida y grado de funcionalidad del paciente.

2. Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas (SSCII, por sus siglas en inglés): diseñado en 1990 por Gail Hilbert (16), con el propósito de examinar los servicios brindados por los individuos en una situación específica: la enfermedad crónica. Se mide la satisfacción percibida con cada uno de los comportamientos de apoyo. Este instrumento presenta altos índices de validez y confiabilidad en su versión original. La traducción oficial al español se realizó en el año 2003, por el grupo de cuidado al paciente crónico y su familia, y la confiabilidad de la versión al español se hizo con 132 cuidadores principales de niños con enfermedad crónica, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,95 (28).

El instrumento tiene en total 38 ítems, agrupados en 5 subescalas de apoyo: interacción personal, guía, retroalimentación, asistencia tangible e interacción social positiva. Estos ítems se evalúan con escala de Likert de 6 puntos, desde “insatisfecho” hasta “muy satisfecho”: el número 1 indica insatisfacción, el número 6 indica satisfacción. Los puntajes para cada uno de los 38 elementos se suman, con un rango posible entre 38 y 228. Entre más alto el puntaje, mayor es el grado de satisfacción con el apoyo brindado por la persona. Para su aplicación, se le pide a la persona identificar la persona más importante en su vida en el último mes.

3. Cuestionario Reducido de Afrontamiento ante el dolor crónico (CAD-R): elaborado por José Soriano y Vicente Monsalve en el año 2002, el instrumento estaba compuesto por 31 ítems distribuidos en 6 categorías (CAD). En el año 2004, se valida la versión reducida del cuestionario CAD (29), que consta de 24 ítems, distribuidos en 6 categorías: 1) Autoafirmación: destaca la importancia que tiene en el paciente con dolor crónico no maligno, el no rendirse ante el dolor constante, dándose ánimos para hacer frente al mismo. 2) Búsqueda de información: búsqueda de apoyo social instrumental, perseguir la obtención de información para poder controlar y disminuir el dolor. 3) Religión: hace referencia a la necesidad de rezar y de emplear el uso de la religión para conseguir estabilidad y consuelo. 4) Distracción: estrategia de afrontamiento adaptativa, que hace que el individuo deje de prestar atención al

dolor. 5) Catarsis: se refiere a la búsqueda de apoyo emocional desde el punto de vista de afrontamiento emocional. 6) Autocontrol: se refiere a los esfuerzos mentales por controlar el dolor.

Estos ítems se evalúan con escala de Likert de 5 puntos, 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Ni muchas ni pocas, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre. Los puntajes para cada uno de los 38 elementos se suman, con un rango posible entre 24 y 120. El CAD-R se revela como un instrumento equivalente a su antecesor (CAD), al comprobar que, tras la eliminación de 7 ítems, el cuestionario mantiene su consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,94; análisis de correlación de Pearson, entre 0,47 y 0,81.

La confiabilidad del instrumento CAD-R para el contexto local (Tunja), se probó en una muestra de 100 individuos realizando análisis de la consistencia interna (alfa de Cronbach) y prueba de la estabilidad temporal del cuestionario utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados de la confiabilidad del instrumento para el contexto local (Tunja), corresponden a un alfa de Cronbach de 0,86, con un análisis de correlación de Pearson de 0,80. Se aprecia una estabilidad que oscila de moderada a alta (entre 0,56 y 0,85) entre las puntuaciones de los individuos en cada una de las dimensiones.

4. Escala Visual Análoga (EVA): escala unidimensional ideada por Huskinson en 1976; es el método de medición empleado con más frecuencia para valoración del dolor. Consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa. Es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el paciente en diferentes ocasiones (30).

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 16.0[®], se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión, y análisis de correlación. Las hipótesis planteadas fueron verificadas a un nivel de confianza del 95 %.

Resultados

Características sociodemográficas de las personas con dolor crónico no maligno

De las 340 personas con dolor crónico no maligno participantes en el estudio, el 62,35 % son mujeres, con edades comprendidas en su mayoría entre los 36 a los 59 años (43,82 %). El 92,65 % de las personas saben leer y escribir; el nivel de escolaridad de la

población es heterogéneo: el 27,06 % de los participantes ha cursado primaria incompleta, el 19,71 % alcanzó a terminarla. Más de la mitad de la población (55,3 %) se encuentra casada o en unión libre; el 82,94 % pertenece a los estratos 1 y 2; el 47,06 % de las personas se desempeña en actividades propias del hogar. El 40 % de las personas con dolor crónico no maligno, participantes en el estudio, considera que la familia es su principal apoyo, frente a un 3,24 % de la población que refiere no tener ningún tipo de apoyo.

Características del dolor en las personas con dolor crónico no maligno

El 70,59 % de los participantes tienen un diagnóstico médico relacionado con patologías de origen neurológico o neuroquirúrgico; entre las enfermedades más frecuentes de este origen, se encuentran las patologías de columna (29,71 %), migrañas y cefaleas de distinto origen (16,47 %), y con diagnóstico de neuropatía de extremidad superior o inferior el 7,65 % de las personas. En segundo lugar de diagnóstico médico, se halló la patología de origen óseo o articular, con un 14,12 %, siendo las más frecuentes en la población la osteoartritis y la artritis reumatoidea. En consecuencia, las personas refieren que el dolor se localiza en cabeza o cara (30,89 %), espalda (23,24 %), miembros inferiores (14,41 %). Un 13,82 % de las personas manifiesta presentar dolor crónico en varias partes de su cuerpo. El dolor de tipo nociceptivo es el más frecuente, con un 46,76 %; el dolor neuropático representa el 39,12 %. La mayoría de los participantes (46,47 %) presenta el dolor hace más de tres años (> 37 meses). El 41,76 % manifiesta dolor severo (8-10), el 34,76 % moderado (5-7), con una intensidad de dolor promedio de 6,5, con un mínimo de 2 y un máximo de 10.

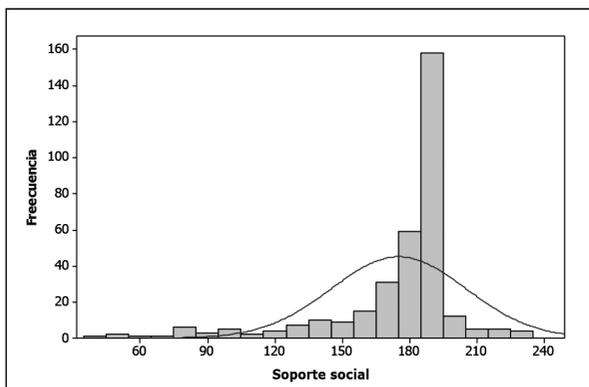
Características de la condición de cronicidad de las personas con dolor crónico no maligno

El 62,35 % de las personas con dolor crónico no maligno tiene cuidador; en el 26,47 % de los casos el cuidador es el esposo (a), en el 18,53 % es un hijo (a), en el 11,76 % el cuidador es la madre o el padre; en menor porcentaje cumplen la función de cuidadores los hermanos, abuelos, amigos, nietos, sobrinos o una persona particular. El 34,71 % de los participantes manifestó que la edad de su cuidador es mayor que la suya. Se evidencia que el número de horas de ayuda de cuidado al día que estas personas demandan es, en su mayoría, menor a 6 horas día (56,47 %). El 65 % tiene una baja dependencia de cuidado (6 a 8 puntos).

Apoyo social percibido por las personas con dolor crónico no maligno

La puntuación mínima obtenida fue de 43 y la máxima de 228, con una media de 175,2, mediana de 186 y una desviación estándar de 30,08, lo que indica que el apoyo social percibido por las personas con dolor crónico no maligno es alto (figura 1).

Figura 1. Histograma apoyo social percibido en personas con dolor crónico no maligno



Fuente: datos de la investigación.

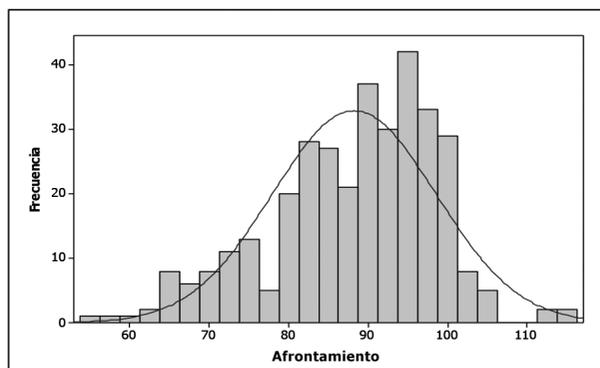
El análisis por dimensiones evidencia los mayores porcentajes de satisfacción en: 1) Guía/información: cuando les brindan indicación sobre cómo buscar asistencia (80%) y lo que puede esperar en una situación a punto de ocurrir (78,24%). 2) Interacción personal: la persona que brinda el apoyo lo acepta totalmente, incluyendo “lo mejor o peor de sí” (76,47%). 3) Retroalimentación: la ayuda que le brinda la persona para comprender por qué no hace algo bien (75,59%), así como el hecho de que “revisen con ellos los consejos que les dan” (75,29%). 4) Interacción social: puede contar con la persona que le brinda apoyo para distraerse de las preocupaciones (73,24%). 5) Ayuda tangible: cuando la persona identificada como su apoyo “realizó alguna tarea que normalmente ellos desarrollan” (71,47%).

El mayor grado de insatisfacción se presentó en las dimensiones: Interacción personal, en el ítem “dicen que estoy bien como estoy” (21,47%). Interacción social: respecto al ofrecimiento de alternativas de distracción y recreación (7,65%). Ayuda tangible: insatisfacción en los ítems “me dan regalos” (6,76%) y “me dieron transporte” (6,47%).

Afrontamiento de las personas con dolor crónico no maligno

La media obtenida en la investigación fue de 88,2; con una desviación estándar de 10,32; un mínimo de 55; un máximo de 115 puntos y una mediana de 115, lo que indica que las personas con dolor crónico no maligno tienden a emplear en alta proporción alguna estrategia de afrontamiento del dolor (figura 2).

Figura 2. Histograma afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno



Fuente: datos de la investigación.

El análisis por dimensiones muestra que las estrategias de afrontamiento del dolor crónico más utilizadas son las de Religión: más del 70% de las personas manifiestan que “siempre rezan” y “emplean la fe para aliviar el dolor y obtener fuerza y guía sobre el mismo”. En su orden, le siguen la dimensión Autoafirmación: el 67,65% las personas se dicen a sí mismas que tienen que ser fuertes y el 63,24% se dan ánimos para aguantar el dolor y piensan que han de tener fuerzas y no desfallecer. Distracción: el 61,76% de las personas piensan en otra cosa cuando tienen el dolor. Catarsis: el 57,65% de los participantes “habla con la gente sobre su dolor porque lo hace sentir mejor”. Búsqueda de información: muchas veces, el 55% de las personas con dolor crónico intentan que les expliquen qué pueden hacer para disminuir el dolor. Autocontrol mental: en muchas oportunidades, el 52,35% de las personas se concentra en el punto que más le duele intentando disminuir el dolor.

Entre las estrategias de afrontamiento al dolor crónico menos empleadas se evidencia que el 25% de las personas pocas veces

hablan con un profesional del problema para que le ayude a hacerle frente (Búsqueda de información); el 21,28 % pocas veces

se olvida de todo para concentrarse en el dolor exclusivamente intentando que desaparezca (Autocontrol mental) (tabla 1).

Tabla 1. Análisis porcentual por dimensiones de apoyo social percibido en personas con dolor crónico no maligno

ÍTEM	Nunca %	Pocas veces %	Ni muchas ni pocas %	Muchas veces %	Siempre %
Religión					
Rezo para curarme	2,06	4,12	6,76	9,41	77,65
Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema	2,65	4,12	2,65	15,88	74,71
Utilizo la fe para aliviar mis dolores	2,94	4,41	3,53	14,41	74,71
Rezo para que mis dolores desaparezcan	2,35	4,71	4,12	17,35	71,47
Catarsis					
Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor	7,35	19,71	22,65	40,59	9,71
Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor	2,94	15,00	22,65	49,12	10,29
Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo	3,53	10,88	21,76	54,71	9,12
Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor	3,82	11,47	20,59	57,65	6,47
Autocontrol mental					
Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca	10,0	21,28	25,00	35,59	8,24
Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente	4,71	13,82	23,82	49,12	8,53
Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo	3,82	19,12	21,18	49,71	6,18
Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor	5,29	18,82	18,53	52,35	5,00
Distracción					
Ignoro el dolor pensando en otra cosa	2,94	11,18	28,53	49,12	8,24
Cuando tengo dolor pienso en otra cosa	2,35	8,24	17,65	61,76	10,00
Intento recrear mentalmente un paisaje	12,35	17,35	18,53	49,12	2,65
Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras	7,65	10,88	18,53	53,82	9,12
Autoafirmación					
Cuando tengo dolor no me rindo, peleo	7,65	12,65	19,12	50,29	10,29
Me doy ánimos para aguantar el dolor	0,88	3,53	12,94	63,24	19,41
Me digo a mí mismo que tengo que ser fuerte	0,29	2,65	7,94	67,65	21,47
Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer	0,0	1,47	5,29	63,24	30,00

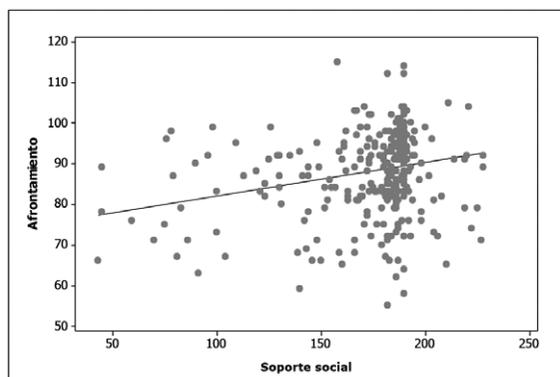
Búsqueda de información					
Hablo con un profesional (médico, psicólogo, sacerdote, etc.) del problema para que me ayude a hacerle frente	12,06	25,88	18,53	35,00	8,53
Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor	4,71	17,06	20,59	49,12	8,53
Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor	3,53	12,94	12,35	55,00	16,18
Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje sobre cómo superar la situación	3,24	14,71	20,59	52,65	8,82

Fuente: datos de la investigación.

Asociación entre apoyo social percibido y afrontamiento

El análisis de la correlación entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de personas con dolor crónico no maligno, evidencia una correlación débil (menor a 0,3) positiva, estadísticamente significativa (correlación diferente de cero, con valores $p < 0,05$) (figura 3).

Figura 3. Diagrama de dispersión de la correlación existente entre apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno



Fuente: datos de la investigación.

Respecto a la correlación de los tipos de afrontamiento: pasivo (corresponde a las dimensiones catarsis y religión) y activo (consta de las dimensiones autocontrol mental, autoafirmación, distracción y búsqueda de información) que utilizan las personas con dolor crónico no maligno y el soporte social, se identificó que tanto para el afrontamiento pasivo como para el activo, existen correlaciones débiles (inferiores a 0,3), las cuales fueron correlaciones positivas y estadísticamente significativas (correlación diferente de cero, con valores $p < 0,05$) (tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre apoyo social percibido y afrontamiento pasivo y activo

Coeficiente	Apoyo social percibido y afrontamiento	Apoyo social percibido y afrontamiento pasivo	Apoyo social percibido y afrontamiento activo
Correlación de Pearson	0,242	0,181	0,212
Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000
N	340	340	340

Fuente: datos de la investigación.

Se observó relación estadísticamente significativa (correlación diferente de cero, con valores $p < 0,05$) entre las dimensiones:

- Afrontamiento y soporte social, interacción personal, guía, retroalimentación, asistencia tangible e interacción social positiva.
- Catarsis y soporte social, interacción personal, guía, retroalimentación, asistencia tangible e interacción social positiva.
- Autocontrol mental y soporte social, guía, retroalimentación e interacción social positiva.
- Distracción y soporte social, interacción personal, guía y retroalimentación.
- Búsqueda de información y soporte social, interacción personal, guía, retroalimentación, asistencia tangible e interacción social positiva.

Discusión

La investigación apoya estudios realizados en distintos contextos poblacionales, que evidencian el predominio de las mujeres

con la presencia de dolor crónico no maligno (8, 23, 31). Dunn plantea que la edad, la raza y el sexo son estímulos contextuales, es decir, estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen a las consecuencias que genera el dolor (estímulo focal) en la persona y que afecta su proceso de adaptación (32). La investigación evidencia la problemática de dolor crónico no maligno, con predominio en etapas de adulto maduro y adulto mayor; hallazgo similar al encontrado por Duarte, con una edad media de 53,8 años (23). Los participantes en esta etapa se encuentran en una fase de consolidación de roles sociales, disminución de funciones físicas, que implica modificación en el estilo de vida. Su capacidad de aprendizaje y exploración está en un alto nivel, lo que le facilita la modificación de conductas y adopción de estrategias de afrontamiento activo ante el dolor.

El estudio reporta bajos niveles de escolaridad en la población, lo cual, según plantean Hoyos y Castillo (33), representa un factor psicológico que interviene en el afrontamiento del dolor crónico y es predisponente al mismo. Desde esta perspectiva, teniendo en cuenta que el afrontamiento del dolor crónico aborda las dimensiones de guía y búsqueda de información como estrategias de afrontamiento activo, es clave para los profesionales de enfermería que al brindar apoyo social, desde procesos educativos, se planeen intervenciones, teniendo en cuenta el nivel de formación de los grupos, empleando las herramientas que brinda la educación para la salud y los procesos dialógicos con un lenguaje claro, sencillo y pertinente.

Como en otras investigaciones (23), se reconoce a la pareja como un apoyo social significativo para la persona y para el afrontamiento en situación de enfermedad crónica; sin embargo, las relaciones de pareja pueden verse comprometidas de manera importante en las personas con dolor crónico, debido a que ven afectados sus hábitos de vida, rutina diaria y actividad sexual (9).

La población de estudio se encuentra en una etapa de importante productividad laboral, que puede llevar a la exposición a factores de riesgo para la presencia de dolor crónico, y, en consecuencia, generar una problemática tanto para empleadores como trabajadores, con costos por ausentismo laboral que están por el orden de los 23 mil millones de pesos por dolor crónico incapacitante (9). Igualmente, afecta el clima organizacional, debido a los cambios en la capacidad de trabajo, ejecución y estado de ánimo (34).

Por lo anterior, las intervenciones de cuidado a las personas con dolor crónico no maligno deben proveer herramientas dirigi-

das al ambiente laboral, como escenario clave para la prevención del dolor crónico, y, a su vez, este contexto representa una importante red de apoyo social, que facilita los procesos de afrontamiento activo del dolor para las personas.

La investigación evidencia a la familia como principal fuente de apoyo, en concordancia con estudios realizados en personas con enfermedad crónica, que concluyen que la familia es el principal proveedor de apoyo social y emocional, a través del afecto y la afirmación; en relación con la enfermedad crónica, este apoyo permite asumir una actitud positiva ante la misma (35). El estudio apoya investigaciones a nivel mundial, que evidencian que las patologías que más se asocian con dolor crónico no maligno son de origen neurológico, neuroquirúrgico, osteoarticular y músculo-esquelético, con importante compromiso en la vida diaria de las personas (10).

En Colombia, los estudios nacionales de dolor evidencian la migraña, artrosis, lumbalgia, hernias discales y tendinitis como los cinco diagnósticos más frecuentes en la población (9), y principales causantes de ausentismo laboral y de afectación en la calidad de vida de las personas en etapas productivas debido a que estas enfermedades tienen tendencia a ser limitantes e incapacitantes.

Similar a los resultados de la investigación, al indagar por localización del dolor, el craneofacial ocupa el primer lugar, no solo en el contexto colombiano, sino a nivel mundial. Daza (36) plantea que el 47 % de la población del planeta padece cefalea, con un impacto significativo en la persona, la economía y la sociedad; afecta a más del 80 % de las mujeres, la entidad más incapacitante es la migraña, con afectación en el entorno familiar, social y laboral. Sin embargo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es poco reconocida en el sector salud.

La investigación reporta que la población presenta dolor moderado a severo en forma crónica. Varios estudios han encontrado resultados similares con antigüedad del dolor que supera los 5 años, intensidad de moderada a severa en porcentajes muy significativos y promedios de intensidad de 7 con valoración en la escala EVA (5, 8).

El análisis general del apoyo social percibido por personas con dolor crónico no maligno es, en general, alto. Se identifican

elementos determinantes en alta percepción de apoyo social de las personas con dolor crónico no maligno como acompañamiento y retroalimentación, saber que pueden contar con alguien, disposición de escucha, intereses comunes, aceptación por el otro, orientación, diálogo, comprensión, motivación por el autocuidado, distracción y preocupación por el otro.

En concordancia con lo planteado por Barrera *et al.* (27), el apoyo social es un recurso de particular valor en la experiencia de cuidado, que minimiza los efectos negativos de la crisis, cuando la persona manifiesta elevada satisfacción respecto al mismo, desde el punto de vista instrumental y emocional. Vinaccia *et al.* (12) plantean que el apoyo social percibido se relaciona ampliamente con un afrontamiento eficaz y adaptación a la enfermedad, y que es más importante la percepción que la persona tiene del adecuado apoyo social que el soporte que realmente recibe.

El análisis general que surge en la investigación evidencia que la muestra estudiada emplea tanto estrategias de afrontamiento activo como pasivo. A nivel del afrontamiento activo, las dimensiones que mayor relevancia mostró fue la autoafirmación. Respecto a afrontamiento pasivo, la dimensión que más se utiliza es la religión, que a su vez ocupa el primer lugar entre todas las dimensiones. Estos hallazgos se asemejan a los resultados encontrados en el estudio de Soucase *et al.* (37), donde la autoafirmación, búsqueda de información y religión son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por una muestra de personas diagnosticadas con fibromialgia.

Los resultados obtenidos evidencian la existencia de correlación, aunque débil, entre el apoyo social percibido y el afrontamiento, reafirmando los referentes teóricos y las investigaciones que han abordado el tema y concluyen la existencia de asociación (23, 38). Igualmente, los hallazgos evidencian la correlación existente entre soporte social percibido y las estrategias de afrontamiento activo en mayor proporción frente al afrontamiento pasivo, similar a los resultados obtenidos por Duarte, quien reporta en su estudio que los mayores niveles de apoyo social se relacionan con estrategias de afrontamiento activas (23). Por otra parte, se observa que la religión es la principal estrategia de afrontamiento del dolor crónico que tienen los participantes, estrategia que se reconoce como pasiva y que implica dificultad en los procesos de adaptación de la persona; el análisis subsiguiente se enmarca en

el hecho de que la religión se encuentra arraigada en la cultura y creencias boyacenses.

Respecto a la búsqueda de información acerca de un profesional para dialogar sobre el dolor, el estudio demuestra que un porcentaje significativo manifestó nunca o muy pocas veces emplear esta estrategia de afrontamiento, lo que puede relacionarse con el reconocimiento del dolor crónico por los profesionales de la salud, como lo menciona Daza (36).

Por otro lado, las correlaciones estadísticamente significativas ponen de manifiesto la importancia de reconocer el soporte social como un derrotero clave para orientar las intervenciones de enfermería que puedan incidir en estrategias de afrontamiento de usuarios con dolor crónico no maligno. Asimismo, las dimensiones de guía, retroalimentación e interacción social positiva del apoyo social se deben explorar como estrategias que pueden mediar la catarsis, el autocontrol mental, la distracción y la búsqueda de información.

Ahora bien, los valores obtenidos en el coeficiente de correlación evidencian la necesidad de explorar aún más el apoyo social y el afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. Se requieren estudios con abordajes cualitativos que describan la experiencia de vivir con dolor crónico no maligno, comprender los significados del proceso de afrontamiento que los usuarios atribuyen a su condición de salud, así como las posibles fuentes, recursos y redes de apoyo social que reconocen en su contexto particular. Por otro lado, se hace inminente la necesidad de abordar fenómenos relacionados propios de la disciplina de enfermería, como la adaptación, que cuentan con desarrollos teóricos y conceptuales que incluyen el afrontamiento dentro de sus marcos de referencia.

Conclusiones

La investigación se considera un primer referente en Colombia que aborda la asociación entre apoyo social y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. El estudio proporciona un soporte teórico e investigativo para la generación de estrategias y lineamientos de atención en salud, direccionadas a la orientación, el acompañamiento y la facilitación de los procesos de afrontamiento y adaptación de las personas al dolor crónico no maligno.

Las intervenciones de apoyo social adaptadas a contextos y ámbitos en los que se encuentran los usuarios, se deben considerar como iniciativas para fortalecer las estrategias de afrontamiento de personas que cursan con dolor crónico no maligno. Las acciones se pueden enfocar en las dimensiones de apoyo social: guía e información (fortaleza) y ayuda tangible (oportunidad). En afrontamiento activo, la autoafirmación (fortaleza) y distracción, y búsqueda de información en los profesionales de la salud (oportunidades de mejoramiento).

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la ESE Hospital San Rafael de Tunja y a las personas que conformaron la muestra del estudio. El estudio obtuvo el apoyo financiero de la División de Investigación de Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia, y está enmarcado en los proyectos del grupo de investigación Cuidado al paciente crónico y su familia.

Referencias

1. Fernández B, Márquez C, De las Mulas M. Pain and disease: historical evolution. I. From prehistory to enlightenment. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;6(4):281-91.
2. Kapur B, Lala P, Shaw J. Pharmacogenetics of chronic pain management. *Clinical Biochemistry*. 2014;47(13):1169-1187.
3. Pautex S, Rexach-Cano L, Van Den Noortgate N, Cedraschi C, Cruz-Jentoft A. Management of chronic pain in old patients: Belgium, Spain and Switzerland. *European Geriatric Medicine*. 2013;4(4):281-287.
4. Ibarra E. Una nueva definición de "dolor". Un imperativo en nuestros días. Editorial. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;6:65-72.
5. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(5):260-69.
6. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
7. Bistre S. El dolor crónico en América Latina. *Rev Iberoamericana del Dolor*. 2007;3:7-9.
8. Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Med Colomb*. 2009;34(3):96-102.
9. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Quinto estudio nacional del dolor. 2010. [Visitado 2011 Ag 11]. Disponible en: http://www.dolor.org.co/Archivos_Aced/5_Estudio_del_dolor-Osteomuscular.pdf
10. Tornero J, Soares K, Sola I, Aromataris E, Pérez C, Margarit C, et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain. May 2010. [Visitado 2011 Ag 17]. Disponible en: http://www.changepain.org/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=175800251
11. McWilliams L, Brian J, Murray W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003;106(1):127-33.
12. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*. 2005;15(2).
13. Coob S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976;38:300-14.
14. Humphrey, J., Kathryn, L., Carrieri-Kohlman, V., Kathleen, P., Julia, F., Susan, J. Theory of symptom management. In S. Mary & L. Patricia (eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (2 ed., p. 2008). New York; 2008.
15. Smith E, Mackie DM. La psicología social y sus aplicaciones a diversos contextos. Nueva York: Panamericana; 1997.
16. Hilbert G. Social support in chronic illness. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills. 1990;4:79-95.
17. Muñoz L. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. En: *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. p. 99-105.

18. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company; 1984.
19. Soriano J, Monsalve V. CAD: Questionnaire about Facing Chronic Pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9(14):13-22.
20. Tsai P, Tak S, Moore C, Palencia I. Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;43(2):158-69.
21. Melzack R. Del umbral a la neuromatriz. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7(3):149-56.
22. Soriano J, Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*. 2005;(84):91-107.
23. Duarte C. Soporte social percibido, afrontamiento y calidad de vida en dolor crónico no oncológico. Tesis de maestría en psicología del dolor. Instituto Superior de Ciencias de la Salud-Norte Granda; 2007.
24. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier; 2012.
25. García Cabrero B. Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basado en proyectos. México: El Manual Moderno; 2009.
26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5 ed. México: McGraw Hill; 2010.
27. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. El enfermo crónico y su cuidador familiar. En: Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
28. Díaz P. Relación entre el soporte social percibido y la habilidad de cuidar de los cuidadores principales de niños que viven en situación de enfermedad crónica. Tesis de Maestría en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2003.
29. Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11(7):22-34.
30. Nieto E. Evaluación del paciente y medidas de resultado. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 1):32-8.
31. González A, Fernández P, Torres I. Acceptance of chronic pain in fibromyalgia patients: Adaptation of Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in a Spanish population. *Psicothema*. 2010;22(4):997-1003.
32. Dunn KS. Toward a middle-range theory of adaptation to chronic pain. *Nurs Sci Q*. 2004;17(1):78-84.
33. Hoyos G, Castillo A. El impacto emocional del dolor y la enfermedad. En: Carta de la Salud. Fundación Valle de Lili. 2008; (142). [Visitado 2011 Sept 18]. Disponible en: www.valledelili.org.
34. Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm glob*. 2009;8(2). [Visitado 2011 sept 18]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66351>
35. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Medisan*. 2006;10(4). [Visitado 2011 sept 18]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm
36. Daza J, editor. Dolor craneofacial. Guías fisiopatológicas, diagnósticas y terapéuticas. Bogotá: Asociación Colombiana para el estudio del Dolor; 2012.
37. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Estrategias de afrontamiento al dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Dolor*. 2004;11(6):353-59.
38. Pastor MA, Rodríguez J, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 1993;5(s): 349-372.